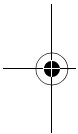
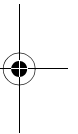


RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK

Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde

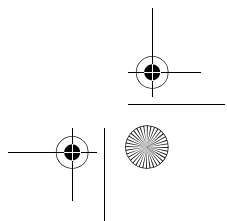
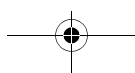


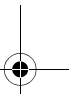
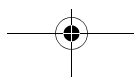
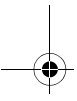
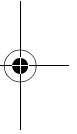
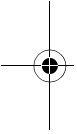
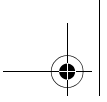
RGG



Publicatie 44

Den Haag, juni 2004





RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
drs. J.F. Hoogervorst
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Aan de minister van Onderwijs, Cultuur en
Wetenschappen
mw. M.J.A. van der Hoeven
Postbus 16375
2500 BJ Den Haag

Aan de minister van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid
mr. A.J. de Geus
Postbus 90801
2509 LV Den Haag

Onderwerp: Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde
Oms kenmerk: HR/lb 04.20
Bijlage(n): 1
Datum: 15 juni 2004

Geachte heer Hoogervorst, geachte mevrouw Van der Hoeven, geachte heer De Geus,

Het voorliggende advies is een vervolg op het Advies Onderzoek Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, dat de RGO u op 27 mei 2003 heeft aangeboden. De beslissing van de Raad om het thema Arbeid en Gezondheid in twee afzonderlijke delen te behandelen is bevestigd in uw brief d.d.7 april 2003 over het werkprogramma van de RGO, waarin Verzekeringsgeneeskunde als een van de onderwerpen staat genoemd. In die brief is de primaire vraagstelling hoe deze discipline steviger verankerd kan worden in de faculteiten geneeskunde. In ambtelijk overleg met de departementen van VWS en SZW is de vraagstelling verder uitgewerkt en bleek dat met name de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied nadrukkelijk aandacht verdiende. De Raad heeft dit als leidraad voor het advies genomen.

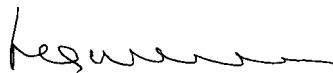
Het advies geeft inhoudelijke prioriteiten voor onderzoek en aanbevelingen voor versterking van de onderzoeksinfrastructuur. Intensivering van het onderzoek dient hand in hand te gaan met versterking van de kennisinfrastructuur. Daarom heeft de Raad een voorstel opgesteld voor een stimuleringsprogramma dat in beide aspecten voorziet.

De eisen die overheid en samenleving stellen, zowel ten aanzien van beoordelingen als van reïntegratie van werknemers, rechtvaardigen een aanzienlijke investering in kennisontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde.

De Raad beveelt versterking aan van alle universitaire centra waar verzekeringsgeneeskunde nu al aandacht krijgt en waar de aansluiting met arbeids- en bedrijfs-geneeskunde te realiseren is. Een betere verankering van de verzekeringsgeneeskunde in de faculteiten geneeskunde is een verantwoordelijkheid van de universitaire medische centra, die in het curriculum van de basisarts ruimte voor deze discipline dienen te scheppen. Instelling van leerstoelen voor verzekeringsgeneeskunde zal hier naar verwachting veel aan bijdragen, zeker als het de universiteiten zelf zijn die daar zorg voor dragen.

De Raad adviseert ten slotte dat de hier voorgestane investering in kennisontwikkeling en -infrastructuur in de verzekeringsgeneeskunde tot de blijvende verantwoordelijkheid wordt gerekend van overheid en van partijen uit het veld, een verantwoordelijkheid die zich over een lange periode moet uitstrekken. Het maatschappelijk belang van het arbeidsongeschiktheidsprobleem vereist dit.

Met vriendelijke groeten,



prof. dr. H.G.M. Rooijmans
voorzitter RGO



drs. H.W. Benneker
algemeen secretaris RGO

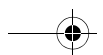
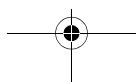
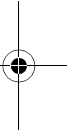
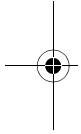
Postadres

Postbus 16052
2500 BB Den Haag
email: bureau@rgo.nl
website: www.rgo.nl



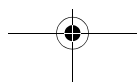
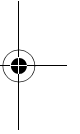
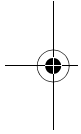
Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
telefoon: 070-3407521
fax: 070-3407524



INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	1
Summary	5
1 Inleiding	9
2 De huidige positie van de verzekeringsgeneeskunde	11
2.1 Wie zijn betrokken bij het traject naar arbeidsongeschiktheid?	11
2.2 De taak van de verzekeringsarts	13
2.3 Publiek en privaat traject	14
3 Analyse van de behoefte aan kennis en kennisinfrastructuur	19
3.1 Beoordeling van arbeidsongeschiktheid	19
3.2 Reïntegratie	21
3.3 Toekomstige wetgeving	22
3.3.1 Het bepalen van de belastbaarheid	23
3.3.2 Prognosestelling van de arbeidsongeschiktheid	23
3.4 Kennisbehoefte	24
3.4.1 Bestaand onderzoek	24
3.4.2 Prioriteiten: thema's voor onderzoek	25
3.5 Kennisinfrastructuur	27
3.5.1 AMC Centrum voor Verzekeringsgeneeskunde	28
3.5.2 Interuniversitair Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde	28
3.5.3 Samenwerkingsverband AMC – VU – TNO	29
3.5.4 Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid Groningen	29
3.5.5 VGI (Verzekeringsgeneeskundig Instituut)	29
3.5.6 TNO Expertisecentrum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden	30
4 Conclusies en aanbevelingen	31
4.1 Conclusies	31
4.2 Aanbevelingen	31
4.3 Voorstel voor een stimuleringsplan	33
4.3.1 Ontwikkeling en verdere versterking van de kennisinfrastructuur	34
4.3.2 Stimulering van kennisontwikkeling op prioriteiten	34
4.3.3 Financiering van het stimuleringsprogramma	35
4.3.4 Uitwerking en sturing van het stimuleringsplan	35
Lijst met afkortingen	37
Referenties	39
Bijlage 1: Samenstelling Commissie	41
Bijlage 2: Beknopt overzicht van relevante wetgeving	43
Bijlage 3: Procedure van ziekmelding tot WAO-uitkering	45
Bijlage 4: Profiel van de verzekeringsarts (NVVG)	47
Bijlage 5: Overzicht van kennis- en vaardigheidseisen	49
Bijlage 6: De WAO in cijfers	51
Bijlage 7: Overzicht van onderwerpen voor onderzoek	53



SAMENVATTING

Arbeidsongeschiktheid is een groot maatschappelijk probleem. De Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft zich de vraag gesteld welke kennis nodig is om deze problematiek aan te pakken. In eerste instantie heeft de Raad een advies uitgebracht over onderzoek op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. In het verleden daarvan ligt de verzekeringsgeneeskunde, het onderwerp van het huidige advies.

Uit de taken van de verzekeringsarts kan men de kennisbehoefte voor deze discipline afleiden. Een belangrijk deel van die taak is het vaststellen van de belastbaarheid, als onderdeel van de beoordeling of iemand recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsregeling. Voorts is de verzekeringsarts betrokken bij de begeleiding en reïntegratie van de werknemer. Diverse instrumenten en modellen staan de verzekeringsarts hierbij ten dienste. Het advies geeft hiervan een beknopt overzicht. Deze beschrijving van taken en instrumenten betreft de publieke sector. In bepaalde opzichten verschilt de publieke van de private sector, waar de medisch adviseur de positie van verzekeringsgeneeskundige inneemt. Het advies geeft een globale vergelijking van de publieke en private sector en beschrijft aan de hand daarvan beknopt de taak van de medisch adviseur.

De taken van de verzekeringsarts en de medisch adviseur vragen om kennis op ten minste twee terreinen: de (medische) beoordeling van arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. De wetgever stelt voorwaarden aan die beoordeling (het verzekeringsgeneeskundig onderzoek), maar een gedegen wetenschappelijke onderbouwing voor de bepaling van de belastbaarheid ontbreekt. Ook het proces dat voorafgaat aan het uiteindelijke oordeel vraagt om onderzoek. Van de bestaande reïntegratie-instrumenten staat de effectiviteit (nog) niet goed vast. Mogelijk zullen nieuwe instrumenten ontwikkeld moeten worden. Daar komt bij dat de nieuwe wetgeving op het terrein van de WAO naar verwachting een nog groter beroep zal doen op verzekeringsgeneeskundige kennis, in het bijzonder voor het bepalen van de belastbaarheid en de prognosestelling van arbeidsongeschiktheid. De huidige kennis is daarvoor niet toereikend.

De Raad concludeert dat er een brede behoefte is aan kennis en onderzoek om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen, instrumenten te ontwikkelen die de verzekeringsarts ten dienste kunnen staan, en in meer algemene zin de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige inzet beter in beeld te krijgen en waar mogelijk te verbeteren. Prioriteit moet gegeven worden aan onderzoek t.b.v. de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en t.b.v. reïntegratie. Binnen deze twee overkoepelende thema's heeft de Raad nadere prioriteiten gesteld en aandachtspunten aangegeven. De prioriteiten zijn gerangschikt onder de noemers "proces",

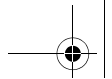
“*outcome*” en “instrumenten”. Bij het thema “Beoordeling van arbeidsongeschiktheid” betreft het onderzoek gericht op o.a. de prognoseproblematiek en op de afstemming tussen curatieve sector, bedrijfsarts en verzekeringsarts (proces), onderzoek naar interdoktervariatie en naar de samenhang tussen de persoonlijkheidsstructuur en de mate en duur van arbeidsongeschiktheid (*outcome*), en de ontwikkeling van o.a. *evidence-based* beoordelingsmethoden en instrumenten voor prognosestelling (instrumenten). Binnen het thema “Reïntegratie” heeft onderzoek naar de doelmatigheid en effectiviteit van bestaande interventies prioriteit, evenals de ontwikkeling van instrumenten om het effect van reïntegratie te meten.

Vervolgens rijst de vraag of de huidige kennisinfrastructuur in staat is te voorzien in de behoefte aan kennis. In de opleiding tot basisarts is weinig tot geen aandacht voor het vakgebied. Voor de verspreiding van kennis bestaan evenwel diverse mogelijkheden: naast de opleidingen ook vakbladen, handboeken en het recent ingerichte Verzekeringsgeneeskundig Instituut. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft in Nederland echter een zeer bescheiden omvang. Voor de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied is een versterking van het onderzoek noodzakelijk. De Raad signaleert een aantal recente initiatieven (waaronder de voorgenomen oprichting van een interuniversitair kenniscentrum verzekeringsgeneeskunde en het samenwerkingsverband tussen AMC, VU en TNO) die mogelijkheden daartoe bieden.

Om de kennisontwikkeling te stimuleren zijn verschillende maatregelen nodig, die in eerste instantie gericht dienen te zijn op vergroting van de onderzoekscapaciteit en op programmering van het onderzoek. Een goede aansluiting tussen het onderzoek en de behoefte aan kennis in de praktijk dient gewaarborgd te zijn. Naast programmering vraagt dat ook samenwerking en openstelling van de werkvloer voor onderzoek. De Raad doet daarvoor de volgende aanbevelingen:

- versterk de positie van de verzekeringsgeneeskunde in de universitaire centra waar dit reeds een plaats heeft, nl. het AMC, het VUmc en Rijksuniversiteit Groningen;
- richt (al dan niet academische) werkplaatsen voor verzekeringsgeneeskunde in;
- gebruik bestaande informatiebronnen (in het bijzonder databanken zoals de ZW/WAO-database) zo goed mogelijk;
- zorg voor financiering van het onderzoek gedurende een lange periode;
- hanteer in het onderzoek de inhoudelijke prioriteiten die de RGO heeft aangegeven.

Waar mogelijk moet gestreefd worden naar aansluiting tussen verzekeringsgeneeskundig onderzoek en bedrijfsgeneeskundig onderzoek. Ook verbinding met onderzoek in de curatieve sector is nodig, te beginnen bij de eerstelijnszorg. Een aantal prioriteiten leent zich voor onderzoek uit de gammawetenschappen.



De Raad stelt voor de aanbevelingen uit te voeren in de vorm van een stimuleringsplan voor het onderzoek. Dit plan kent twee sporen:

ONTWIKKELING C.Q. VERDERE VERSTERKING VAN DE KENNISINFRASTRUCTUUR

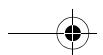
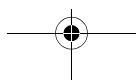
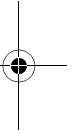
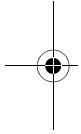
De eerder genoemde universitaire centra, alsmede TNO, dienen uitgenodigd te worden gezamenlijk een onderzoeksprogramma te ontwikkelen op geleide van de aanbevelingen en prioriteiten in dit RGO-advies. Dit moet de vorm krijgen van een samenwerkingsverband. De uitvoering van zo'n programma zal naar verwachting € 1,5 miljoen per jaar vergen. Dit bedrag dient opgebracht te worden door de overheid, universitaire en extra-universitaire partners en organisaties uit de praktijk.

STIMULERING VAN ONDERZOEK OP PRIORITEITEN

Voor onderzoeksinstellingen buiten het beoogde samenwerkingsverband dient er een mogelijkheid te komen onderzoek op de gestelde prioriteiten te doen. De RGO stelt een budget van €300.000 per jaar voor, te financieren door de overheid en organisaties uit de praktijk.

Gezien de geringe omvang van de huidige kennisinfrastructuur is stimulering gedurende een lange periode nodig, minstens 8 à 10 jaar.

Voor de uitwerking en aansturing van het stimuleringsplan dient een programma-commissie ingesteld te worden.



SUMMARY

Employment disability is a major social issue. The Advisory Council on Health Research (Dutch acronym: RGO) has investigated the knowledge needed to tackle this problem. Previously, the Council issued an advisory report about research into the area of occupational health medicine. An extension of this is insurance medicine, the subject of this present advisory report.

The knowledge requirement for this subject can be derived from the tasks of the social insurance physician. An important aspect of this task is measuring the capacity pattern. This is part of assessing whether somebody is entitled to employment disability benefit. The social insurance physician is also involved in the supervision and reintegration of the employee. Various instruments and models are available to the social insurance physician for this purpose. The advisory report provides a concise overview of these. This description of tasks and instruments covers the public sector. In certain aspects the public sector differs from the private sector, where the medical adviser assumes the position of a social insurance physician. The advisory report provides a global comparison of the public and private sectors and uses this to give a concise description of the medical adviser's task.

The tasks of the social insurance physician and medical adviser require knowledge from at least two areas: the medical assessment of employment disability and reintegration. This assessment is subject to legal requirements (the medical insurance investigation), but there is no thorough scientific basis for determining the load tolerance. The process that takes place prior to the final assessment *outcome* also needs to be investigated. The effectiveness of the existing reintegration instruments has yet to be established. New instruments might need to be developed. Furthermore, it is expected that the new legislation concerning employment disability insurance will call for an even greater medical insurance knowledge, and in particular knowledge concerning the determination of the load tolerance and the establishment of the employment disability prognosis. The current knowledge is insufficient for these purposes.

The Council concludes that there is a broad need for knowledge and research to provide a better scientific basis for medical insurance practice and to develop instruments, which can be of service to the social insurance physician. Further there is a more general need to provide a better picture as to the quality of medical insurance efforts and where possible to improve this. Priority must be given to research into the assessment of employment disability and the purpose of reintegration. Within these two overarching themes, the Council has established further priorities and

indicated areas of particular interest. The priorities have been ranked under the denominators “process”, “*outcome*” and “instruments”. For the theme “Assessing employment disability” the research is focused on, among others, problems of prognosis and the cooperation between the curative sector, occupational physician and social insurance physician (process), research into interphysician variation and into the correlation between the personality structure and the degree and extent of employment disability (*outcome*), and the development of, among others, evidence-based assessment methods and instruments for making a prognosis (instruments). Within the theme “Reintegration” the priorities are research into the efficiency and effectiveness of existing interventions and the development of instruments to measure the effect of reintegration.

The question then arises as to whether the present knowledge infrastructure can provide the knowledge required. In the undergraduate medical teaching, little if any attention is devoted to this subject area. However, various options are available for the dissemination of knowledge: in addition to postgraduate courses, there are specialist magazines, handbooks and the recently set up Social Insurance Medicine Institute (Verzekeringsgeneeskundig Instituut). However, insurance medicine research is carried out on a very small scale in the Netherlands. A strengthening of the research is necessary for the scientific underpinning of this subject area. The Council notes a number of recent initiatives (including the intended setting up of an interuniversity knowledge centre for insurance medicine and the cooperation between the Academic Medical Center of the University of Amsterdam, the Vrije Universiteit Amsterdam and the Netherlands Organisation for Applied Scientific Research TNO), which provide possibilities with respect to this.

Various measures are needed to stimulate knowledge development and initially these should be directed towards increasing the research capacity and the programming of the research. A good connection between the research and the need for knowledge in everyday practice should be guaranteed. In addition to programming, this requires cooperation and the opening up of the work floor to research. The Council therefore makes the following recommendations:

- strengthen the position of insurance medicine in the university centres where it already has a place, namely, Academic Medical Center of the University of Amsterdam, the Vrije Universiteit van Amsterdam Medical Centre and Groningen University;
- set up academic and non-academic workplaces for insurance medicine;
- maximise the use of existing information sources (in particular data banks such as the sickness benefits act/employment disability benefits act database (Dutch: ZW/WAO-database);

- ensure funding of the research over a longer period;
- use the research priorities concerning content indicated by the RGO.

Wherever possible efforts must be made to link medical insurance research and occupational health research. Also links with research in the curative sector are needed, starting with primary health care. A number of priority areas are suitable for investigation within the social sciences.

The Council proposes that the recommendations are implemented in an incentive plan for the research. This plan has a two-pronged approach:

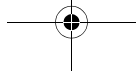
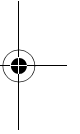
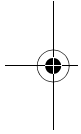
DEVELOPMENT AND/OR THE FURTHER STRENGTHENING OF THE KNOWLEDGE INFRASTRUCTURE

The previously stated university centres and the Netherlands Organisation for Applied Scientific Research TNO should be invited to develop a joint research programme based on the recommendations and priorities in this RGO advisory report. This should take the form of a joint venture. It is expected that implementing such a programme will require €1.5 million per year. This sum should be made available by the government, university and non-university partners, and organisations in the field.

STIMULATING RESEARCH ON PRIORITIES

Research organisations outside of the intended joint venture should be given an opportunity to carry out research into the priorities stated. The RGO proposes a budget of €300,000 per year, to be financed by the government and organisations in the field.

In view of the small size of the present knowledge infrastructure it will be necessary to stimulate the research over a longer period of time, i.e. at least 8 to 10 years. A programme committee should be appointed to draw up a detailed incentive plan and to guide the implementation of this.



1 INLEIDING

Met grote regelmaat schrijven de kranten over de WAO-problematiek, een zaak die velen raakt. De omvang van de maatschappelijke problematiek is af te lezen aan het aantal personen dat aanspraak maakt op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Vragen rond de behoefte aan kennis om deze problematiek adequaat te kunnen aanpakken waren voor de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een reden om in te gaan op het onderwerp “arbeid en gezondheid”.

De Raad stelt zich de vraag welke kennis vereist is om de problematiek rond arbeid en gezondheid aan te pakken. Verschillende disciplines spelen hierbij een rol. Voor het werkterrein van de Raad, het gezondheidsonderzoek, zijn de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde de meest relevante disciplines.

De bedrijfsgeneeskunde houdt zich onder andere bezig met de preventie van arbeidsongeschiktheid en met reïntegratie en levert daarmee een bijdrage aan de beperking van de instroom in de WAO. Over dit onderwerp, kennisontwikkeling op het terrein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, heeft de Raad in mei 2003 een advies uitgebracht.

In het verlengde daarvan ligt de verzekeringsgeneeskunde, het vakgebied dat zich bezighoudt met het beoordelen van gezondheidsschade in het algemeen en het adviseren in dit kader, en met de medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid in het bijzonder. Het voorliggende advies gaat in op dit vakgebied.

De RGO heeft op 27 mei 2003 een commissie ingesteld onder voorzitterschap van dr. W.R.F. Notten (bijlage 1), met de opdracht een concept voor het advies op te stellen. Centraal in het advies staat de problematiek rond de instroom in de WAO, de claimbeoordeling en de reïntegratie. Uitgangspunt is de huidige wetgeving over arbeidsongeschiktheid. De consequenties van mogelijke veranderingen in die wetgeving, zoals aangekondigd in het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I en het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet Balkenende II, komen eveneens ter sprake.

Met dit advies probeert de RGO te schetsen welke kennis(ontwikkeling) kan bijdragen aan de aanpak van de problematiek, welke infrastructuur nodig is om die kennis te ontwikkelen en te verspreiden en wat daarin de prioriteiten zijn. De Raad gaat hierbij niet in op aangrenzende disciplines zoals die van de arbeidsdeskundige, maar beperkt zich tot kennis op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde. Hiervan wordt het deel besproken dat betrekking heeft op arbeidsongeschiktheid. De verzekeringsgeneeskundige aspecten van levensverzekering en letselschade blijven eveneens buiten beschouwing.

De situatie in het buitenland wordt niet expliciet behandeld, aangezien aspecten van de uitvoering van de wetgeving rond arbeidsongeschiktheid in het buitenland ver-

schillen van die in Nederland en ook het buitenlandse onderzoek zeer schaars is en niet toereikend is om de Nederlandse vraagstukken op te lossen ^{1, 2, 3}.

Het advies beschrijft kort de belangrijkste actoren in het traject van werken naar arbeidsongeschiktheid. In die context wordt de positie van de verzekeringsgeneeskunde beschreven (hoofdstuk 2). Op dit punt verdient de relatie met de curatieve sector aandacht. De Raad constateert dat de verzekeringsgeneeskunde in de praktijk weinig verbindingen heeft met de curatieve sector. “Behandelen” en “beoordelen” zijn in Nederland twee gescheiden werelden. Wat men daar ook ten principale van vinden mag, de Raad beschouwt deze scheiding als een gegeven. Er worden pogingen ondernomen om vergaande samenwerking te bereiken tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de curatieve sector, maar die ontwikkeling is nog lang niet ten einde ^{4, 5}. In dit advies wordt, als het om onderzoek gaat, gezocht naar aansluiting met onderzoek in de curatieve sector.

Waar in het kader van de publieke voorzieningen sprake is van “verzekeringsarts”, schakelt men bij private verzekeringen de “medisch adviseur” in als deskundige op het medisch terrein. De verschillen in werkwijze en taken van verzekeringsarts en medisch adviseur komen in het advies aan de orde.

De Raad heeft aan de hand van de taken van de verzekeringsarts en de medisch adviseur de behoefte aan kennis geanalyseerd en onderwerpen aangegeven die prioriteit behoeven (hoofdstuk 3). Bij de prioriteitsstelling heeft de Raad de mogelijke herziening van de wetgeving laten meewegen. Voorts heeft de Raad beoordeeld in hoeverre de kennisinfrastructuur toereikend is. In hoofdstuk 4 volgen de belangrijkste conclusies en de aanbevelingen.

2 DE HUIDIGE POSITIE VAN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDE

Diverse actoren zijn betrokken bij het voorkómen van verzuim, het bevorderen van terugkeer naar eigen of aangepaste arbeid en uiteindelijk het vaststellen van arbeidsongeschiktheid. Een deel van die betrokkenheid is wettelijk vastgelegd (voor een overzicht van relevante wetgeving, zie bijlage 2; voor de procedure van ziekmelding tot WAO, zie bijlage 3). Hieronder schetsen we in grote lijnen wie betrokken zijn, om vervolgens nader in te gaan op de taak van de verzekeringsarts.

2.1 WIE ZIJN BETROKKEN BIJ HET TRAJECT NAAR ARBEIDSONGESCHIKTHEID?

De werkgever is primair verantwoordelijk voor het beleid in zijn organisatie. Hij dient het risico op ziekte door arbeid zo klein mogelijk te maken, o.a. door preventieve voorzieningen en deugdelijk management. De Arbeidsomstandighedenwet verplicht hem een arbodienst in te schakelen voor de verzuimpreventie en -begeleiding. De verplichting tot doorbetalen van loon bij ziekte, op basis van het Burgerlijk Wetboek, is een extra prikkel voor de werkgever om werk te maken van ziektepreventie.

De arbodiensten hebben onder meer verzuimbegeleiders en bedrijfsartsen in dienst voor de verzuimadvisering en -begeleiding. De taak van de bedrijfsarts is voorts de uitvoering van het arbeidsomstandighedenbeleid. Hieronder valt bijvoorbeeld het signaleren van ziekmakende omstandigheden. Deze werkzaamheden zijn gericht op preventie van arbeidsgebonden gezondheidsproblemen en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast heeft de bedrijfsarts taken bij de uitvoering van het reïntegratiebeleid. Ten slotte kan men nog enkele curatieve taken en overige taken onderscheiden. Voor een uitgebreide beschrijving van de taken van de bedrijfsarts wordt verwezen naar het RGO-advies Onderzoek Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

De werknemer zelf moet meewerken aan de preventie van uitval wegens ziekte en, mocht hij ziek zijn, aan het bevorderen van zijn herstel. Het herstelgedrag is één van de zaken waarop een verzekeringsarts zijn cliënt beoordeelt. Verder wordt van de werknemer verlangd mee te werken aan reïntegratie op de eigen of een andere werkplek, eventueel bij een andere werkgever.

De curatieve sector heeft een belangrijke plaats in het ziekteproces. De behandel mogelijkheden van de bedrijfsarts zijn immers beperkt tot eenvoudige problematiek. Voor meer complexe en/of langdurige zaken dient hij de werknemer door te verwijzen naar de curatieve sector. Los daarvan zal een werknemer bij ziekte ook uit eigen beweging hulp zoeken in de curatieve sector. Die sector kent evenwel een aantal knelpunten⁶:

- Werkhervatting is geen standaard aandachtspunt in de curatieve gezondheids-

zorg. In richtlijnen, standaarden en protocollen zijn weinig verwijzingen naar het aandachtsveld arbeid te vinden.

- Wachtlijden staan soms een snelle aanpak in de weg. Wachtlijden werkt overigens lang niet altijd vertragend voor werkhervatting.
- Los van wachtlijstproblematiek bestaat de indruk dat veel mensen die twaalf maanden of langer verzuimen, niet tijdig de juiste behandeling hebben gekregen. Dit is onder andere het gevolg van late erkenning of een late diagnostisering van psychische problematiek.

Een bedrijfsarts kan in samenspraak met werknemer en werkgever besluiten om de verzuimende werknemer door te verwijzen naar een interventiebedrijf of reïntegratiebedrijf. Deze bieden tweedelijns arbozorg: interventiebedrijven leveren algemene en/of specifieke producten en diensten, zoals rug-training of burn out-trainingen. Reïntegratiebedrijven proberen optimale arbeidsparticipatie te realiseren of te herstellen van mensen die dat zelf niet kunnen. Het doel is een zo spoedig mogelijke terugkeer van de werknemer naar het (al dan niet aangepaste) werk bij de huidige of een andere werkgever.

Als de pogingen tot reïntegratie niet succesvol zijn en het verzuim langer dan een jaar lijkt te gaan duren, kan de werknemer een aanvraag doen voor een WAO-uitkering. In het kader van deze aanvraag beoordeelt het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), sinds de invoering van de Wet verbetering Poortwachter, op basis van het reïntegratieverslag enerzijds of de werkgever voldoende inspanning heeft geleverd om de werknemer te reïntegreren, en anderzijds of de werknemer voldoende heeft meegewerkt aan de reïntegratie. Voorts stelt de verzekeringsarts de belastbaarheid van de cliënt vast. De belastbaarheid* van de cliënt wordt weergegeven in een functionele mogelijkhedenlijst (wat kan de betrokkene nog ondanks de medische beperkingen**) en een medische rapportage (voor een uitgebreide beschrijving van de taak van de verzekeringsarts zie onder). De arbeidsdeskundige stelt de bekwaamheden van de cliënt vast, zoals opleiding en werkervaring en beoordeelt, op grond van de beoordeling door de verzekeringsarts,

* Belastbaarheid is de weergave door de verzekeringsarts van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om te functioneren (*bron: Standaard Samenwerking Arbeidsdeskundige en Verzekeringsarts bij de functieduiding. Lisv, 1997*)

** Beperkingen: onderscheid moet worden gemaakt tussen beperkingen in strikt medische zin (*limitations*) en beperkingen in verzekeringsgeneeskundige zin (*restrictions*). Beperkingen in strikt medische zin zijn objectief meetbaar op enig gegeven moment, terwijl beperkingen in verzekeringsgeneeskundige zin de beperkingen/mogelijkheden van het individu ten aanzien van werk omvatten. Bij dit laatste begrip spelen dus ook zaken als beloop, prognose, wenselijkheid, risico's voor het individu en zijn omgeving etc. een rol.

welke functies de cliënt, met zijn gezondheidsproblemen, nog kan verrichten, en hoeveel hij daarmee kan verdienen. Door middel van een vergelijking tussen het oude loon en het loon van functies die betrokkene nog kan vervullen wordt de mate van arbeidsongeschiktheid en de hoogte van de WAO-uitkering vastgesteld. Ook na het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid gaat het zoeken naar mogelijkheden om weer aan het werk te gaan in de eigen of een andere functie door.

2.2 DE TAAK VAN DE VERZEKERINGSARTS

De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) heeft een profiel voor de verzekeringsarts opgesteld (zie bijlage 4), dat het beroep typeert. De rol van de verzekeringsarts wordt meer specifiek omschreven in het rapport *Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde*⁷, dat de taken als volgt samenvat:

1. Het beoordelen en begeleiden van individueel verzuim in het kader van de Ziektewet (ZW).
2. Het beoordelen van de belastbaarheid in het kader van het recht op arbeidsongeschiktheidsregelingen (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 en werknemer hun verantwoordelijkheid inzake reïntegratie optimaal hebben waargemaakt (onderdeel van de poortwachterfunctie).

Deze taken zijn opgedragen aan het UWV en gelden strikt gesproken voor de publieke sector. Het gaat hierbij om beoordelingen in het kader van de ZW, de WAO, de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen Zelfstandigen (WAZ), de Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten (WAJONG) en de Wet op de Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (Wet REA) (zie bijlage 2). Feitelijk heeft het UWV geen rol bij het voorkómen van WAO-instroom, met uitzondering van de verzuimbegeleiding van vangnetgevallen, de toetsing van reïntegratieverslagen en het verstrekken van *second opinions* (officieel: deskundigen oordeel). Vangnetgevallen zijn de personen die recht hebben op een uitkering krachtens de Ziektewet. Hieronder vallen uitzendkrachten, ex-WAO-ers en WW-ers. Ook zieke werknemers van wie het tijdelijke contract tijdens de ziekte afloopt, vallen vanaf dat moment onder het vangnet. Het UWV, in casu de verzekeringsarts (Ziektewet-arts) en de reïntegratiebegeleider, voert voor deze personen de verzuimbegeleiding uit (punt 1 van bovenstaand lijstje). Deze taak is vergelijkbaar met die van de bedrijfsarts voor werknemers.

De vaststelling van de belastbaarheid (claimbeoordeling, punt 2 en 3) maakt een belangrijk deel uit van de taak van de verzekeringsarts. Hierbij maakt hij tevens een inschatting van de prognose van de belastbaarheid. Voor de claimbeoordeling staan de verzekeringsarts diverse methoden en instrumenten ten dienste. Hij kan een beoordelingsgesprek voeren en zo nodig lichamelijk onderzoek doen. Ook kan hij informatie van externe deskundigen (behandelende sector) inwinnen. Voor het bepalen van de belastbaarheid kan een functionele capaciteitsevaluatie (FCE) worden uitgevoerd. Bij de beoordeling kan een verzekeringsarts werken volgens verschillende modellen (zie *Verzekeringsgeneeskundige instrumenten en modellen*). In dit verband beziet hij ook hoe de cliënt werkt aan de verbetering van zijn functionele mogelijkheden (punt 4).

Naast beoordeling heeft de verzekeringsarts ook een taak in de begeleiding: hij kan het herstelgedrag proberen te beïnvloeden (punt 4 en 5). Hij kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de cliënt specifieke trainingen krijgt, of verwezen wordt naar arbeidsbemiddeling. De inbreng van de verzekeringsarts in de reïntegratie betekent betrokkenheid bij het opstellen van de reïntegratievisie. De feitelijke reïntegratieactiviteiten worden door het UWV uitbesteed aan private reïntegratiebedrijven.

Er bestaan diverse instrumenten voor reïntegratie, deels gericht op de werknemer en deels op de werkgever. De meest toegepaste instrumenten voor de werknemer zijn een beroepskeuzetest of een psychologische test of scholing. Minder vaak wordt gebruik gemaakt van instrumenten als een sollicitatiecursus of -training, rugscholing, stress/burnout-training en communicatie- of vervoersvoorzieningen. Werkgevers kunnen gebruik maken van instrumenten als proefplaatsing, werkaanpassing, (her)plaatsingsbudget of loondispensatie. Pogingen tot reïntegratie worden voortgezet na het moment dat iemand arbeidsongeschikt is verklaard. Ook daarbij heeft de verzekeringsarts een begeleidende taak.

Deze taken impliceren dat de verzekeringsarts over bepaalde kennis en vaardigheden beschikt (zie bijlage 5 voor een schematisch overzicht). Zo vereist punt 6 uit bovenstaand lijstje o.a. een grondige kennis van de arbodienstverlening en inzicht in de effectiviteit van reïntegratie-instrumenten. Hoofdstuk 3 van dit advies gaat onder meer in op de vraag in hoeverre die kennis beschikbaar en wetenschappelijk onderbouwd is.

2.3 PUBLIEK EN PRIVAAT TRAJECT

Het traject dat in 2.1 en bijlage 3 beschreven is betreft het publieke traject, het traject dat doorlopen wordt als men aanspraak wil maken op publieke voorzieningen voor arbeidsongeschiktheid. Die publieke voorzieningen zijn de WAO voor werknemers, WAJONG voor jong gehandicapten en de Wet arbeidsongeschiktheid zelfstandigen (Waz) voor zelfstandigen (zie bijlage 2). Hiernaast bestaan ook private

VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE INSTRUMENTEN EN MODELLEN

De instrumenten en protocollen die verzekeringsartsen gebruiken zijn onderdeel van een geheel van normen die de WAO-beoordelingen sturen.

Er is als hoofdnorm de wettekst zelf: "Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen." Daarnaast geeft de wet voorschriften inzake herstelgedrag (art. 25 en 28) en het meewerken aan onderzoek dat nodig is om de arbeidsongeschiktheid te bepalen. De strakheid waarmee deze normen worden toegepast is arbitrair en onderhevig aan de publieke opinie terzake, zie bijvoorbeeld de Parlementaire Enquête naar de uitvoering van de sociale verzekering. Daarnaast laten de criteria op het individuele niveau nog een flinke beslissruimte open, de zogeheten discretionaire ruimte.

De verdere normen, naast de wettekst, en de instrumenten zijn op te vatten als manieren om de discretionaire ruimte (die dus onontkoombaar in de wet zit vervat) verantwoord te gebruiken. Daarmee moeten de verzekeringsartsen de dilemma's op het individuele niveau het hoofd bieden^{8,9}. Dat invullen gebeurt in de theorievorming door middel van modellen. Deze modellen hebben betrekking op *bewijsvoering* (Argumentatieve claimbeoordeling, Verzekeringsgeneeskundig referentiekader), *informatieverzameling* (Standaard Onderzoeksmethoden, Methodisch Beoordelingsgesprek, Belastbaarheidgerichte Beoordeling, Multicausale Analyse, Functionele Capaciteitsevaluatie) en *outputspecificatie* van de verzekeringsarts (Belastbaarheidsprofiel, Functionele Mogelijkheden Lijst, Classificatie van diagnoses voor Arbo en Sociale verzekering, ICIDH, ICF) en matching bij de arbeidsdeskundige (Functie Informatie Systeem (FIS), Standaard Samenwerking Arbeidsdeskundige/Verzekeringsarts (SAV), Claim Beoordelings- en Borgingssysteem (CBBS)).

Deze modellen en instrumenten en het gebruik daarvan zullen in dit overzicht kort worden aangestipt. Het begint met de wet die aangeeft wat onder arbeidsongeschikt moet worden verstaan. Dat wordt wel

opgevat als de beschrijving van de gebrekkigenrol⁸: een serie uitspraken over de toestand waarin iemand moet zijn en over het gedrag dat hij aan de dag dient te leggen, om erkend te worden als arbeidsongeschikte.

De vraag dient zich vervolgens aan op welke wijze beargumenteerd kan worden of een concrete persoon voldoet aan die beschrijving. Dat gaat over bewijsvoering. Daarvoor is een model gemaakt dat uitgaat van “Stoornissen in verzekeringsgeneeskundige zin” (Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader⁸), en een claim-gestuurd model (Argumentatieve claimbeoordeling⁸). In het eerste model wordt getracht een relatie te leggen tussen stoornis, beperking en arbeidsongeschiktheid. In het tweede model wordt de claim van de cliënt getoetst op plausibiliteit en consistentie. Het bestaan van deze modellen in de praktijk is beschreven door Bont¹³ zonder dat een duidelijke voorkeur voor, of validiteit van, de modellen is vastgesteld. Ook is niet duidelijk of de uitvoerders in de praktijk kiezen of combinaties maken.

Voor de bewijsvoering zijn aanvaardbare instrumenten van informatieverzameling nodig, informatie die de redenering in het individuele geval voedt. Er zijn in dat verband gespreksprotocollen beschreven en laboratoriumonderzoek, de functionele capaciteitsevaluaties. De laatste is enigermate wetenschappelijk tegen het licht gehouden^{14, 15} de eerste vrijwel niet^{16, 17}. Naast deze beschrijvingen van instrumenten tot verzameling van informatie is er een standaard over aanvaardbare instrumenten in het algemeen, de Standaard Onderzoeksmethoden van het Lisv (1999).

In het verlengde van de informatieverzameling en het vormen van een oordeel ligt het vastleggen van dat oordeel, de output van de verzekeringsarts. Dit gebeurt op geleide van de operationalisatie van het wettelijke criterium door het UWV³. Het gaat daarbij om voorschriften als een rapportageprotocol en een lijst met functionele mogelijkheden die standaard relevant worden geacht, de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML, zie www.uwv.nl). Deze outputspecificatie is op te vatten als een keuze uit de elementen die volgens de meer algemene classificatie (ICIDH, thans ICF) van belang zijn. Ook worden diagnoses gesteld volgens een samenvatting van de ICD-10, de Classificatie Arbo en Sociale verzekering (CAS).

De belastbaarheid van het individu wordt vergeleken met vereisten in functies, in het CBBS en voorheen het FIS. Bij functieduiding resp. functiebeschrijving worden arbeidskundige modellen en instrumenten gehanteerd die in dit advies verder niet behandeld worden.

verzekeringen m.b.t. arbeidsongeschiktheid. Zo kennen werknemers private aanvullingen op de WAO-uitkering om het WAO-gat af te dekken, en bestaan er voor zelfstandigen ook private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De private sector kent diverse (onderling verschillende) trajecten, die alle in bepaalde opzichten afwijken van het publieke stelsel. In de private sector heeft de medisch adviseur een positie die in een aantal opzichten vergelijkbaar is met de verzekeringsarts in de publieke sector. Het is zinvol de verschillen tussen deze twee sectoren te belichten en aan de hand hiervan de taak van de medisch adviseur te schetsen, aangezien ook de kennisbehoefte van de medisch adviseur relevant is voor dit advies.

Als iemand zich aanmeldt voor een private arbeidsongeschiktheidsverzekering, beoordeelt de verzekeraar of de kandidaat-verzekerde geaccepteerd kan worden en zo ja, of daar nog bepaalde beperkende voorwaarden aan verbonden moeten worden*. De verzekeraar neemt zo'n beslissing op grond van medische en niet-medische (financiële, technische) informatie. De medisch adviseur wordt geraadpleegd voor het medische deel van de acceptatie. Dit is een verschil met de (collectieve) verzekeringen in het publieke traject, waarin de verzekerden zonder beperkende voorwaarden worden geaccepteerd (tenzij een risicowerend artikel dit verhindert).

Het private traject begint vervolgens met de "schademelding", vergelijkbaar met de ziekmelding in het publieke traject. Private trajecten vormen echter een continuproces, zonder cesuur en zonder de verplichtende termijnen van besluitvorming uit het publieke traject (zie bijlage 3). Een ander verschil is dat in de private sector al in een vroeg stadium (relatief kort na de ziekmelding) een teambeoordeling plaatsvindt, d.w.z. de medische, technische, financiële en arbeidsdeskundige deelgebieden worden vroegtijdig in hun geheel gewogen. Dit is voornamelijk een beoordeling op beroepsarbeidsongeschiktheid (is de verzekerde ongeschikt voor het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep?). De daadwerkelijke terugkeer in eigen werk/beroep staat dan ook voorop, naast de beoordeling van de mate van ongeschiktheid.

In de eerste fase na de schademelding wordt een voorlopig arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld. Na twee à drie maanden wordt de schadebehandeling meer intensief en gericht: men gaat over tot een nadere toetsing van het *schadegeval* (vergelijkbaar met de begeleiding van de verzuimende werknemer in het publieke traject, een rol die daar door de bedrijfsarts wordt uitgeoefend, of door de verzekeringsarts bij vangnetters). Hierbij heeft de medisch adviseur een centrale rol (zie onder). Hij bevindt zich hier overigens meer in de rol van adviseur dan in het publieke traject, waar in vele gevallen de verzekeringsarts een beslissende rol t.a.v. de uitkomst heeft.

* Het beoordelingsproces in de particuliere sector is sterk afhankelijk van het onderliggende verzekeringsproduct.

In het beoordelings- en begeleidingstraject maakt de medisch adviseur zo nodig intensief gebruik van de expertisemogelijkheden in de curatieve sector.

Als bij de verzekerde sprake is van beperkingen die therapeutisch moeilijk te beïnvloeden zijn, is arbeidskundige, intensieve begeleiding de volgende stap. Dit gebeurt in elk geval als de arbeidsongeschiktheid (in het publieke traject: verzuim) langer dan drie maanden duurt. De opzet van deze begeleiding is daadwerkelijke reïntegratie in het eigen werk of binnen het eigen bedrijf. Indien nodig wordt hierbij een beroep gedaan op gespecialiseerde deskundigen of instituten. Ook bij langdurige arbeidsongeschiktheid wordt de verzekerde gevolgd/begeleid. Minimaal jaarlijks vinden contacten plaats via de controlerend arts of een arbeidsdeskundige, om ook op de langere termijn mogelijkheden voor reïntegratie te kunnen benutten.

Samenvattend zijn in de taak van de medisch adviseur twee duidelijke componenten te onderscheiden:

- Bepalen van het medisch risico t.a.v. de verlangde verzekering (onderdeel van de acceptatie van de kandidaat-verzekerde).
- Claimbeoordeling: inschatting van de relevantie van gezondheidsproblemen, vaststellen van hieruit voortvloeiende beperkingen; de medisch adviseur gaat hierbij in het algemeen af op de bevindingen van controlerende artsen en onderwerpt deze aan een kritisch oordeel.

De (huidige) taken van de verzekeringsarts en de medisch adviseur vereisen bepaalde kennis, waarbij de vraag zich voordoet: is de huidige kennis toereikend en zo niet, waar liggen dan de lacunes? Het volgende hoofdstuk gaat in op die vraag.

3 ANALYSE VAN DE BEHOEFTE AAN KENNIS EN KENNISINFRA-STRUCTUUR

Uitgaande van de taakomschrijving van de verzekeringsarts en de medisch adviseur zijn zoals gezegd twee overkoepelende kennisterreinen te onderscheiden, namelijk (medische) beoordeling van arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Deze twee thema's zullen hier kort worden behandeld. Voorts gaat de Raad in op de kennisbehoefte die zou kunnen voortvloeien uit toekomstige wetgeving op het gebied van arbeidsongeschiktheid. Op grond hiervan worden thema's voor onderzoek geïdentificeerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de kennisinfrastructuur. Conclusies en aanbevelingen over de aansluiting tussen onderzoeksbehoefte en kennisinfrastructuur worden gepresenteerd in het volgende hoofdstuk.

3.1 BEOORDELING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID*

Artikel 18 van de WAO geeft de volgende definitie van arbeidsongeschiktheid:

“Arbeitsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen.”

De kern van deze definitie is de stelling dat sprake moet zijn van objectief medisch vast te stellen stoornissen als gevolg van ziekte of gebrek, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren. In de beoordeling kan het begrip arbeidsongeschiktheid verschillend worden uitgewerkt^{14, 3} met als gevolg dat de objectiviteit in het geding zou kunnen komen¹⁸. In het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten 2000 zijn dan ook medische richtlijnen opgenomen, met het doel een meer objectieve beoordeling mogelijk te maken¹⁹.

Cruciaal in het Schattingsbesluit WAO is het deel dat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling betreft en dat gebaseerd is op de voormalige Lisv-richtlijnen ‘medisch arbeidsongeschiktheids criterium’ en ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’ (gdbm). Over de effectiviteit van die richtlijnen is weinig bekend²⁰. Volgens recente

* Een overzicht van beoordelingen van arbeidsmogelijkheden wordt gegeven in het Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden⁹.

cijfers uit het Claim Beoordelings- en Borgingssysteem (CBBS)²¹ lijken verzekeringsartsen het Schattingsbesluit de laatste drie jaar strakker te hanteren: er is o.m. een duidelijke afname van het aantal gevallen waarin de cliënt geacht wordt 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden te hebben'. Bij het beschikbaar komen van meer *evidence-based* methodieken valt te verwachten dat dit aantal nog verder zal afnemen.

In 2001 stelde de Commissie Donner in haar rapport "Werk maken van arbeidsongeschiktheid"²² dat maatregelen nodig zijn om de professionaliteit en de consistentie van de WAO-beoordeling te verbeteren. In datzelfde jaar is het UWV gaan werken met het CBBS, een instrument voor het uitvoeren van de claimbeoordeling WAO/WAZ/WAJONG. Het uitgangspunt van dit nieuwe systeem is het verhogen van de kwaliteit van de professionele claimbeoordeling door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Desondanks is het nog altijd niet eenvoudig te beoordelen of iemand ziek is, en of deze ziekte hem of haar vervolgens belemmert om te werken, en zo ja, in welke mate. Dit is in grote mate een zaak van een professioneel oordeel van de verzekeringsarts of medisch adviseur en de arbeidsdeskundige¹⁹.

Het Schattingsbesluit stelt een aantal voorwaarden aan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek:

- de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek worden schriftelijk vastgelegd;
- een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden;
- de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn vrij van innerlijke tegenspraak.

De wetgever heeft weliswaar deze voorwaarden gesteld, maar de wetenschappelijke basis om hieraan te kunnen voldoen is (te) smal. Een gedegen wetenschappelijke onderbouwing voor de bepaling van de belastbaarheid ontbreekt. Het Handboek Arbeid en Belastbaarheid* draagt in belangrijke mate bij aan de verspreiding van *bestaande* kennis, maar laat tevens zien dat in de wetenschappelijke vertaalslag van ziekte (diagnose) naar belastbaarheid nog maar zeer beperkt inzicht bestaat. Dit geldt in het bijzonder voor moeilijk objectiveerbare klachten. Ook is duidelijk dat een medische diagnose slechts één van de factoren is die bepalen of iemand in staat is weer te gaan werken**. Persoonlijkheid(sstructuur) is eveneens een bepalende factor (naast andere, zoals sociaal-maatschappelijke factoren), die zich kan uiten in bijvoorbeeld de copingstrategie. Voor het betrekken van deze factor in het oordeel bestaan in deze setting geen valide instrumenten.

* Handboek Arbeid en Belastbaarheid, periodiek onder redactie van JHBM Willems, NHTH Croon en JW Koten. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Het proces dat voorafgaat aan de uiteindelijke beoordeling vraagt eveneens om wetenschappelijk onderzoek. Zo zijn risicogroepen voor de WAO te onderscheiden, maar over de oorzaken voor die risico's bestaan veelal slechts veronderstellingen. Kennis daarover zou toegepast kunnen worden om de instroom in de WAO te beperken.

Ten slotte is er behoefte aan meer richtlijnen, protocollen, *fact sheets* e.d. ter ondersteuning van het verzekeringsgeneeskundig handelen. Ook lijken instrumenten als *benchmarking*, ontwikkeling van standaardcasuïstiek, interprofessionele toetsing en strikte kwaliteitsborging nog onvoldoende ontwikkeld te zijn. Daarnaast ontbreekt het aan onderzoek en systematische *reviews* waarop richtlijnen gebaseerd kunnen worden.

De RGO concludeert dat voor een *evidence based* beoordeling van arbeidsongeschiktheid nog veel wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is.

3.2 REÏNTEGRATIE

In de praktijk beslaat reïntegratie een klein deel van de werkzaamheden van de verzekeringsarts. Het verzorgen van het reïntegratietraject is, zoals eerder gezegd, het werk van de tweedelijns arbozorg²³. Reïntegratiebedrijven nemen de dienstverlening voor hun rekening. Van de verzekeringsarts wordt evenwel verlangd dat hij beoordeelt of het nodig is publieke middelen in te zetten bij reïntegratie, en of de werkgever zijn verantwoordelijkheid inzake reïntegratie optimaal heeft waargemaakt. Deze taken vereisen kennis van de beschikbare reïntegratie-instrumenten. Een wetenschappelijke onderbouwing van proces en effect van reïntegratie is noodzakelijk. Op dit moment ontbreekt die onderbouwing: de uitkomsten van reïntegratie-inspanningen worden afgelezen aan het percentage succesvol afgelegde reïntegratietrajecten, maar er is weinig wetenschappelijk onderzoek naar de indicatiestelling, de doelmatigheid en de effectiviteit van reïntegratie-instrumenten. Bij de interventies is de effectmeting onderbelicht en vaak beperkt tot geselecteerde groepen. Bovendien worden voornamelijk korte termijn effecten gemeten. Over de lange termijn effectiviteit van reïntegratietrajecten is weinig tot niets bekend. De RGO concludeert dat ook op dit deelterrein nog veel wetenschappelijk onderzoek nodig is.

** Over de medische diagnose in het kader van de bepaling van arbeidsongeschiktheid heeft de Hoge Raad op 10 oktober 2003 de volgende uitspraak gedaan: "Het enkele feit dat artsen geen bepaalde ziekte kunnen diagnosticeren, brengt niet steeds mee dat de betrokkene ook niet ziek is".

3.3 TOEKOMSTIGE WETGEVING

Op dit moment staat nog niet vast hoe de nieuwe WAO (nWAO) er exact uit zal zien. Wel heeft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de hoofdlijnen van het nieuwe stelsel van arbeidsongeschiktheidsregelingen geschetst*. De RGO kan niet voorbijgaan aan het feit dat de overheid bezig is met de hervorming van de WAO. De doelstelling van het nieuwe stelsel is duidelijk: de instroom in de WAO verminderen en de deelname aan arbeid verhogen. De RGO doet geen uitspraak over de wenselijkheid of haalbaarheid van die nieuwe wetgeving. Wel probeert de Raad te exploreren of bepaalde veranderingen in de wetgeving consequenties hebben voor de behoefte aan kennis en zo ja, welke consequenties dat zijn.

In het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I en het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet Balkenende II zijn ten aanzien van de WAO de volgende uitgangspunten opgesteld, die verder zijn uitgewerkt en toegelicht in de brief aan de Tweede Kamer van 16 september 2003:

- Werkgevers worden verplicht het loon van zieke werknemers gedurende twee jaar door te betalen (deze periode bedraagt nu één jaar). Deze wijziging gaat in per 1 januari 2004.
- Recht op WAO: alleen als er sprake is van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. Onder “volledig en duurzaam arbeidsongeschikt” verstaat men een arbeidsongeschiktheid van 100%, die minstens vijf jaar lang zal duren.
- Loonaanvulling: gedeeltelijke arbeidsongeschikten (arbeidsongeschiktheid ten minste 35%) krijgen recht op een loonaanvulling indien zij werken of, als zij niet meer werken, op een WW-uitkering.
- De premiedifferentiatie in de arbeidsongeschiktheidsregelingen (PEMBA-premie) wordt afgeschaft.
- De verzekeringsarts wordt ondersteund door een lijst van ziektebeelden waarvoor de verwachting geldt dat herstel binnen twee jaar na aanvang van de ziekte mogelijk is. Het betreft een indicatieve lijst, d.w.z. een lijst waarop uitzonderingen mogelijk zijn, mits goed beargumenteerd.

Verder wil het kabinet de periode tot 1 januari 2006 benutten om het keuringsproces beter in te richten. In dat proces hoort een toets door het UWV, dat vaststelt of werkgever en werknemer voldoende aan reïntegratie hebben gedaan. Ook acht het kabinet een aparte regeling voor beroepsziekten en bedrijfsongevallen noodzakelijk

* Brief van de Minister van SZW aan de Tweede Kamer betreffende Hoofdlijnen stelsel van arbeidsongeschiktheidsregelingen, d.d. 16 september 2003. (http://docs.szw.nl/pdf/34/2003/34_2003_3_4187.pdf)

(Extra Garantierегeling Beroepsrisico's), tegen de achtergrond van internationale afspraken rond compensatie in deze.

De bovenstaande uitgangspunten bevatten twee onderdelen die een (groot) beroep doen op verzekeringsgeneeskundige kennis:

1. bepalen van de belastbaarheid,
2. prognosestelling van de arbeidsongeschiktheid.

De voorgenomen Extra Garantierегeling Beroepsrisico's vereist bovendien goed inzicht in beroepsrisico's. Immers, in het kader van de claimbeoordeling spreekt de verzekeringsarts zich uit over de arbeidsgebondenheid van de diagnose. Het specifieke onderwerp Beroepsrisico's wordt evenwel niet behandeld in dit advies, aangezien de Gezondheidsraad al gevraagd is zich te buigen over beoordelingscriteria voor het vaststellen van beroepsrisico's. Bij de beide andere punten kunnen we voorzien wat de consequenties zijn van veranderingen in de WAO. Deze consequenties worden hieronder per onderdeel besproken.

3.3.1 HET BEPALEN VAN DE BELASTBAARHEID

In beginsel verandert er niets aan de kennisbehoefte als gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid niet langer recht geeft op een WAO-uitkering maar op een loonaanvullingsregeling. Immers, de medische claimbeoordeling zal ten minste zo zorgvuldig en volgens soortgelijke criteria moeten plaatsvinden als in het huidige stelsel. Het grote verschil is echter het gewicht dat deze beoordeling krijgt: als sprake blijkt te zijn van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, zal dit mogelijk ingrijpende financiële consequenties voor de betrokkene hebben. Het oordeel van de verzekeringsarts zowel als de arbeidskundige zal dus goed onderbouwd moeten zijn. Het is zeer de vraag of de huidige instrumenten voldoende steun bieden. Onderzoek en ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige instrumenten is dus eens te meer noodzakelijk, zoals ook al in 3.1 is vastgesteld.

3.3.2 PROGNOSESTELLING VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Het uitgangspunt van het kabinet dat alleen in geval van duurzame arbeidsongeschiktheid recht ontstaat op een WAO-uitkering, vereist een instrument dat een betrouwbare prognose kan stellen met betrekking tot de duur van de belastbaarheidsbeperking. Eigenlijk vragen de huidige regels in zekere zin al een oordeel over de prognose, ingevolge de standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden". Het is mogelijk dat de nWAO nog sterker dan de huidige WAO een beroep zal doen op de verzekeringsarts om een prognose te stellen: is redelijkerwijs aan te nemen dat de arbeidsongeschiktheid langer dan twee jaar zal duren? Dit stelt de verzekeringsarts voor grote moeilijkheden. Op dit moment bestaat er geen instrument waarmee in individuele gevallen een dergelijke prognose betrouwbaar gesteld kan worden. Soms wordt in dit kader de Medical Disability Advisor (MDA) genoemd, een instrument ontwikkeld in de Verenigde Staten met het doel de peri-

ode van uitval wegens ziekte te schatten. De MDA is echter bedoeld voor gebruik door arbodiensten en de curatieve sector en is niet bruikbaar bij de claimbeoordeling door de verzekeringsarts²⁴. De RGO concludeert dan ook dat de nWAO de behoefte aan een instrument voor prognosestelling nog groter zal maken dan nu al het geval is. De ontwikkeling van zo'n instrument vereist een aanzienlijke onderzoeksinspanning. Er is op dit moment geen (onderzoeks)programma dat de financiering van een dergelijk project mogelijk maakt.

Met prognosestelling hangt een ander punt uit het Strategisch Akkoord nauw samen. In de regeringsplannen is sprake van een indicatieve lijst van ziektebeelden, de zgn. "negatieve lijst". Op die lijst staan ziektes waarvoor de verwachting geldt dat herstel binnen twee jaar na aanvang van de ziekte te verwachten is. Deze diagnoses vormen dus geen reden om een werknemer volledig en duurzaam arbeidsongeschikt te verklaren. "Indicatieve lijst" wil in dit verband zeggen dat de lijst alleen een indicatie geeft: in bepaalde situaties kan bij op de lijst voorkomende ziektebeelden sprake zijn van langdurige arbeidsongeschiktheid en zodoende van een recht op WAO-uitkering. In het buitenland is dit type lijst, voor zover bekend, niet in gebruik³. Mocht men willen overgaan tot toepassing van zo'n lijst, dan moet deze opgesteld worden voor de Nederlandse situatie. De huidige kennis voor het opstellen van zo'n lijst is evenwel ontoereikend en dat betekent dat onderzoek naar prognoses nodig is, zoals ook hierboven werd betoogd. Het vereiste onderzoek kan wellicht gebruik maken van bestaande databases in Nederland. Daaraan voorafgaand is onderzoek nodig naar de bruikbaarheid van die databases. Mochten de beschikbare gegevens niet bruikbaar zijn, dan zal een nieuwe database opgezet moeten worden. Gezien de vraagstelling zal zo'n database gedurende een lange periode in stand gehouden moeten worden.

3.4 KENNISBEHOEFTE

De Raad concludeert uit het voorgaande dat er een brede behoefte is aan kennis en onderzoek om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen, instrumenten te ontwikkelen die de verzekeringsarts ten dienste kunnen staan, en in meer algemene zin de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige inzet beter in beeld te krijgen en waar mogelijk te verbeteren.

3.4.1 BESTAAND ONDERZOEK

Op dit moment is in Nederland geen goede infrastructuur aanwezig voor het onderzoek op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde. Ook ontbreekt een landelijke coördinatie of sturing op de onderwerpen van het onderzoek. Desondanks heeft op enkele belangrijke onderwerpen al onderzoek plaatsgevonden, soms op bescheiden

schaal. Dit betreft bijvoorbeeld onderzoek naar risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid door TNO Arbeid, naar cliënt satisfactie (als onderdeel van een studie naar het effect van snelle arbeidskundige interventie), naar FCE-methoden en naar bepaalde reïntegratie-instrumenten (Cochrane Library: multidisciplinaire behandeling van lage rugklachten, RSI). Ook aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) vindt onderzoek plaats naar verschillende verzekeringsgeneeskundige onderwerpen: de relatie tussen lage rugpijn en beperkingen (met name gericht op betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten); reïntegratiemogelijkheden van patiënten met chronische lage rugpijn; de betrouwbaarheid en validiteit van het FCE-instrument; reïntegratiemogelijkheden van patiënten na niertransplantatie; reïntegratie van patiënten met kanker; regiogebonden verschillen in ziekteverzuim; het effect van leefstijlinterventies bij patiënten met chronische specifieke klachten; patiëntstatisfactie t.a.v. uitvoering en aanpak Wet Verbetering Poortwachter. Systematische *reviews* uit de Cochrane Library kwamen tot de conclusie dat de bestaande publicaties over bepaalde verzekeringsgeneeskundige onderwerpen (bijvoorbeeld rugklachten) voor een groot deel onbruikbaar zijn door gebrek aan kwaliteit. Bij toekomstig onderzoek zal daarom nadrukkelijk aandacht moeten zijn voor de wetenschappelijke kwaliteit van de (voorgenomen) studies, om te waarborgen dat de resultaten voldoende zeggingskracht hebben.

3.4.2 PRIORITEITEN: THEMA'S VOOR ONDERZOEK

Op basis van notities over gewenst onderzoek²⁵ is een lijst van onderwerpen en vraagstellingen opgesteld (bijlage 7). Uit die lijst zijn onderwerpen geselecteerd die prioriteit verdienen op grond van de hiervoor omschreven behoefte aan kennis, rekening houdend met bestaand onderzoek.

De Raad hanteerde twee overkoepelende thema's voor de ordening van de prioriteiten: "beoordeling van arbeidsongeschiktheid" en "reïntegratie". Binnen elk van deze twee thema's kan men een onderverdeling maken naar "proces", "*outcome*" en "instrumenten". Binnen elk van deze deelthema's is een groot aantal vraagstellingen voor onderzoek te formuleren. De RGO heeft ervoor gekozen hieronder alleen de onderzoekthema's op te sommen die de hoogste prioriteit verdienen. Bij enkele thema's zijn concrete aandachtspunten opgenomen. Omdat de effectiviteit van de bestaande reïntegratie-instrumenten nog niet goed vaststaat, dient de evaluatie daarvan (onderzoek naar *outcome*) voorrang te krijgen boven de ontwikkeling van nieuwe instrumenten (dit laat onverlet dat nieuwe instrumenten ontwikkeld zullen moeten worden als de huidige instrumenten niet blijken te voldoen).

1. Beoordeling van arbeidsongeschiktheid: proces
 - *Onderzoek naar prognoseproblematiek*; aandachtspunt: wat zijn risicofactoren van chroniciteit cq. langdurige arbeidsongeschiktheid?
 - *Afstemming curatieve sector, bedrijfsarts en verzekeringsarts*: onderzoek naar moge-

lijkheden voor nadere afstemming tussen curatieve sector en verzekerings-arts.

- *Ontwikkeling van kwaliteitscriteria en -indicatoren* voor alle onderdelen van het beoordelingsproces; cliënt-satisfactie onderzoek.
 - *Vergelijking van het proces in publiek en privaat traject*; aandachtspunt: wat is sterker bepalend voor de uitkomst van de beoordeling, de procesgang of het beoordelingscriterium?
2. Beoordeling van arbeidsongeschiktheid: *outcome*
- *Interdoktervariatie bij de claimbeoordeling*: Onderzoek naar de omvang en achtergronden van interdoktervariatie die in kleinschalige studies zijn gesignaleerd; aandachtspunt: verschillen in benadering op vestigingsniveau.
 - *Onderzoek naar de samenhang tussen persoonlijkheid(sstructuur) en de mate en duur van arbeidsongeschiktheid*.
3. Beoordeling van arbeidsongeschiktheid: instrumenten
- *Ontwikkeling en toetsing van generieke beoordelingssystematieken*; aandachtspunten: modellen van beoordelingsgesprekken en FCE methoden.
 - *Evidence-based beoordelingsmethoden* ter bepaling van de belastbaarheid bij specifieke aandoeningen; gedacht kan worden aan ontwikkeling van standaardcasuïstiek, interprofessionele toetsing en andere instrumenten van kwaliteitsborging.
 - *Ontwikkeling van instrumenten voor prognosestelling* m.b.t. mate en duur van de belastbaarheidsbeperking.
 - *Wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen/manuals voor acceptatie bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*; aandachtspunt: onderzoek naar de veronderstelde samenhang tussen morbiditeit/mortaliteit en arbeidsongeschiktheid.
4. Reïntegratie: proces
- *Procesevaluatie van de doelmatigheid en de effectiviteit van bestaande interventies* (effect op langdurig verzuim en reïntegratie).
5. Reïntegratie: *outcome*
- *Wat zijn effectieve en efficiënte methoden?* Aandachtspunten: interventies bij reïntegratie van WAO-ers met een ernstig invaliderende aandoening, waarvan de 'duurzaamheid' van de arbeidsongeschiktheid niet vaststaat (bijv. CVA, multitrauma of ernstige psychiatrische aandoening); zijn "backschools" (kosten)effectief?

6. Reïntegratie: instrumenten
 - *Ontwikkeling van instrumenten om het effect van reïntegratie te meten.*

3.5 KENNISINFRASTRUCTUUR

Onder kennisinfrastructuur verstaan we de voorzieningen die bedoeld zijn om kennis te genereren (onderzoek), te verspreiden (disseminatie) en in te passen in de praktijk (implementatie). Dit omvat zaken variërend van onderzoeksfaciliteiten en financieringsprogramma's tot vakbladen en nascholing.

Tot op heden heeft het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in Nederland een zeer bescheiden omvang^{26, 27}, het vindt in hoofdzaak plaats bij TNO Arbeid, dat over de grootste onderzoeksgroep op dit gebied beschikt. TNO Arbeid werkt hierbij o.a. samen met TNO Preventie en Gezondheid en TNO Technische menskunde (zie 3.5.6). Dit onderzoek is toepassingsgericht.

Universitaire onderzoekslijnen bestaan bij het Academisch Medisch Centrum (AMC) en Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) en in mindere mate ook bij de RUG (zie 3.5.1 t/m 3.5.4). Van de onderzoeksbureaus die onderzoek in opdracht uitvoeren is Astri (Leiden) de belangrijkste. Er bestaat geen opleiding tot onderzoeker op dit terrein. Onderzoek wordt voornamelijk gefinancierd uit eerste geldstroom (d.w.z. eigen budget van onderzoekinstellingen) of vierde geldstroom (financiering door opdrachtgever, zoals Stichting Instituut GAK (SIG) of UWV). Er is geen onderzoekprogramma dat via de tweede geldstroom (ZonMw) of de derde geldstroom (charitatieve fondsen) wordt gefinancierd.

In de opleiding tot basisarts is in de praktijk weinig tot geen aandacht voor verzekeringsgeneeskunde. Het Raamplan 2001²⁸, waarin de eindtermen m.b.t. de opleiding tot basisarts zijn vastgelegd, geeft enkele aanknopingspunten voor onderwijs in deze discipline²⁹. Het AMC is het enige universitaire centrum dat beschikt over een (bijzonder) hoogleraar verzekeringsgeneeskunde, die slechts enige uren per week voor onderwijs en onderzoek beschikbaar heeft. Ondanks deze bescheiden mogelijkheden zijn de laatste jaren enige promoties tot stand gekomen en nog lopende, en is een succesvol product (Handboek Arbeid en Belastbaarheid) ontwikkeld. In vergelijking met full-time leerstoelen blijft de output vanzelfsprekend beperkt.

De specialisatie tot verzekeringsarts omvat een vier jaar durende opleiding, bestaande uit een theoretische scholing en uit praktijkscholing in een daartoe erkende opleidingsinstelling. De Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) verzorgt het theoretische deel van de opleiding, die leidt tot inschrijving in het BIG-register als arts voor arbeid en gezondheid - verzekerings-

arts. De volledige opleiding (cursusdeel en niet-productieve uren) wordt gefinancierd door de werkgever van de arts, meestal het UWV. Particuliere verzekeraars kennen een eigen bedrijfsopleiding tot medisch adviseur, de GAV-opleiding (GAV: Geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken). Een aantal knelpunten en verbetermogelijkheden in het opleidingstraject zijn elders besproken⁷. De NSPOH biedt voorts modules voor bij- en nascholing van verzekeringsartsen. Bij- en nascholing is vereist voor herregistratie als verzekeringsarts in het BIG-register. Naast bij- en nascholing vormen ook diverse vakbladen en publicaties een middel om kennis te verspreiden. In Nederland zijn de belangrijkste daarvan het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) en het sinds 1996 in productie genomen Handboek Arbeid en Belastbaarheid, dat een groot bereik heeft onder verzekeringsartsen. Een uitgebreide documentatie (wetenschappelijk onderzoek, beoordelingsmethoden, standaarden en richtlijnen, wetteksten, statistieken en scripties) is bijeengebracht op de CD-rom "Claim en beoordeling bij arbeidsongeschiktheid 2003", ontwikkeld door TNO Arbeid in samenwerking met en in opdracht van het UWV.

De RGO concludeert dat de huidige kennisinfrastructuur op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde zeer beperkt is. Het staat vast dat de huidige onderzoekscapaciteit niet toereikend is om grote vraagstukken zoals de prognosestelling (zie 3.3.2) adequaat te behandelen. Er zijn evenwel enkele recente initiatieven die mogelijkheden bieden om de onderzoekscapaciteit en de kennisinfrastructuur te versterken. Deze worden hier kort gepresenteerd.

3.5.1 AMC CENTRUM VOOR VERZEKERINGSGENEESKUNDE

In 2004 is in het AMC het AMC Centrum voor Verzekeringsgeneeskunde (ACVG) van start gegaan. In dit Centrum worden thans twee grote, door het SIG gefinancierde verzekeringsgeneeskundige projecten uitgevoerd met onder meer twee verzekeringsartsen als promovendi. Dit initiatief is mede bedoeld als bijdrage aan de start van een meer omvangrijk onderzoeksprogramma voor de verzekeringsgeneeskunde, uit te voeren in samenwerking met derden. In het ACVG wordt samengewerkt met TNO-PG via de bijzondere leerstoel, die op dit moment bezet wordt door een TNO-er.

3.5.2 INTERUNIVERSITAIR KENNISCENTRUM VERZEKERINGSGENEESKUNDE

AMC, VUmc en UWV zijn vergevorderd met de oprichting van een Interuniversitair Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (IKV), waar het ACVG in zal participeren en waarin onderzoek zal worden gedaan met een substantiële, zo is de bedoeling, door UWV in te brengen personele bezetting van senior- en junioronderzoekers. Dit initiatief is tevens bedoeld om een wetenschappelijk (midden)kader op te bouwen door academisering van de verzekeringsgeneeskunde. Een onderdeel

van het plan is derhalve om binnen het UWV een academische werkplaats in te richten voor onderwijs aan medische studenten en de opleiding van verzekeringsartsen, dit alles ten behoeve van de ontwikkeling van de praktijk van het vakgebied. Het voornemen bestaat om dit initiatief te verbinden met het in 3.5.3 genoemde initiatief.

3.5.3 SAMENWERKINGSVERBAND AMC – VU – TNO

De bestuurders van het ACVG, VU (potentiële samenwerkingspartners op de VU campus zijn o.m. de afdeling Sociale Geneeskunde en het Instituut voor ExtraMuraal Geneeskundig onderzoek van VUmc, en de faculteiten der Rechtsgeleerdheid en Economische Wetenschappen en Bedrijfskunde van de VU) en TNO (TNO Preventie en Gezondheid en TNO Arbeid) hebben in 2002 een intentieverklaring getekend waarin de wens wordt uitgesproken tot samenwerking op het gebied van onderzoek in de verzekeringsgeneeskunde. Het doel hiervan is een gestructureerde gezamenlijke aanpak gericht op kennisontwikkeling. Daarbij wordt op termijn samenwerking nagestreefd met UWV. In 2004 wordt nadere besluitvorming verwacht over de wijze waarop partijen de intentieverklaring nader zullen uitwerken, in samenhang met de initiatieven genoemd onder 3.5.1 en 3.5.2.

3.5.4 ACADEMISCH CENTRUM VOOR ARBEID EN GEZONDHEID GRONINGEN

De RUG beschikt over een leerstoel Arbeid en Gezondheid, met reïntegratie bij chronische aandoeningen als een van de aandachtsgebieden. In het samenwerkingsverband Academisch Ziekenhuis/Faculteit der Medische Wetenschappen is in 2001 een Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid (ACAG) opgericht. Door behandeling, onderzoek en opleiding aan elkaar te koppelen verwacht men meer samenhang in het arbocuratieve veld te kunnen bereiken. De doelstelling is het opbouwen, verspreiden en benutten van wetenschappelijk opgebouwde kennis op het gebied van arbeidsrelevante klachten. Het arbeidsexpertisecentrum kent vier aandachtsgebieden: psychische klachten; klachten van het houdings- en bewegingsapparaat; (industriële) huid- en longaandoeningen; multifactoriële klachten. Momenteel ontwikkelt de RUG samen met de noordelijke UWV's een convenant in het kader van de academisering van de verzekeringsgeneeskunde.

3.5.5 VGI (VERZEKERINGSGENEESKUNDIG INSTITUUT)

De NVVG is bezig met de ontwikkeling van een verzekeringsgeneeskundig instituut, het VGI, dat de vorm krijgt van een virtueel orgaan binnen de NVVG. Het VGI heeft als doelstelling:

- vaktechnische vraagstelling vergaren vanuit de beroepsgroep,
- vaktechnische communicatie versterken,
- onderzoeksonderwerpen genereren, uitzetten in het onderzoeksveld en volgen,
- onderzoek procesmatig ondersteunen,

- resultaten van onderzoek beoordelen op richtlijnvorming,
- terugkoppeling van onderzoek naar de beroepsgroep,
- verslaglegging van activiteiten aan beroepsgroep.

Het instituut wordt geleid door een bestuurlijke commissie, bestaande uit deskundigen uit het onderzoeksveld en uit de verzekeringsgeneeskundige sector. Deze commissie wordt ondersteund door een groep verzekeringsartsen en een secretariaat. Een belangrijk hulpmiddel is de website, die alleen toegankelijk is voor leden van de NVVG. De website biedt o.a.: databestanden met richtlijnen, standaarden, protocollen; zoekmogelijkheid naar wetenschappelijk literatuur door links met databanken van diverse aard; toegang tot onderzoeksrapporten, instanties als het ministerie van SZW, Sociaal Cultureel Planbureau, TNO; informatie over nieuwe ontwikkelingen op verzekeringsgeneeskundig terrein.

Het instituut verkeert nog in een ontwikkelstadium, maar de website is technisch al klaar.

3.5.6 TNO EXPERTISECENTRUM BEOORDELINGEN ARBEIDSMOGELIJKHEDEN

TNO Expertisecentrum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden (TEBA) doet praktijkonderzoek, ontwikkeling en implementatie met betrekking tot beoordelingen in het kader van o.a de WAO en ziekteverzuim. Het expertisecentrum biedt inzicht in de uitvoering, organisatie en sturing van die beoordelingen. Daarbij maakt TEBA gebruik van expertise op diverse gebieden (medisch, arbeidskundig, juridisch, psychologisch, organisatiekundig) afkomstig van drie TNO-instituten: TNO Arbeid, TNO Preventie en Gezondheid en TNO Technische Menskunde.

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1 CONCLUSIES

De RGO bevestigt de conclusie die ook al door anderen is getrokken: de verzekeringsgeneeskunde is op belangrijke onderdelen nog niet of slechts zeer beperkt *evidence based*. De oordeelsvorming over cliënten (waar het bepalen van de belastbaarheid deel van uitmaakt) heeft een smalle wetenschappelijke basis. De verzekeringsgeneeskunde heeft behoefte aan systematische reviews, als basis voor richtlijnen, protocollen e.d. Deze moeten input zijn voor opleiding en na- en bijscholing. De infrastructuur voor kennisontwikkeling is evenwel marginaal te noemen. Praktijk ondersteunende initiatieven zouden moeten zorgen dat zaken als richtlijnen en protocollen in de praktijk geïmplementeerd worden. De Raad heeft de indruk dat er in principe voldoende wegen zijn voor de verspreiding van kennis op het gebied van verzekeringsgeneeskunde: naast de opleidingen ook vakbladen, literatuur zoals het Handboek Arbeid en Belastbaarheid, en het recent ingerichte VGI.

De plaats van verzekeringsarts en medisch adviseur in het huidige stelsel (en waarschijnlijk ook in het toekomstige stelsel) vereist een wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied. Daarvoor is versterking van het onderzoek noodzakelijk en het opstellen van onderzoeksprioriteiten. Belangrijke prioriteiten liggen op het terrein van de evaluaties, nodig om te bepalen wat het beste resultaat heeft. Dit geldt in het bijzonder voor reïntegratie-activiteiten, waarvan de effectiviteit onvoldoende onderzocht is. Onderzoek daarnaar zal een bredere uitstraling hebben dan alleen op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde. Immers, ook personeelsbegeleiding, psychologen, mediators bij conflicten en andere reïntegratiedeskundigen kunnen hiervan profiteren. Omgekeerd kan ook het onderzoek in de verzekeringsgeneeskunde een stimulans ondervinden door bijdragen uit de gammawetenschappen.

4.2 AANBEVELINGEN

Om de kennisontwikkeling te stimuleren zijn verschillende maatregelen nodig, die in eerste instantie gericht dienen te zijn op vergroting van de onderzoekscapaciteit en op programmering van onderzoek. Een goede aansluiting tussen de aard van het onderzoek en de behoefte aan kennis in de praktijk dient gewaarborgd te zijn. Naast programmering vraagt dat ook samenwerking en openstelling van de werkvloer voor onderzoek. De Raad doet daarvoor de volgende aanbevelingen, die bij voorkeur alle vijf tegelijkertijd uitgevoerd moeten worden. Een voorstel voor de uitvoe-

ring hiervan is weergegeven in 4.3. Ten behoeve van de overzichtelijkheid zijn de aanbevelingen genummerd, de volgorde geeft dus geen rangorde aan.

1. Versterk de positie van verzekeringsgeneeskunde in de universitaire centra.

De drie bestaande structurele universitaire kernen (AMC, VUmc, RUG) verdienen versterking. Gestreefd dient te worden naar aansluiting bij het onderzoek op het terrein van de bedrijfsgeneeskunde in deze kernen. De huidige initiatieven rond het Interuniversitair Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde en het samenwerkingsverband AMC-VUmc-TNO bieden goede mogelijkheden voor de noodzakelijke kennisontwikkeling en de implementatie daarvan in de praktijk. Er moeten structurele leerstoelen verzekeringsgeneeskunde komen, met een omvang van in totaal 2 fte voor heel Nederland. Dat dient gepaard te gaan met een betere inbedding van (aspecten van) verzekeringsgeneeskunde in het basiscurriculum geneeskunde. Op die manier kan een betere aansluiting tussen de opleiding tot basisarts en de opleiding tot verzekeringsarts bereikt worden. De structuur van de opleiding tot basisarts en de vervolgopleidingen staat momenteel ter discussie. Bij een eventuele herstructurering van de geneeskundige opleidingen dient de aansluiting tussen basiscurriculum en de opleiding tot verzekeringsarts expliciet aandacht te krijgen. Een uitwerking van deze aanbeveling valt onder de verantwoordelijkheid van de betrokken UMC's.

2. Richt (al dan niet academische) werkplaatsen voor verzekeringsgeneeskunde in.

De Raad constateert dat werkplaatsen voor verzekeringsgeneeskundig onderzoek nodig zijn. Het UWV is de aangewezen organisatie om een of meer van dergelijke "werkplaatsen" in te richten, in samenwerking met universitaire centra, de NVVG en TNO. De werkplaats dient verschillende functies te vervullen: bijdragen aan de opleiding tot verzekeringsarts, opbouwen van onderzoekskader onder verzekeringsartsen, bijdragen aan de wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde en implementatie van resultaten uit onderzoek, bijvoorbeeld door het ontwikkelen en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. De ontwikkeling van het Interuniversitair Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (zie 3.5.3) geeft een goede aanzet voor de uitwerking van deze aanbeveling.

3. Gebruik bestaande informatiebronnen zo goed mogelijk.

Bepaalde vragen die relevant zijn voor de verzekeringsgeneeskunde zouden beantwoord kunnen worden door gebruik te maken van gegevens uit bestaande databanken: de ZW/WAO-database en de gegevensbestanden van private verzekeraars. Op dit moment is echter niet bekend hoe deze databanken het best gebruikt kunnen worden. Het verdient dan ook aanbeveling de bruikbaarheid van deze databanken te exploreren, op geleide van de vraagstukken die als prioriteit zijn aangegeven.

4. Zorg voor financiering van het onderzoek.

De beperkte beschikbaarheid van financiering is een belemmering voor het doen van onderzoek op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde. Bovenstaande maatregelen kunnen alleen uitgevoerd worden als daar een goede financiering voor gevonden wordt. Een structurele vorm van financiering gedurende een langere periode is een essentiële voorwaarde voor het ontwikkelen van een *evidence based* verzekeringsgeneeskunde. De Raad doet een voorstel voor een stimuleringsprogramma (zie onder) waarin de huidige initiatieven zijn ingebed.

5. Hanteer inhoudelijke prioriteiten voor onderzoek.

De Raad heeft in dit advies een aantal thema's aangegeven die prioriteit in het onderzoek verdienen (zie 3.4). Onderzoek dat gefinancierd wordt in het kader van de versterking van de verzekeringsgeneeskunde (aanbeveling 4) dient binnen deze prioriteiten te vallen. Het Verzekeringsgeneeskundig Instituut (zie 3.5.5) zou kunnen participeren in de programmacommissie bij het uitwerken en op termijn actualiseren van de prioriteiten. Op die manier kan een goede aansluiting tussen onderzoek en praktijk gewaarborgd worden.

Een aantal prioriteiten leent zich voor onderzoek dat valt onder de gammawetenschappen. Daarom is nuttig aansluiting te zoeken bij bestaande onderzoeksgroepen op die terreinen. Ook de afstemming tussen curatieve sector, bedrijfsarts en verzekeringsarts moet een punt van aandacht zijn in het onderzoek. Gestreefd moet worden naar aansluiting (waar mogelijk) tussen verzekeringsgeneeskundig onderzoek en onderzoek in de curatieve sector, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg. Onderzoekscholen zoals CaRe (Netherlands School of Primary Care Research) bieden hiervoor wellicht mogelijkheden.

4.3 VOORSTEL VOOR EEN STIMULERINGSPLAN

Een gestructureerde aanpak van de punten uit de vijf aanbevelingen is mogelijk in de vorm van een stimuleringsplan. De Raad stelt voor een twee-sporenbenadering te kiezen voor de uitvoering van dit plan. Het eerste spoor betreft de ontwikkeling cq. verdere versterking van de kennisinfrastructuur, het tweede de stimulering van kennisontwikkeling door middel van een *bottom up* procedure. Het is raadzaam de uitwerking en aansturing van het stimuleringsplan bestuurlijk en organisatorisch gescheiden te houden van de uitvoering, om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen handhaven en op prioriteiten te kunnen sturen.

4.3.1 ONTWIKKELING EN VERDERE VERSTERKING VAN DE KENNISINFRA-STRUCTUUR

De overheid zou de drie genoemde universiteiten met bestaande initiatieven op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde (zie aanbeveling 1), alsmede TNO, uit moeten nodigen een coherent onderzoeksprogramma te ontwikkelen op geleide van de aanbevelingen en prioriteiten in dit advies. Dit programma zou de vorm moeten krijgen van een samenwerkingsverband tussen universitaire en extra-universitaire instellingen. De RGO verwacht dat hiermee een aanzienlijke versterking van de kennisinfrastructuur bereikt kan worden. Het onderzoeksprogramma dient een concrete omschrijving te bevatten van de beoogde doelstellingen, personele omvang en managementstructuur, alsmede een uitgewerkte begroting. De lopende initiatieven (zie onder paragraaf 3.5) dienen in dit samenwerkingsverband opgenomen te worden. Een essentieel onderdeel hiervan is de medewerking van het UWV aan de inrichting van academische werkplaatsen, hetgeen betekent dat er ruimte is voor onderzoek binnen de reguliere activiteiten van het UWV.

De personele basisomvang en samenstelling van het beoogde samenwerkingsverband omvat tenminste 2 fte hoogleraar, 4 fte senior onderzoekers en 6 fte promovendi. Als richtsnoer voor de totale kostenbegroting gaat de Raad uit van een bedrag van ca. €1,5 miljoen per jaar. De universitaire en extra-universitaire partners in dit samenwerkingsverband dienen bereid en in staat te zijn om elk eenderde van de benodigde middelen (al dan niet in de vorm van personeel) voor eigen rekening te nemen. De leerstoelen dienen door de betrokken universiteiten na afloop van het stimuleringsplan te worden gecontinueerd. Het is nodig dat de inzet van de leerstoelen bij de vormgeving van het onderwijs op verzekeringsgeneeskundig gebied in het basiscurriculum onderdeel vormen van de leeropdracht. Twee tot vier van de promotieplaatsen dienen ingenomen te worden door praktiserende verzekeringsartsen, teneinde de betrokkenheid en samenwerking met het praktijkveld te waarborgen.

4.3.2 STIMULERING VAN KENNISONTWIKKELING OP PRIORITEITEN

De Raad heeft prioriteiten voor kennisontwikkeling aangegeven (aanbeveling 5 en 3.4) die bij de versterking van de kennisinfrastructuur gehanteerd moeten worden. Voorts is het denkbaar dat voor bepaalde onderwerpen uit de lijst van prioriteiten (wellicht exclusieve) expertise aanwezig is bij andere (extra)-universitaire instellingen dan hiervoor vermeld. Gedacht kan worden aan onderzoek op het terrein van de gamma-wetenschappen, en aan instellingen zoals onderzoeksscholen. Deze instellingen dienen eveneens de mogelijkheid te krijgen onderzoeksprojecten uit te voeren, binnen het nader uit te werken stimuleringsplan. Hiervoor is een *bottom up* procedure wenselijk. Ieder jaar zouden via deze weg enkele onderzoeksprojecten gehonoreerd moeten worden met een budget van maximaal €300.000 per jaar.

4.3.3 FINANCIERING VAN HET STIMULERINGSPROGRAMMA

Voor de uitvoering van de twee bovenstaande onderdelen van het stimuleringsprogramma is jaarlijks minimaal €1,8 miljoen nodig. Gezien de geringe omvang van de huidige kennisinfrastructuur is stimulering gedurende een lange periode nodig, minstens 8 à 10 jaar. Met deze uitgangspunten is eenvoudig vast te stellen hoeveel geld voor het stimuleringsprogramma nodig is:

- Doorlooptijd stimuleringsprogramma: 8-10 jaar
- Totaal benodigde financiering: 10 jaar x 1,8 M €/jaar = €18 miljoen.

De Raad stelt voor dat de universitaire en buitenuniversitaire kennisinstellingen bijdragen aan het ontwikkelen van de kennisinfrastructuur (zie 4.3.1) en dat de overheid en het praktijkveld bovendien nog geld uittrekken voor kennisontwikkeling op prioriteiten (zie 4.3.2). De verdeling van de bijdragen wordt dan als volgt:

- Bijdragen kennisinstellingen: € 500.000 per jaar;
- Bijdrage overheid: € 650.000 per jaar;
- Bijdrage praktijkveld: € 650.000 per jaar.

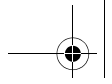
Men mag verwachten dat organisaties uit het praktijkveld (te denken valt aan UWV, WOSM Foundation en SIG) bereid zijn bij te dragen als ook de overheid (financiële) steun verleent aan het programma. De bijdrage van kennis instellingen zou in de vorm van personele aanstellingen (zoals structurele leerstoelen) geleverd kunnen worden.

4.3.4 UITWERKING EN STURING VAN HET STIMULERINGSPLAN

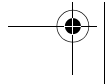
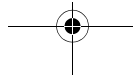
Het is nodig voor de uitwerking en sturing van het stimuleringsplan een programmacommissie in te stellen. Op beide onderdelen van het stimuleringsplan (versterking van de kennisinfrastructuur en stimulering van kennisontwikkeling) zal deze programmacommissie actief zijn:

- Als de partners uit het beoogde samenwerkingsverband een voorstel voor de bundeling van het onderzoek hebben opgesteld, is het aan deze programmacommissie dit voorstel te beoordelen en toe te zien op de uitvoering ervan.
- De programmacommissie zorgt voor een *bottom up* georiënteerd prioriteitenprogramma en beoordeelt de onderzoeksvorstellen die daarvoor worden ingediend.

De RGO stelt voor de programmacommissie samen te stellen uit onafhankelijke deskundigen die deels uit de praktijk afkomstig zijn, deels uit het (universitaire) onderzoek. Onder "praktijk" dient men dan zowel beroeps- en uitvoerende organisaties te verstaan (NVVG/VGI, UWV, particuliere verzekeraars) als organisaties die het cliëntenperspectief goed kennen (Landelijke Cliëntenraad SUWI of het Breed Platform Verzekerden en Werk). Bij een dergelijke samenstelling van de commissie is te verwachten dat een goede aansluiting tussen onderzoek en praktijk tot stand gebracht wordt. Het ligt voor de hand deze programmacommissie onder te brengen bij ZonMw, omdat deze organisatie beschikt over de expertise die nodig is

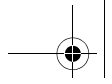


voor de ondersteuning van de programmacommissie en de bewaking van de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeksprojecten. Het valt te overwegen een vorm van overleg in te stellen voor de financiers van het onderzoek, waarin zicht wordt gehouden op de omvang van het programma en de strategie op de lange termijn (financiering, koers).

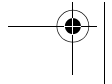
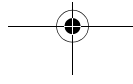


LIJST MET AFKORTINGEN

ACAG	Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid
ACVG	AMC Centum voor Verzekeringsgeneeskunde
AMC	Academisch Medisch Centrum
BIG	(Wet) Beroepsuitoefening in de Individuele Gezondheidszorg
CaRe	Netherlands School of Primary Care Research
CAS	Classificatie Arbo en Sociale verzekering
CBBS	Claim Beoordelings- en Borgingssysteem
CVA	Cerebrovasculair Accident
FCE	Functionele capaciteitsevaluatie
FIS	Functie Informatie Systeem
FML	Functionele Mogelijkheden Lijst
GAV	Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringmaatschappijen
ICD-10	International Classification of Diseases - versie 10
ICF	Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handi- caps
IKV	Interuniversitair Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
MDA	Medical Disability Advisor
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
nWAO	nieuwe Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
PEMBA	Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheids- verzekeringen
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RSI	Repetitive Strain Injury
RUG	Rijksuniversiteit Groningen
SAV	Standaard Samenwerking Arbeidsdeskundige/Verzekeringsarts bij de claimbeoordeling WAO met FIS
SIG	Stichting Instituut GAK
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBV	Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
TEBA	TNO Expertisecentrum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VGI	Verzekeringsgeneeskundig Instituut
VU	Vrije Universiteit



VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
WAJONG	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen Zelfstandigen
Wet REA	Wet op de reïntegratie Arbeidsgehandicapten
WW	Werkloosheidswet
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZW	Ziektewet



REFERENTIES

- 1 Donceel P, Prins R. Taken en training van verzekeringsartsen, een internationale verkenning. TBV 9:341-45, 2001.
- 2 Aarts L, Jong P. de, Veen R van der. Met de beste bedoelingen: WAO 1975-1999: Arends, onderzoek en beleid. APE B.V., Den Haag i.s.m. Universiteit Twente 2002.
- 3 Boer WEL de, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Evaluation for long-term disability pension in social insurance: a 15 countries comparative study. TNO Arbeid, Hoofddorp 2003.
- 4 Lieshout PAH van. Rapport "Sociale zekerheid en zorg", SWZ, Den Haag 2003.
- 5 Crul BVM. Verzuimdeskundigen komen weer tot elkaar. Medisch Contact 57: 1437-1439, 2002.
- 6 Deursen CGL van, Burg CL van der. Van ziekmelding tot WAO; onderzoek onder werknemers die in 2001 voor de poort van de WAO stonden. Astri Leiden, 2003.
- 7 Willems JHBM. Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde. Ministerie van SZW, Den Haag 2000.
- 8 Teulings CN, Veen R van der, Trommel W. Dilemma's van de sociale zekerheid. VUGA Den Haag 1997.
- 9 Boer WEL de, Hazelzet AM, Gerven JHAM van. Vademecum Beoordeling Arbeidsmogelijkheden TNO Arbeid Hoofddorp 2002.
- 10 Gordon G. Role theory and illness. College and University press, New Haven 1966.
- 11 Timmer, M, Klerk JM de, Koten JW. Verzekeringsgeneeskunde in theorie. Maklu Antwerpen 1988.
- 12 Boer, WEL de. Argumentatieve claimbeoordeling. TVG 1992 110-114, 137-139, 171-176.
- 13 Bont A de, Meus, C, Hazelaar G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering: over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME. College van toezicht sociale verzekeringen, Zoetermeer 1998.
- 14 Mul CAM, Douwes M, Hazelzet AM, Wevers CWJ. Schadebeoordeling en FCE methoden. TNO-Arbeid, 1999.
- 15 Frings-Dresen MHW, Kuijer PPFM, Six Dijkstra WMC, Ricken AXC. De bijdrage van Functional Capacity Evaluation (FCE)-methoden aan de beoordeling van de functionele fysieke mogelijkheden van werknemers (Een 'second-opinion'voor ERGOS worksimulator) TBV 11: 100-104, 2003.

- 16 Duin JA, Bisschops AP. Kenmerken en verwachte effecten van het Methodisch Beoordelingsgesprek. NSOH Utrecht 1996.
- 17 Spanjer J. De reproduceerbaarheid van WAO-beoordelingen, een literatuuronderzoek TBV 9: 195-198, 2001.
- 18 Kerstholt J e.a.. Psychologische aspecten van oordeelsvorming. TNO Technische Menskunde Soesterberg 2002.
- 19 Kronenburg-Willems EJ. Dossier WAO. PS-special 4, Kluwer, Deventer 2002.
- 20 Horstman K e.a. Standaarden en het rechtskarakter van de sociale verzekering 1997 Lisv Amsterdam.
- 21 Interne documentatie UWV.
- 22 Donner P. Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. Doetinchem: Elsevier Bedrijfsinformatie, 2001.
- 23 RGO-advies Onderzoek Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Den Haag 2003.
- 24 Gerven JHAM Boer, WEL de. Haalbaarheidsonderzoek naar een Nederlandse versie van de Medical Disability Adviser TNO Arbeid Hoofddorp 2002.
- 25 Interne notities van UWV; concept-outline voor programmering Sociale Verzekeringsgeneeskunde, AMC, VUmc, TNO-Arbeid en TNO-PG.
- 26 Willems JHBM, Korten JW, Croon NHTh. Handboek Arbeid en Belastbaarheid 1, Kort historisch overzicht. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2001.
- 27 Willems JHBM. De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap. TBV 9: 326-331, 2001.
- 28 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 artsopleiding. Mediagroep Nijmegen 2001.
- 29 Groothof JW. Reïntegratie: 'Ga terug naar af....', Oratie Rijksuniversiteit Groningen, januari 2002.

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING COMMISSIE

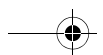
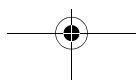
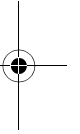
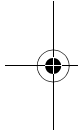
dr. W.R.F. Notten, voorzitter	TNO-PG
drs. W.E.L. de Boer	TNO Arbeid
drs. J. Bronsema	Swiss Re
dr.mr. N.H.Th. Croon	UWV
drs. F.L. van Duijn	UWV, NVVG
prof.dr. J.W. Groothoff	RUG
drs. J.H. Wijers	WOSM, NVVG
prof.dr. J.H.B.M. Willems	TNO-PG en AMC
dr. C.H. Langeveld, secretaris	RGO

Waarnemers:

drs. H.W. Benneker	RGO
drs. M.C.J. van Dal	Ministerie SZW
mw.drs. S.D.P. Hoedjes	Ministerie VWS
prof.dr. H.G.M. Rooijmans	RGO

Secretariële ondersteuning en layout

mw. L. Bakker	RGO
---------------	-----



BIJLAGE 2: BEKNOPT OVERZICHT VAN RELEVANTE WETGEVING

ARBEIDSOMSTANDIGHEDENWET 1998 (ARBOWET)

Het doel van de arbowet is het voorkomen van ziekte door werk. Werkgevers zijn verplicht hun werknemers te beschermen tegen risicovolle omstandigheden die schadelijk zijn voor de gezondheid. Zij moeten ook actief gezondheidsrisico's opsporen.

WET VERBETERING POORTWACHTER

Per 1 april 2002 geldt de Wet verbetering Poortwachter. Deze wet is bedoeld om de terugkeer van zieke werknemers naar arbeid te bevorderen en de instroom in de WAO te verminderen. Op grond van deze wet zijn werknemers en hun werkgevers nu meer zelf verantwoordelijk voor de reïntegratie. Er vindt toetsing achteraf plaats van de handelwijze van deze actoren.

WAO: WET OP DE ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING

Deze wet verzekert die werknemers van een loonvervangende uitkering, die langer dan de geldende wachttijd (doorgaans een jaar) geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn. Arbeidsongeschikt – geheel of gedeeltelijk – is de verzekerde die door ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling niet in staat is om met gangbare arbeid hetzelfde te verdienen als de gezonde personen met soortgelijke opleiding en ervaring gewoonlijk verdienen.

De werknemer moet een WAO-uitkering zelf aanvragen bij het UWV. Een verzekeringsarts van het UWV voert een keuring uit om de medische beperkingen en mogelijkheden te beoordelen. Als iemand niet volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard, stelt de arbeidsdeskundige een percentage arbeidsongeschiktheid vast. Na maximaal vijf jaar moet opnieuw een aanvraag ingediend worden. Als in die tijd de medische situatie verandert is dat aanleiding voor een nieuwe beoordeling. De WAO geldt niet voor zelfstandigen en jonggehandicapten (zie Wajong en WAZ).

WAJONG: WET ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVOORZIENING JONGGEHANDICAPTEN

De Wajong is er voor jongegehandicapten en studenten. De wet zorgt voor uitkeringen voor hen die al voor hun 17^e jaar of tijdens hun studie een ziekte of een handicap hebben, waardoor zijn niet in staat zijn het minimumloon te verdienen.

WAZ: WET ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING ZELFSTANDIGEN

De WAZ is een verplicht arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen en hun meewerkende echtgenoten, directeuren-grootaandeelhouders, en voor andere personen die niet in loondienst werken: de zogenaamde beroepsbeoefenaren. Het voornemen bestaat om de WAZ per 1 januari 2005 af te schaffen.

WET REA: WET OP DE (RE)INTEGRATIE ARBEIDSGEHANDICAPTEN

Deze wet biedt arbeidsgehandicapte werknemers de mogelijkheid voorzieningen aan te vragen die de kans op het verkrijgen of behouden van werk vergemakkelijken of mogelijk maken. De Wet REA maakt het eveneens voor de werkgever aantrekkelijk arbeidsgehandicapten in dienst te nemen of te houden door subsidies voor REA-instrumenten beschikbaar te stellen.

WET PEMBA

Pemba staat voor Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Pemba is, in het kort, een wet die regelt dat de kosten van WAO-uitkeringen (geheel of gedeeltelijk) voor rekening van de werkgever komen. De werkgever betaalt de kosten via "premiedifferentiatie" of via "eigen risicodragen". Per 1 januari 2003 is de gedifferentieerde premie voor kleine werkgevers afgeschaft.

WULBZ: WET UITBREIDING LOONDOORBETALINGSPLICHT BIJ ZIEKTE

De Ziektewet is geprivatiseerd tot de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht Bij Ziekte (Wulbz). Dit houdt in dat de werkgever aan (bijna) alle werknemers met een arbeidsovereenkomst tijdens ziekte het loon doorbetaalt, gedurende 52 weken (tenzij in de CAO een langere periode is overeengekomen). De Ziektewet zelf bestaat alleen nog voor een paar uitzonderingen.

ZIEKTEWET

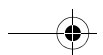
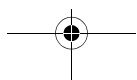
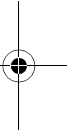
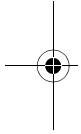
Deze wet waarborgt het inkomen van werknemers *zonder* gewone arbeidsovereenkomst (werklozen, uitzendkrachten) als zij ziek worden. Loondoorbetaling vindt plaats gedurende 52 weken.

BIJLAGE 3: PROCEDURE VAN ZIEKMELDING TOT WAO-UITKERING

(PER DECEMBER 2003)

De huidige wetgeving schrijft de volgende procedure voor, beginnend op het moment van ziekmelding:

- | | |
|---------|--|
| Dag 1 | - De werkgever meldt het verzuim van de werknemer bij de arbodienst. |
| Week 6 | - Als de werknemer na zes weken nog niet kan werken, maakt de arbodienst een probleemanalyse. De arbodienst adviseert over de mogelijkheden tot herstel en werkhervatting. |
| Week 8 | - Na uiterlijk acht weken moeten de werkgever en de werknemer samen een plan van aanpak maken voor herstel en reïntegratie van de werknemer. Alle reïntegratie-activiteiten worden bijgehouden in een dossier. |
| Week 13 | - Als na dertien weken nog steeds geen herstel is opgetreden, moet de werkgever het UWV informeren over de ziekte. Werkgever of werknemer kunnen bij het UWV een deskundigenoordeel vragen als de één vindt dat de ander zich onvoldoende inspanst. |
| Week 35 | - Na acht maanden stuurt het UWV de werknemer een aanvraagformulier voor de WAO.
- In de achtste maand moeten de werkgever, de werknemer en de arbodienst een reïntegratieverslag opgesteld hebben. Hierin staat wat is ondernomen om de werknemer aan het werk te krijgen. |
| Week 39 | - Uiterlijk negen maanden na de ziekmelding kan de werknemer een WAO-aanvraag indienen bij het UWV. De aanvraag gaat vergezeld van het reïntegratieverslag. |
| Week 52 | - Vóór het eerste ziektejaar om is neemt het UWV een beslissing over de toekenning van de WAO-uitkering. Het UWV beoordeelt of men zich voldoende heeft ingespannen voor reïntegratie. Als een van beide partijen in gebreke is gebleven, staan daar sancties op (maximaal een jaar doorbetaling van loon, of een lagere uitkering).
- Ook na een toekenning van de WAO-uitkering worden de pogingen tot reïntegratie voortgezet. |



BIJLAGE 4: PROFIEL VAN DE VERZEKERINGSARTS (NVVG)

De verzekeringsarts is als specialist werkzaam in het brede domein van arbeid en gezondheid dat een publieke als ook een private verantwoordelijkheidsverdeling kent.

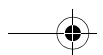
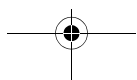
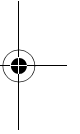
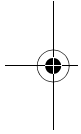
Vanuit zijn publieke verantwoordelijkheid in het kader van de SV-wetgeving is hij er met name op gericht om arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of gebrek zoveel mogelijk te voorkomen, respectievelijk eventuele vermindering van het arbeidsvermogen zoveel mogelijk te beperken (schadelastbeperking). Centraal in functioneren staat de rol van beoordelaar en adviseur zowel aan individu, werkgever als bedrijfsarts.

De verzekeringsarts acteert vanuit de grondgedachte van de sociale zekerheid (inclusief wet- en regelgeving) dat verzekerden en hun werkgevers c.q. werkomgeving zelf al het redelijke moeten doen om maximale benutting van arbeidsmogelijkheden te realiseren. Die grondhouding is leidraad in de contacten met andere actoren in de keten van werk en inkomen. De verzekeringsarts draagt er op deze wijze aan bij dat mensen niet onnodig buiten het arbeidsproces komen te staan en dat de afhankelijkheid van een uitkering niet langer duurt dan strikt noodzakelijk is. Aldus werkt hij mee aan het algemeen streven van 'werk boven inkomen' in een activerend stelsel van sociale zekerheid.

Hij is zich er van bewust dat het uiteindelijke oordeel over de resterende arbeidsmogelijkheden van grote importantie is in een activerend stelsel van sociale zekerheid en dat effecten van professioneel handelen grote (financiële) gevolgen kunnen hebben voor de cliënt. Dat vergt een hoog professionele instelling en een grote verantwoordelijkheid t.a.v. eigen kwaliteit van handelen die kan worden gedragen door inzicht te hebben in de effecten van eigen handelen en dit te kunnen spiegelen aan dat van collegae. De verzekeringsarts draagt bij aan het vergroten van de wetenschappelijke kennis die nodig is om dergelijke oordelen zo goede mogelijk tot stand te brengen.

Bovenstaande is ook van toepassing op de verzekeringsarts die zijn werkzaamheden verricht binnen het private domein.

Juli '02, bron: NVVG



BIJLAGE 5: OVERZICHT VAN KENNIS- EN VAARDIGHEIDSEISEN

OVERZICHT VAN KENNIS- EN VAARDIGHEIDSEISEN, AFGELEID VAN VERZEKERINGS-GENEESKUNDIGE TAKEN

Taakelementen	Vaardigheidseisen	Kenniseisen
<p><u>Claimbeoordeling</u></p> <p>Vooronderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderkennen aandachtspunten bij oproep van cliënt • Analyse reïntegratievisie en eventuele gegevens behandelende sector • Beoordeling inspanning werkgever <p>Onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese, gericht op het verkrijgen van inzicht in: <ul style="list-style-type: none"> - de ervaren beperkingen en daarachter liggende stoornissen - de eisen die het werk aan cliënt stelt; - de wijze waarop de cliënt met zijn belastbaarheid omgaat; - de wijze waarop de cliënt werkt aan verbetering van zijn belastbaarheid; - de wijze waarop de cliënt werkt aan de verbetering van zijn reïntegratie of resocialisatie • Onderzoek, gericht op het verkrijgen van inzicht in: <ul style="list-style-type: none"> - de lichamelijke en psychische beperkingen; - de bevindingen in de curatieve sector. <p>Oordeel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inschatting belastbaarheid • Inschatting prognose belastbaarheid <p>Rapportage</p> <p>Op heldere wijze rapporteren over bevindingen en oordeelsvorming.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeksvaardigheden in relatie tot beperkingen • Sociale competentie • Rapportagevaardigheid, waarbij als bijzonder aandachtspunt de onderbouwing van het oordeel genoemd moet worden. • Beoordelings- en beslissingsvaardigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Wetskennis inzake ZW/ WAO/ WAZ/ WAJONG/ REA • Kennis van bestaande functies en belastingseisen • Kennis van verzekeringsgeneeskundige anamnesetechnieken • Kennis van specifieke onderzoeksmethoden in de curatieve gezondheidszorg en hun betekenis voor het herstel van de belastbaarheid • Kennis van stoornissen, beperkingen en daarmee samenhangende revalidatietechnieken • Kennis van specifieke beoordelingsmethoden van de belastbaarheid • Kennis van vertaling van stoornissen naar beperkingen en de relatie tussen beperkingen en de eisen in de arbeidssituatie • Kennis van de beïnvloedbaarheid van beperkingen • Kennis van de beïnvloeding van copinggedrag.
<p><u>Deskundigenoordeel/bezwaar</u></p> <p>Zie beschrijving Claimbeoordeling</p>	<p>Communicatieve vaardigheid om</p> <ul style="list-style-type: none"> • te opereren in een spanningsveld van verschil in inzicht tussen cliënt en werkgever/arbodienst • oordeel grondig te beargumenteren, ook naar bedrijfsarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Wetskennis Arbowetgeving • Kennis van de specifieke werkgever zijn functies en belastingseisen • Grondige wetskennis ZW/WAO/WAZ/ WAJONG/REA
<p><u>Begeleiding</u></p> <p>Zie beschrijving Claimbeoordeling,</p> <ul style="list-style-type: none"> • maar bij de oordeelsvorming wordt tevens uitgesproken: • Inschatting noodzaak tot beïnvloeding herstelgedrag • Inschatting noodzaak tot beïnvloeding behandelende sector <p>Bij gesprek gaat de aandacht meer uit naar specifieke knelpunten bij de aanvaarding van een belasting en het herstelgedrag.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale competentie om op basis van gelijkwaardigheid met curatieve sector te spreken • Communicatieve vaardigheden om cliënt informeren over zijn mogelijkheden en te motiveren voor reïntegratie (empowerment). 	<ul style="list-style-type: none"> • Specifieke wetskennis REA • Kennis van specifieke trainings- en begeleidingsprogramma's • Kennis van revalidatie-technieken • Kennis van reïntegratie-begeleiding.

Uit Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, prof.dr. J.H.B.M. Willems

TOELICHTING:

Het schema in bijlage 5 is van toepassing op de verzekeringsarts in de publieke sector. De taakelementen (en dus ook de kennis- en vaardigheidseisen) verschillen op bepaalde punten van die van de medisch adviseur in de private sector. De meest opvallende verschillen worden hier toegelicht:

TAAKELEMENT CLAIMBEOORDELING

De medisch adviseur ziet in de meeste gevallen niet zelf de verzekerde, maar communiceert via de controlerend arts. De beoordeling van de inspanning van de werkgever is in feite geen taak voor de medisch adviseur. Onderzoek (anamnese, lichamelijk onderzoek) wordt wel gedaan door de medisch adviseur, maar is eerder uitzondering dan regel. Onderzoek naar de eisen die het werk aan de cliënt stelt is een taak voor de arbeidsdeskundige, die in de private sector dan ook in een vroeg stadium, tegelijk met de medisch adviseur wordt ingeschakeld.

KENNISEISEN CLAIMBEOORDELING

De kennis van polisvoorwaarden en jurisprudentie (van het klachteninstituut schadeverzekeringen en civiele rechtspraak) is voor de medisch adviseur van groot belang, naast de genoemde wetskennis.

DESKUNDIGENoordeel/BEZWAAR

Dit onderdeel valt buiten het takenpakket en het gezichtsveld van de medisch adviseur.

BEGELEIDING

Dit onderdeel geldt vrijwel in zijn geheel voor de medisch adviseur, zij het dat kennis van de Wet REA beperkt van belang is. Kennis van de financiële ruimte voor reïntegratie is voor de medisch adviseur meer van belang.

BIJLAGE 6: DE WAO IN CIJFERS

Aantallen uitkeringen in 2003 (raming):

	jan x 1000	mrt x 1000	mei x 1000
<i>WAO</i>			
nieuwe uitkeringen	8,9	6,3	4,9
beëindigde uitkeringen	7,9	7,0	7,0
aantal uitkeringen	803,5	801,9	798,2
<i>WAZ</i>			
nieuwe uitkeringen	0,9	0,7	0,7
beëindigde uitkeringen	0,7	0,6	0,6
aantal uitkeringen	56,4	56,6	56,7
<i>WAJONG</i>			
nieuwe uitkeringen	0,7	0,7	0,6
beëindigde uitkeringen	0,4	0,3	0,3
aantal uitkeringen	134,6	135,2	135,8
Totaal			
aantal uitkeringen	994,4	993,8	990,8
aantal personen	980,4	980,2	976,9

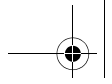
(Bron: Kerncijfers werknemersverzekeringen, www.uwv.nl)

In 2002 werd in totaal €9.860 miljoen aan WAO-uitkeringen betaald. Voor 2003 is een bedrag van €10.151 miljoen geraamd (Sociale Nota 2003).

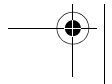
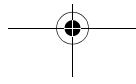
In mei 2003 werd aan bijna 977.000 personen een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid (AO) verstrekt, waarvan bijna 800.000 WAO-uitkeringen. Ongeveer een kwart van de personen met een AO-uitkering heeft werk.

Het aantal WAO-uitkeringen blijkt vanaf januari 2003 gestaag te dalen. Dit is een gevolg van de sterk afnemende instroom van uitkeringsgerechtigden. Het aantal WAO-aanvragen is in 2002 met zo'n 10% gedaald, en er zijn duidelijke signalen dat mede door de Wet Verbetering Poortwachter een dalende trend is ingezet.

Uitstroom uit de WAO vindt plaats om diverse redenen: herstel, verlaten van de WAO bij herbeoordeling, bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, overlijden, detentie en reïntegratie. De uitstroom vertoont over 2003 een licht dalende trend. Eind juni 2003 hebben bijna 17.000 arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden met



succes een reïntegratietraject afgelegd. Het gaat om reïntegratietrajecten die tussen 1 januari 2001 en 1 april 2002 zijn gestart. Het succespercentage voor de reïntegratietrajecten ligt daarmee op ongeveer 35%.



BIJLAGE 7: OVERZICHT VAN ONDERWERPEN VOOR ONDERZOEK

(NIET GEPRORITEERD)

Thema's voor onderzoek op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde (thema's en de ordening daarvan zijn ontleend aan interne notities van UWV en TNO)

1. Arbeid en gezondheid
 - oorzaken en gevolgen van gezondheidsgerelateerde arbeidsongeschiktheid;
 - preventie van gezondheidsgerelateerde arbeidsongeschiktheid;
 - Concrete aanknopingspunten voor onderzoek:
 - bestudering en gebruik van de bestaande ZW/WAO-database (welke vragen gericht op kwaliteit van verzekeringsgeneeskundig handelen kan men hiermee beantwoorden?);
 - *state of the art* behandelprogramma's uit curatieve sector binnen verzekeringsgeneeskundige taakstelling brengen;
 - aspecten van reïntegratie: wat zijn effectieve en efficiënte methoden?
 - proces- en *outcome* evaluatie van de effectiviteit van bestaande interventies (effectmaat: effect op langdurig verzuim en reïntegratie);
 - onderzoek naar determinanten van de WAO in- en uitstroom;
 - onderzoek naar risicofactoren van chroniciteit c.q. langdurige arbeidsongeschiktheid.

2. Kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening
 - vergelijking van de visies van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen over begeleiding en beoordeling in het ziekteverzuimtraject;
 - bepalen in hoeverre de praktijk *evidence based* is;
 - richtlijnen en protocollen opstellen;
 - onderzoek naar mogelijkheden om de landelijke implementatie van *best practice* te bevorderen (wat is het effect van kwaliteitsmonitoring en audits? noodzaak tot/mogelijkheden voor bij- en nascholing? kwaliteitseisen: accreditering, certificering?).

3. Verzekeringsgeneeskundig zorgonderzoek
 - actuele vraagstukken betreffen: ontwikkeling van een goede zorgpraktijk; kwaliteit van *input*; het proces van verzekeringsgeneeskundige zorgverlening en de kwaliteit daarvan; de relatie tussen proces en *outcome*; bepaling van *outcome*; evaluatie.

Binnen dit thema bestaan ook behoeften aan zaken op een ander niveau:

- een model voor monitoring van reïntegratie-inspanningen van de werkgever;
- een kwaliteitssysteem van verschillende actoren in de keten werk-inkomen (- ziekte).

4. Verzekeringsgeneeskundige instrumentontwikkeling

- generieke beoordelingssystematieken (bijv.: welk model is effectief bij activerende claimbeoordeling?);
- geprotocolleerde beoordelingsmethoden ter bepaling van de belastbaarheid bij specifieke aandoeningen (zie Handboek Arbeid en Belastbaarheid);
- instrumenten om objectievere uitspraken over belastbaarheid te doen, o.a. instrumenten voor prognosestelling m.b.t. ernst en duur van de belastbaarheidsbeperking;
- evaluatie van bestaande instrumenten in de verzekeringsgeneeskunde, zoals richtlijnen en standaarden.

Aanvulling na consultatie van de commissieleden:

- Cliënt-satisfactie onderzoek;
- Onderzoek naar de (veronderstelde) samenhang tussen morbiditeit/mortaliteit en arbeidsongeschiktheid;
- Onderzoek naar verschil in uitkomsten (mate en duur van arbeidsongeschiktheid) en procesgang bij de beoordeling op basis van gangbare arbeid, passende arbeid en beroepsarbeidsongeschiktheid;
- Nut en effect van medische selectie op de schadelast (inclusief de omvang van de factor anti-selectie);
- Onderzoek naar samenhang tussen persoonlijkheid(-sstructuur) en mate en duur van arbeidsongeschiktheid.