



Landelijk instituut sociale verzekeringen

LISV

Geen duurzaam benutbare mogelijkheden

Juni 1996

Uitgave: Lisv

Auteurs:

S. Knepper, W.E.L. de Boer, M.Th.L.W. Boersma, N.H. Th. Croon,
mw. H.W. Csányi-Achilles, A.G.M. Klarenbeek, F.J. Leenders, F.R. Ronkes, J.A. de Wolff,
mw. J.C.G.M. Wurfbain--Tijds

1. Inleiding

Met de invoering van de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (Wet TBA) is een appèl aan de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep gedaan om tot meer protocollering van het medisch handelen te komen. De wetgever wenst voorts dat in principe altijd de mogelijkheden tot functioneren in kaart gebracht worden van de cliënt die een beroep doet op een arbeidsongeschiktheidsregeling. Tenslotte is het de bedoeling van de wetgever om de in kaart gebrachte mogelijkheden van in principe alle cliënten te projecteren op functies (in de arbeidsmarkt).

Concreet betekent dit alles dat een verzekeringsarts (va) ook goed dient te motiveren waarom hij zijn cliënt volledig arbeidsongeschikt acht. Als een verzekeringsarts de cliënt 'volledig ongeschikt' acht betekent dit dat er geen duurzaam benutbare mogelijkheden gezien worden en het om die reden niet zinvol is tot arbeidskundige duiding van functies over te gaan. In principe zou in deze gevallen een belastbaarheidsprofiel van cliënten met zeer beperkte mogelijkheden opgesteld kunnen worden, doch dat zou niet alleen moeilijk zijn, maar ook veel schriftelijke c.q. mondelinge toelichting vragen, zonder dat er een resultaat in de vorm van te duiden functies tegenover staat.

Deze standaard geeft uitdrukking aan het appèl op de verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts als sociaal geneeskundige om tegenover het collectief van premiebetalers duidelijk te maken dat de beslissing om in bepaalde gevallen niet over te gaan tot functieduiding, zorgvuldig tot stand is gekomen en op inhoudelijk goede gronden is genomen.

Deze standaard beschrijft om welke groep cliënten het gaat: een beperkte groep uitzonderingen op het principe van 'altijd functieduiding', waarbij op medisch inhoudelijke, functionele gronden de duiding voor de arbeidsmarkt niet zinvol wordt geacht. Indien geen functieduiding wordt verricht, is het ook niet zinvol dat de verzekeringsarts een belastbaarheidsprofiel opstelt. Het volstaat tot een goede beschrijving (in de rapportage van de va) van de mogelijkheden van de cliënt te komen. In de huidige praktijk van de sociale verzekering wordt bij het opstellen van een belastbaarheidsprofiel het Functie Informatie Systeem (FIS) gebruikt dat de belastbaarheid van de cliënt in 28 punten operationaliseert. Vervolgens beoordeelt de arbeidsdeskundige op daarmee corresponderende punten van het profiel of de functiebelasting gerealiseerd kan worden. Op die manier worden de mogelijkheden van de cliënt op de arbeidsmarkt vastgesteld¹.

In deze standaard wordt daarmee slechts een deel van het terrein van de claimbeoordeling beschreven: het afwegingsproces waarmee de verzekeringsarts besluit om tot een uitzondering op het principe 'altijd functieduiding' te adviseren. Niet is beschreven hoe de begeleiding plaatsvindt en evenmin welke specifieke maatregelen gericht zijn op het herstel van de belastbaarheid en het herwinnen van (arbeids)mogelijkheden (d.w.z. reïntegratieactiviteiten).

¹ In deze tekst zal korthedshalve geschreven worden: 'de vg stelt geen belastbaarheidsprofiel op' als er in de huidige uitvoeringspraktijk sprake is van de situatie dat de vg concludeert dat er geen duurzaam benutbare mogelijkheden bij cliënt zijn en derhalve de vg geen concrete mogelijkheden vaststelt in een FIS-belastbaarheidsprofiel.

2. Doel en toepassing

2.1 Doel standaard

Het doel van deze standaard is het vergroten van het inzicht in en van de uniformiteit van de oordeelsvorming van de verzekeringsarts ten aanzien van die cliënten bij wie de mogelijkheden zo gering zijn dat arbeidskundige functieduiding niet zinvol is. De verzekeringsarts concludeert in deze gevallen dat de cliënt geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft.

2.2 Toepassing standaard

De standaard is van toepassing op alle beoordelingen die door de verzekeringsarts in het kader van de schatting AAW/ WAO worden gedaan. De in deze standaard beschreven regels/motiveringen worden schematisch aangegeven in schema 1, situaties IA en IB, II en III. De in de standaard beschreven situaties hebben betrekking op de mogelijkheden van alle cliënten, ongeacht specifieke aandoening, diagnose of prognose.

In bijlage 3 wordt nader ingegaan op aspecten van de doelstelling van deze standaard en het beoogde resultaat. Verder gaat bijlage 3 in op het principe van beslissen n.a.v. de expliciet beschreven criteria van standaarden en meer specifiek deze standaard en wordt ingegaan op de groepen cliënten die onder deze standaard vallen.

2.3 Professionele verantwoordelijkheid verzekeringsarts

In deze standaard worden richtlijnen gegeven voor het handelen van de verzekeringsarts als uitvoerder van de sociale verzekeringswetgeving. Daarnaast dient de verzekeringsarts zich uit hoofde van zijn tuchtrechtelijke aansprakelijkheid (als arts) ook te houden aan de professionele standaard. De standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' is geschreven vanuit een professionele invalshoek en geeft functionele criteria voor de beoordeling van de verzekeringsarts. Daarom zal de verzekeringsarts die een afweging inzichtelijk maakt volgens de lijnen van deze standaard in het algemeen ook gemakkelijker aan de professionele standaard voldoen. De algemene uitgangspunten dienaangaande worden in bijlage 4 beschreven.

2.4 Inschatting duurzaamheid van mogelijkheden

Het verzekeringsgeneeskundige oordeel over de duurzaamheid van de mogelijkheden van cliënt strekt zich in het algemeen uit tot een termijn van tenminste drie maanden. Hierbij dient de verzekeringsarts te overwegen dat de validiteit van de prognose in het algemeen binnen drie maanden hoger is dan daarna. De kans op (onvoorziene) wijzigingen in de prognose wordt na die termijn groter. In deze standaard wordt ervoor gekozen zo valide mogelijk de duurzaamheid in te schatten. Bij benutbare mogelijkheden die nu aanwezig zijn wordt een termijn van drie maanden redelijk gevonden om de mogelijkheden arbeidskundig te duiden danwel te benutten.

3. Methodiek standaard

3.1 Uitgangspunten methodiek

Deze standaard geeft richtlijnen voor de verzekeringsarts om tot de conclusie ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’ te komen. De standaard geeft géén richtlijnen over de wijze waarop een FIS-belastbaarheidsprofiel behoort te worden opgesteld (zie schema 1, blz. 6, gestippelde gebied).

Het oordeel van de verzekeringsarts komt tot stand op grond van een voortraject van ingestuurde informatie van cliënt en/of werkgever/arbo-dienst, (spreekuur)beoordeling en informatieinwinning door de verzekeringsarts en eventuele expertise in opdracht van de verzekeringsarts. Bij de tot standkoming van het oordeel kan raadpleging van interne en externe deskundigen bijdragen tot een zorgvuldig en juist oordeel over de mogelijkheden.

Het *vertrekpunt* van deze standaard is het moment waarop genoeg informatie bijeen is gebracht om tot een oordeel over de mogelijkheden van de cliënt oftewel de belastbaarheid in het kader van de AAW/WAO en de duurzaamheid van de mogelijkheden te komen. De aanduiding ‘mogelijkheden heeft betrekking op het functioneren in algemene zin (bijlage 6). De verzekeringsarts zal zich doorgaans niet uitspreken over specifieke arbeidsmogelijkheden omdat hen daarvoor de kennis en informatie ontbreekt.

Uitgangspunt van deze standaard is dat de verzekeringsarts, voor zijn uiteindelijke oordeelsvorming zowel de huidige toestand van de cliënt ten aanzien van het op dat moment kunnen benutten van mogelijkheden meeweegt, als zijn prognose ten aanzien van de duurzaamheid van deze huidige mogelijkheden. Ook kan hij inzake de duurzaamheid oordelen dat er sprake is van blijvend wisselende mogelijkheden.

Om te beoordelen of sprake is van een uitzondering op het uitgangspunt dat van iedere cliënt altijd een FIS-belastbaarheidsprofiel wordt opgesteld, beantwoordt de verzekeringsarts de volgende twee vragen:

Vraag 1: Kan de cliënt zijn mogelijkheden *nu* benutten?

Vraag 2: Kan de cliënt zijn huidige mogelijkheden *duurzaam* (niet) benutten?

Het antwoord op vraag 1. kan ‘wel’ of ‘niet’ zijn. Bij een antwoord ‘wel’ beantwoordt de verzekeringsarts vervolgens de tweede vraag (‘duurzaam benutten?’); bij een antwoord ‘niet’ beantwoordt de verzekeringsarts vervolgens de tweede vraag (‘duurzaam niet te benutten?’). De antwoorden op deze twee vragen leiden tot de uiteindelijke oordeelsvorming van de verzekeringsarts m.b.t. het ‘al dan niet kunnen benutten van mogelijkheden’ van de cliënt, de duurzaamheid van het ‘al dan niet kunnen benutten’, het besluit van de verzekeringsarts tot het al dan niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel en het al dan niet plannen van een heronderzoek door de verzekeringsarts.

In bijlage 6 wordt een toelichting gegeven op de termen ‘mogelijkheden’, ‘te benutten’, ‘duurzaam’, ‘blijvend wisselende mogelijkheden’ en ‘aanmerkelijk’.

3.2 Methodiek oordeelsvorming verzekeringsarts bij deze standaard (zie schema 1)

Om te beoordelen of er sprake is van een uitzondering op het principe dat iedere cliënt mogelijkheden heeft, die door de arbeidsdeskundige getoetst kunnen worden, beantwoordt de *verzekeringsarts* vragen 1 en 2.

Bij vraag 1: ‘wel’ is volgens schema 1 een mogelijk antwoord op vraag 2 (‘kan de cliënt zijn huidige mogelijkheden *duurzaam* benutten?’), dat er weliswaar benutbare mogelijkheden zijn, doch dat binnen drie maanden een aanmerkelijke *verslechtering* te verwachten is en

derhalve het operationaliseren van de mogelijkheden in een belastbaarheidsprofiel voorlopig niet zinvol wordt geacht: situatie II. Een andere mogelijk antwoord op vraag 2 is dat er inderdaad duurzaam benutbare mogelijkheden zijn. Dan wordt een belastbaarheidsprofiel ter arbeidsdeskundige duiding opgesteld.

Bij vraag 1: 'niet' is volgens schema 1 een mogelijk antwoord op vraag 2 dat er weliswaar nu geen benutbare mogelijkheden zijn, doch dat binnen drie maanden een aanmerkelijke *verbetering* te verwachten is en derhalve het operationaliseren van de mogelijkheden in een belastbaarheidsprofiel voorlopig niet zinvol wordt geacht: situatie IB. Een andere mogelijk antwoord op vraag 2 is dat er geen duurzaam benutbare mogelijkheden zijn: situatie IA. Dan wordt geen belastbaarheidsprofiel ter arbeidsdeskundige duiding opgesteld.

3.3 Uitzonderingen op het uitgangspunt 'altijd belastbaarheidsprofiel'

In enkele situaties is het toegestaan dat de verzekeringsarts geen FIS-belastbaarheidsprofiel over de mogelijkheden van de cliënt opstelt.

In paragraaf 3.2 wordt één 'definitieve' situatie (IA) en twee voorlopige situaties (IB en II) beschreven. In deze 'voorlopige' situaties plant de verzekeringsarts verplicht na drie maanden een heronderzoek. In situatie IB is dit eenmalig verplicht, in situatie II is dit verplicht, doch niet eenmalig. De indicatie voor heronderzoek is de inschatting door de verzekeringsarts dat er op het tijdstip van heronderzoek benutbare mogelijkheden zijn. Indien inderdaad benutbare mogelijkheden geprognosticeerd worden, motiveren deze vooral het tijdstip waarop de verzekeringsarts zijn heronderzoek plant. Voorts kan een reden van heronderzoek zijn het inderdaad vaststellen van geprognosticeerde aanmerkelijke veranderingen.

Bij heronderzoek kunnen er vervolgens wel duurzaam benutbare mogelijkheden bestaan (overgaan tot duiding) of geen duurzaam benutbare mogelijkheden (IA; definitief achterwege laten duiding).

Daarnaast is een derde uitzonderingssituatie mogelijk (III). Deze bestaat als bij heronderzoek wederom een aanmerkelijke verandering geprognosticeerd en daarna feitelijk vastgesteld wordt.

Afhankelijk van het moment waarop de belastbaarheid van de cliënt bij heronderzoek zich bevindt kan er in de laatste situatie sprake zijn van:

- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verslechtering geprognosticeerd (II), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verslechtering opgetreden, doch hierna wordt een aanmerkelijke verbetering (IB) geprognosticeerd
- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verbetering geprognosticeerd (IB), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verbetering opgetreden, doch hierna wordt een aanmerkelijke verslechtering (II) geprognosticeerd
- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verslechtering geprognosticeerd (II), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verslechtering opgetreden, doch voorbijgaand tot boven het niveau van zelfredzaamheid. Op het tijdstip van heronderzoek wordt echter weer een aanmerkelijke verslechtering (II) geprognosticeerd.

Indien bij het tweede heronderzoek de verzekeringsarts vaststelt dat de geprognosticeerde verandering inderdaad is opgetreden binnen drie maanden, kan hij een toestand van 'blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden' (III) vaststellen en evenals in situatie IA afzien van het vastleggen van de mogelijkheden in een belastbaarheidsprofiel.

De termijn van heronderzoek is overigens niet vastgesteld op drie maanden, maar wordt op functionele gronden door de verzekeringsarts bepaald. De termijn van prognosticering van verandering is wel tot drie maanden beperkt.

In schema's 1 en 2 en tabel 1 (zie hieronder) worden de beschreven situaties nader geïllustreerd.

	Vraag 1: nu te benutten mogelijkheden?	Vraag 2: huidige mogelijkheden duurzaam (niet) te benutten?	Conclusie va	Heronderzoek va
Situatie I A	nee	geen duurzaam benutbare mogelijkheden	geen duurzaam benutbare mogelijkheden	op indicatie va
Situatie I B	nee	aanmerkelijke verbetering te verwachten binnen drie maanden	geen benutbare mogelijkheden echter niet duurzaam	eenmalig verplicht; verbetering moet geconstateerd worden
Situatie II	ja	aanmerkelijke verslechtering te verwachten binnen drie maanden	geen duurzaam benutbare mogelijkheden	verplicht, niet eenmalig; verslechtering moet geconstateerd worden
Situatie III	ja / nee (wisselend)	aanmerkelijke verslechtering resp. verbetering te verwachten binnen drie maanden	blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden	minstens 2x, waarbij daadwerkelijk aanmerkelijk wisselende mogelijkheden vastgesteld zijn

Tabel 1: Situaties die uitzondering op het uitgangspunt 'altijd belastbaarheidsprofiel' rechtvaardigen

Situatie I A: De verzekeringsarts stelt vast dat cliënt nu geen benutbare mogelijkheden heeft en dat daar ook duurzaam sprake van zal zijn zoals in geval van *duurza(a)m(e)*:

- opname in ziekenhuis of instelling
- bedlegerigheid
- ADL-afhankelijkheid
- onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren; dit moet in drie rollen beschreven zijn:
 - de zelfverzorging
 - het gezin
 - de sociale contacten buiten het gezin, inclusief evt. werkrelaties

De conclusie is dat de cliënt geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft.

- Situatie I B: De verzekeringsarts stelt vast dat de cliënt weliswaar nu geen benutbare mogelijkheden heeft, maar de verzekeringsarts verwacht binnen drie maanden een aanmerkelijke verbetering van de mogelijkheden
- Situatie II: De verzekeringsarts stelt vast dat cliënt weliswaar nu mogelijkheden heeft die hij kan benutten, maar de verzekeringsarts verwacht binnen drie maanden een aanmerkelijke verslechtering van de mogelijkheden.
- Situatie III: De verzekeringsarts stelt vast dat cliënt blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden heeft.
Als de verzekeringsarts bij het heronderzoek vaststelt, dat de verwachte aanmerkelijke verandering inderdaad binnen drie maanden na het voorgaande onderzoek is opgetreden (doch mogelijk voorbijgaand is) en de verzekeringsarts opnieuw een aanmerkelijke verandering van de mogelijkheden van de cliënt verwacht, dan kan de verzekeringsarts opnieuw een heronderzoek plannen. Na daadwerkelijk vastgesteld te hebben dat een aanmerkelijke verbetering/verslechtering van de mogelijkheden van cliënt twee maal is opgetreden, mag de verzekeringsarts constateren dat bij deze cliënt kennelijk sprake is van blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden (situatie III). In dat geval kan door de verzekeringsarts besloten worden tot het niet vastleggen van de actuele mogelijkheden in een belastbaarheidsprofiel, zonder nog verder heronderzoek te hoeven plannen.

Duur van de verbetering of verslechtering

In deze standaard is voor de duur van de periode van daling onder de 'zelfredzaamheidsgrens' geen termijn bepaald die toepassing van uitzonderingscategorie IB of II zou verhinderen.

Bij III is dan ook gesteld dat de verzekeringsarts tot vaststelling van III *kan* overgaan. In theorie zou de verzekeringsarts, indien geprognoseerd wordt dat in een komende periode van drie maanden een migraine-aanval zal optreden, redenen kunnen vinden tot het toepassen van IB danwel II en bij herhaling tot III. Voor dergelijke kortdurende aanmerkelijke veranderingen van de mogelijkheden is deze standaard echter niet bedoeld. Voor het toepassen van categorie III zouden, afhankelijk van de professionele beoordeling van de verzekeringsarts relatief langere verslechtingen zoals bijvoorbeeld opnamen van 3 weken wel in aanmerking kunnen komen.

In bijlage 7 wordt een uitgebreide toelichting gegeven op de verschillende situaties I (A&B), II en III.

4. Rapportage-eisen die uit deze standaard voortvloeien

Uitgangspunt voor rapportage conform deze standaard is dat de verzekeringsarts alles wat hij concludeert in zijn rapportage, beargumenteert. Uit de verzekeringsgeneeskundige rapportage moet blijken dat hetzij sprake is van een in deze standaard beschreven situatie, hetzij sprake is van een andere motivering door de verzekeringsarts (zie verder ook bijlage 3, toepassing standaard).

In bijlage 9 worden de elementen van rapportage gerecapituleerd.

Wettelijke achtergrond standaard

Per 1 augustus 1993 is de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (Wet TBA) in werking getreden. Door de wet TBA is een aantal wijzigingen aangebracht in de WAO en AAW teneinde het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen. Een van de wijzigingen heeft betrekking op de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zoals die is vastgelegd in de artikelen 5 AAW en 18 WAO. In deze wetsartikelen is het arbeidsongeschiktheidscriterium beschreven aan de hand waarvan de mate van arbeidsongeschiktheid moet worden vastgesteld. Dit arbeidsongeschiktheidscriterium bestaat uit een medisch en een arbeidskundig criterium.

Het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium is gewijzigd van 'arbeidsongeschikt ten gevolge van ziekte of gebreken' in 'arbeidsongeschikt als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte en gebreken'. Met deze wijziging beoogt de wetgever een door hem veronderstelde te ruime interpretatie van het ziektebegrip te voorkomen. Naast het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium is ook het arbeidskundige criterium aangepast, in die zin dat het niet meer, zoals voor 1 augustus 1993, mogelijk is bij het duiden van functies rekening te houden met wat de cliënt, gelet op zijn opleiding en vroeger beroep in billijkheid is op te dragen. In het nieuwe arbeidsongeschiktheidscriterium is de relatie met het arbeidsverleden verbroken en is de 'billijkheidseis' vervallen. Er moet worden gekeken naar wat de cliënt nog kan, ongeacht diens arbeidsverleden. Wel dient betrokkene te beschikken over de voor de te duiden functie vereiste krachten en bekwaamheden.

De wijze waarop dit nieuwe medisch arbeidsongeschiktheidscriterium in de uitvoeringspraktijk zou worden ingevuld, wordt overgelaten aan de uitvoeringsinstanties. Wel zou bij implementatie aandacht besteed moeten worden aan standaardisering van het medisch beoordelingsproces, met als doel 'het toetsbaar maken van het oordeel omtrent het bestaan van ziekte en gebreken'. Onderlinge toetsing en protocollering werden als mogelijke instrumenten genoemd (MvT, p.26). De Regering en Tweede Kamer meenden op dat moment dat dergelijke instrumenten niet bij wet voorgeschreven moesten worden.

Deze standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' is op initiatief van GAK/GMD ontwikkeld. Dit mede als uitwerking van de wens van de wetgever tot protocollering van het verzekeringsgeneeskundige handelen.

Geschiedenis van eindversie standaard

Op 1 juli 1993 heeft het GMD-bestuur zich beraden over de implicaties van beide nieuwe arbeidsongeschiktheidscriteria. Geconcludeerd werd dat niet zozeer het element van objectiviteit nadere operationalisatie behoefde - dit was immers ook volgens vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van

Beroep al geëist bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen - als wel dat 'een wijziging van attitude onder verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen' gewenst was.

De gemengde commissie van directoraten van BV'en en GMD heeft daarop, na raadpleging van een groep staffunctionarissen van GAK/GMD, besloten te komen tot het uitgangspunt dat bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in principe altijd gezien diende te worden of 'gangbare arbeid' voor de betrokkene te duiden was door middel van een verzekeringsgeneeskundige beschrijving van de mogelijkheden van de cliënt in een

FIS-belastbaarheidsprofiel en een arbeidsdeskundige matching aan belastingsaspecten van de in het Functie Informatie Systeem (FIS) beschreven functies.

Slechts bij uitzondering zou arbeidsdeskundig onderzoek ter vaststelling van de resterende verdien capaciteit van de cliënt achterwege kunnen blijven. Het hierboven genoemde uitgangspunt en een aantal richtlijnen over situaties is in eerste vorm als 'voorlopige standaard' voor het verzekeringsgeneeskundige handelen in november 1993 geïnstrueerd aan alle (GMD-) verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Vervolgens is deze standaard in een aantal coachingsbijeenkomsten van stafverzekeringsartsen van GAK/GMD nader besproken en zijn knelpunten geïnventariseerd. Tot 1995 geschiedde dit met deelname van staf-verzekeringsartsen van de zelf-administrerende bedrijfsverenigingen. Op 7 augustus 1994 keurde het GMD-bestuur de op dat moment binnen GAK/GMD gehanteerde versie van deze standaard goed. Per 26 januari 1995 is deze standaard 'geen benutbare mogelijkheden' door het Tica (de opvolger van de FBV, als ook het GMD-bestuur) officieel aan de BV'en gezonden ter implementatie.

Begin 1995 is in opdracht van het Tica door het GAK een ontwikkelgroep van verzekeringsartsen opgericht die deze eindversie heeft geschreven, met in achtneming van de in de praktijk tegengekomen knelpunten en de resultaten van de evaluatie van de standaard door het GAK, die begin 1995 gereed is gekomen. Naast het GAK waren tevens alle uitvoeringsinstellingen en het Tica hierin vertegenwoordigd. De concept-eindversie van deze standaard is vervolgens ter becommentariëring voorgelegd aan de stafverzekeringsartsen van GAK, GUO, DETAM, SFB, BVG en het Tica. De eindversie van de standaard, nu genaamd 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden', is derhalve ontwikkeld op basis van de door het toenmalige GMD-bestuur goedgekeurde versie van de standaard 'geen benutbare mogelijkheden'. Aanpassingen zijn het resultaat van het geleverde commentaar, de opgedane praktijkervaringen en geïnventariseerde knelpunten, het evaluatieonderzoek door het GAK naar het gebruik van de voorlopige standaard en de beraadslagingen van de ontwikkelgroep.

Vergelijking eindversie met de versie van augustus 1994

De volgende elementen uit de versie van de standaard 'geen benutbare mogelijkheden' van augustus 1994, de door het toenmalige GMD-bestuur goedgekeurde versie, zijn hetzelfde gebleven:

- het uitgangspunt: de verzekeringsarts legt de mogelijkheden van de cliënt altijd in een belastbaarheidsprofiel vast;
- de toepassing van de standaard: bij elke AAW/WAO beoordeling door de verzekeringsarts;
- situatie I (eindversie) en uitzonderingscategorie 1 (vorige versie) hebben beide betrekking op onvermogen van cliënt voor de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), bedlegerigheid en opname ziekenhuis/instelling;
- in specifieke situaties planning van eenmalig heronderzoek door verzekeringsarts, in eindversie wel nadere specificering van de situaties waarin daarvan sprake is.

De volgende elementen zijn in meer of mindere mate gewijzigd ten opzichte van de versie van de standaard 'geen benutbare mogelijkheden' van augustus 1994:

- de naamgeving: nu standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden';
- nadere uitwerking van toelichting wetgever dat de verzekeringsarts zich dient te richten op de mogelijkheden van de cliënt in uitgangspunt: iedere cliënt heeft mogelijkheden;
- onderscheid wordt gemaakt in 'mogelijkheden' en 'te benutten mogelijkheden' (zie schema 2);
- situaties IB, II en III zijn de nadere uitwerking van de oude uitzonderingscategorie 2 'geen duurzame beoordeling mogelijk wegens aanzienlijke verslechtering/verbetering';
- situaties IB, II en III zijn óók van toepassing bij elke AAW/WAO-beoordeling, dus niet pas na 52 weken;
- de oude uitzonderingscategorie 3 'bij onvoldoende informatie geen FIS-belastbaarheidsprofiel door va', is vervallen; in paragraaf 2.4 en bijlage 5 (informatiegaring va) wordt hier nader op ingegaan;
- een specifiek beschreven uitzondering op het uitgangspunt 'altijd belastbaarheidsprofiel' betreffende cliënten met 'blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden' is toegevoegd;
- de door de verzekeringsarts geplande heronderzoeken zijn in deze standaard niet meer gebonden aan termijnen;
- het begrip 'basale sociale activiteiten' is vervangen door een nader ingevuld begrip 'persoonlijk en sociaal functioneren';
- bij duurzaam onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren is het verplicht gesteld dat de verzekeringsarts het dagelijks functioneren m.b.t. drie rollen (zie verder bijlage 7) beschrijft;
- terminologie is verduidelijkt en enige termen zijn komen te vervallen. Gekozen is voor eenduidige hantering door de hele standaard heen;
- scheiding tussen werkproces en professioneel inhoudelijke standaard is aangescherpt en verduidelijkt;
- het is duidelijker geëxpliciteerd dat de verzekeringsarts een FIS-belastbaarheidsprofiel dient op te stellen als de verzekeringsarts nu te benutten mogelijkheden

vaststelt bij de cliënt ook al verwacht de verzekeringsarts nog verdere verbetering van de mogelijkheden van de cliënt.

Doel standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'

Voor het verzekeringsgeneeskundig handelen is het uitgangspunt dat de verzekeringsarts in alle gevallen van AAW/WAO-beoordeling de mogelijkheden van de cliënt vastlegt in een belastbaarheidsprofiel.

De standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' beoogt verzekeringsgeneeskundige richtlijnen te geven voor die situaties, waarin de verzekeringsarts bij uitzondering geen belastbaarheidsprofiel hoeft vast te stellen. De standaard geeft aan welke inhoudelijke beoordelingscriteria de verzekeringsarts dient te hanteren om tot deze conclusie te kunnen komen.

Deze criteria zijn in overeenstemming met de huidige TBA wetgeving. De criteria zijn onderling consistent en eenduidig. Hierdoor is een verheldering verkregen van de door verzekeringsartsen gewenste wijze van oordeelsvorming over die cliënten over wie de verzekeringsarts tot de conclusie komt dat de cliënt 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft' en derhalve geen belastbaarheidsprofiel opstelt.

Deze standaard is niet opgesteld om te bewerkstelligen dat *meer* cliënten op verzekeringsgeneeskundige gronden volledig arbeidsongeschikt worden beschouwd (ook wel 'versoepeling' genoemd), noch om te bewerkstelligen dat juist *minder* cliënten op verzekeringsgeneeskundige gronden volledig arbeidsongeschikt worden beschouwd (ook wel 'verscherping' genoemd). Ook is het niet de bedoeling een bepaalde uitkomst van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen te bewerkstelligen met behulp van deze standaard. De steeds toenemende verheldering en uniformering van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingscriteria van die gevallen waarbij de verzekeringsarts concludeert dat geen sprake is van duurzaam benutbare mogelijkheden kan mogelijk toch door verzekeringsartsen of anderen worden ervaren als 'verscherping'. De verzekeringsarts is immers niet meer vrij in het aannemelijk maken van zijn conclusie tot geen benutbare mogelijkheden.

Welke uitkomst, in de zin van de mate van arbeidsongeschiktheid, de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zal hebben in een specifiek geval, kan niet in een standaard worden vastgelegd. De discussie over 'versoepeling' of 'verscherping' van de AAW/WAO-beoordeling in de media en politiek heeft betrekking op de totale praktijk van oordeelsvorming over arbeidsongeschiktheid binnen de uitvoeringsorganen, die in mindere of meerdere mate aan externe invloeden onderhevig zou zijn. Deze discussie heeft derhalve geen directe betrekking op de criteria van deze verzekeringsgeneeskundige standaard.

Het is de verwachting dat consequente toepassing van de criteria van deze standaard de rechtsgelijkheid van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling ten goede zal komen. Ook wordt door onderbouwing van de verzekeringsarts van zijn oordeel, onderlinge toetsing en toetsing van het verzekeringsgeneeskundige handelen door de stafverzekeringsarts aan het uitgangspunt van TBA (attitudeverandering en meer objectivering/explicitering door de verzekeringsarts/arbeidsdeskundige) voldaan.

Toepassing standaard

Voor de toepasbaarheid van een standaard in het algemeen is het uitgangspunt, dat hij als richtlijn geldig is bij *alle* activiteiten die de verzekeringsarts in het kader van de gevalshandeling onderneemt. Daarbij dient te worden aangetekend dat ernaar gestreefd is dat de verzekeringsarts in circa 80% van de beoordelingen, waarin een specifieke standaard van toepassing is, een direct in de standaard beschreven situatie voor zijn

motivering kan gebruiken. In circa 20% van de gevallen zal dan een andere motivering en nadere omschrijving van de bijzondere situatie - die niet expliciet beschreven is in de standaard - toch tot dezelfde conclusie leiden: beargumenteerd afwijken.

De getallen 80-20% beogen geen exacte maat weer te geven van de mate van standaardisering van het verzekeringsgeneeskundige handelen. Zij geven slechts een indicatie hoe door professionals met beslisregels in complexe situaties - zoals de belastbaarheidsbeoordeling bij AAW/WAO - omgegaan wordt. Zij vormen met andere woorden een maatstaf bij de beoordeling of een standaard 'werkt'.

Inzichten, zowel van de wetgever als van de professionals, wijzigen zich in de loop van de tijd. Aan de hand van de praktijkervaringen met een standaard is het eveneens nodig om nadere verfijningen of correcties te ontwikkelen, teneinde de standaard aan de eisen van de tijd te laten voldoen.

Samengevat is het, om met een standaard te kunnen werken, in de praktijk allereerst nodig tot een keuze te komen van een geldige en werkbare 'eind'versie van een standaard. Vervolgens is onderhoud en aanpassing van een standaard noodzakelijk om te voldoen aan gewijzigde inzichten en opgedane praktijkervaringen en om de standaard geldig en werkbaar te houden.

Specifiek aan de standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'

Deze standaard strekt zich uit over alle beoordelingen door de verzekeringsarts in het kader van de schatting AAW/ WAO. De in de standaard beschreven situaties hebben betrekking op de mogelijkheden van *alle cliënten*, ongeacht (specifieke) aandoening, diagnose of prognose. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld ook de mogelijkheden van 'vroeggehandicapten' of cliënten met een statistisch slechte levensverwachting conform de criteria van deze standaard beoordeeld worden. Hetzelfde geldt voor cliënten die op termijn wellicht nog geschikt worden voor het eigen werk. Het is mogelijk dat de verzekeringsarts bij cliënten een toestand verwacht van 'blijvende aanmerkelijk wisselende mogelijkheden'. Voor die situaties beschrijft de standaard een aparte situatie als uitzondering op het uitgangspunt 'altijd belastbaarheidsprofiel'. Zie situatie III, paragraaf 3.3 en bijlage 7.

De inhoud van de standaard heeft betrekking op door de verzekeringsarts geobjectiveerde mogelijkheden. De standaard gaat niet in op de feitelijke weging van de mogelijkheden, op de weging van de informatie van of over de cliënt, zoals bijvoorbeeld het 'reëel zijn' van klachten of (het waarden van) het dagelijks functioneren. Ook gaat de standaard niet in op eventuele toepassing van (wettelijke) sanctiebepalingen.

Professionele verantwoordelijkheid verzekeringsarts

Waar de veranderingen in de uitvoering van de WAO door TBA in eerste instantie in het teken van de terugbrenging van het (arbeidsongeschiktheids)volumen stonden, erkende de regering ook de eigen verantwoordelijkheid van bij de uitvoering betrokken artsen. Iedere verzekeringsarts is immers voor zijn professioneel handelen niet alleen als functionaris van het uitvoeringsorgaan aanspreekbaar; de verzekeringsarts is daarnaast ook individueel toetsbaar en aanspreekbaar als arts op grond van de wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG), waarin is opgenomen het medisch tuchtrecht (Stb. 1993 655). Relevant voor de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid en als element in de wet BIG opgenomen is het criterium dat er oog dient te zijn voor de kwaliteit van beroepsuitoefening, waaronder onder meer wordt verstaan opleiding, manier van werken, werkomgeving en toetsing, met in achtname van de rechten van de cliënt. Hoewel de werking van de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), die per 1 april 1995 in werking getreden is, voor de verzekeringsgeneeskundige sector nog vijf jaar is uitgesteld, is het in dat verband relevant dat de kwaliteit van werken wordt afgemeten aan (art. 7:453) '[het] ... [handelen] in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'. Hoewel deze bepaling nog niet formeel geldend is voor ieder contact tussen verzekeringsarts en cliënt, zal op basis van de huidige geldende jurisprudentie de tuchtrechter in voorkomende situaties de geldende professionele standaard betrekken bij zijn beoordeling en bezien of en tot in hoeverre de verzekeringsarts hiervan laakbaar is afgeweken.

Gelet op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts is het van belang dat een standaard betreffende het verzekeringsgeneeskundige handelen bij cliënten die 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' hebben de volgende elementen bevat:

1. een beschrijving van de situaties waarbij de beoordeling door de verzekeringsarts van de mogelijkheden van cliënt voldoende is voor het oordeel van de BV over de mate van arbeidsongeschiktheid zonder dat arbeidsdeskundige toetsing hoeft te geschieden (situaties beschreven in de standaard)
2. beschrijving van de criteria waaraan het tot standkomen van een dergelijk oordeel dient te voldoen (uitgangspunten van de standaard)
3. beschrijving van de criteria waaraan de verslaglegging van een dergelijk verzekeringsgeneeskundig oordeel dient te voldoen (rapportage-eisen m.b.t. standaard)

Het uitgangspunt voor tuchtrechtelijke toetsing van het professionele handelen hierbij is dat de verzekeringsarts die handelt conform de in de standaard beschreven criteria geacht kan worden aan de professionele standaard te voldoen. Voor de situatie dat is afgeweken van de in de standaard beschreven criteria dient de verzekeringsarts een motivering te geven. Het is duidelijk dat indien de verzekeringsgeneeskundige motivering van zijn conclusie 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' conform deze standaard is en het onderzoek conform de in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep algemeen gebruikelijke methodieken is verricht, de beoordeling van het verzekeringsgeneeskundige handelen in het algemeen een tuchtrechtelijk toets zal kunnen doorstaan. Immers voor een ieder zal dan de conclusie 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' een redelijke en aanvaardbare conclusie kunnen zijn. Indien de verzekeringsarts zijn conclusie echter beargumenteert met een andere motivering dan de in deze standaard expliciet beschreven situaties, strekt de tuchtrechtelijke toets zich eveneens uit tot deze bijzondere motivering van de verzekeringsarts.

Omdat deze standaard geen wegingscriteria geeft voor het wèl in kaart brengen van de mogelijkheden van een cliënt in een belastbaarheidsprofiel kan de tuchtrechter dan ook geen criteria hierover aan deze standaard ontleen. Ook als achteraf de conclusie getrokken wordt dat de standaard wèl had moeten worden toegepast, wordt dit op dit moment tuchtrechtelijk derhalve op grond van 'in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke methodieken' beoordeeld. Door het beschikbaar komen van meer standaarden voor specifieke groepen cliënten (bijvoorbeeld cliënten met chronische rugklachten etc.) ontstaan wel meer instrumenten die ten dienste staan aan de verzekeringsarts om gericht op de specifieke casus een gestructureerd oordeel conform de daarover specifiek ontwikkelde standaard te geven. Ook voor zo'n standaard geldt dan: hetzij een oordeel/rapportage conform één van de in die standaard beschreven situaties, hetzij een gemotiveerd afwijkend oordeel, inzichtelijk gerapporteerd.

Informatievergaring va

Deze eindversie van de standaard gaat, in tegenstelling tot de versie van augustus 1994, uit van het principe dat de verzekeringsarts in alle beoordelingssituaties over voldoende door hem voor zijn beoordeling relevant geachte informatie beschikt danwel deze kan verkrijgen om tot een conclusie te komen over de mogelijkheden van de cliënt. Deze informatie kan beschikbaar zijn of verkregen worden uit voorafgaande beoordelingen door arbodiensten of van de curatieve sector of uit een verrichte expertise. Er is in deze standaard geen termijn van een maand meer ingebouwd om alsnog door de verzekeringsarts relevant geachte informatie te verkrijgen.

De verzekeringsarts wordt verondersteld al het nodige in het werk te stellen om te beschikken over de door hem voor zijn beoordeling relevant geachte informatie.

Informatie kan als relevant worden gezien, indien zonder deze informatie geen oordeel over de mogelijkheden gegeven kan worden. Men kan bijvoorbeeld denken aan informatie over de ontwikkeling van het ziektebeeld en de daaraan gekoppelde beperkingen.

Indien deze relevante informatie ontbreekt, waardoor de verzekeringsarts nog niet tot een oordeel kan komen, kan hij niet de mogelijkheden bepalen en ook niet in een belastbaarheidsprofiel beschrijven.

Ook op grond van zorgvuldigheidsoverwegingen (zie Algemene Wet Bestuursrecht) dient de noodzakelijke informatie tot oordeelsvorming aanwezig te zijn.

In deze standaard wordt als startpunt genomen het tijdstip waarop voldoende informatie aanwezig is om tot een oordeel over de mogelijkheden te komen. Het werkproces van het uitvoeringsorgaan zal dan ook dit uitgangspunt mogelijk moeten maken.

N.B.: deze standaard geeft geen richtlijnen over wanneer wèl of juist niet door de verzekeringsarts op professionele gronden nog aanvullende informatie dient te worden aangevraagd. Ook geeft deze standaard geen richtlijnen over de wijze van weging van informatie.

Toelichting op termen 'mogelijkheden', 'te benutten', 'duurzaam', 'blijvend wisselende mogelijkheden' en 'aanmerkelijk'

Mogelijkheden

Met 'mogelijkheden' wordt bedoeld alle mogelijkheden van een cliënt om te functioneren, dat wil zeggen ook mogelijkheden die noodzakelijk zijn voor het basaal leven, om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren en zich in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) te kunnen handhaven mogelijkheden zijn dus niet noodzakelijk benutbaar voor arbeid (zie schema 2).

Te benutten

Met 'te benutten' mogelijkheden wordt specifiek bedoeld mogelijkheden die de cliënt heeft boven het niveau van zelfredzaamheid, d.w.z. meer mogelijkheden dan nodig zijn voor basaal leven (zie verder professionele beoordelingsruimte en situatie I). Als belangrijke maatstaf voor het verzekeringsgeneeskundige oordeel over het niet kunnen benutten van mogelijkheden door de cliënt gaat de standaard uit van een ondergrens van 'zelfredzaamheid' (zie schema 1 en 2).

Duurzaam

Onder 'duurzaam' wordt verstaan een termijn van tenminste drie maanden.

Aanmerkelijk

Het veranderen van de mogelijkheden van cliënt van benutbaar naar onbenutbaar of andersom.

Blijvend wisselende mogelijkheden

Een situatie van tenminste tweemaal geconstateerde aanmerkelijke verandering. De verandering heeft zich steeds binnen een tijdsbestek van drie maanden afgespeeld.

Toelichting op situaties I (A&B), II en III

Situatie I A (de mogelijkheden kunnen duurzaam, d.w.z. > 3 mnd. niet benut worden)

In situatie IA is vraag 1 ('kan de cliënt zijn mogelijkheden nu wel benutten of niet benutten?') beantwoord met 'niet'. Vraag 2 ('kan cliënt zijn huidige mogelijkheden duurzaam niet benutten?') resulteert in het antwoord dat de mogelijkheden inderdaad duurzaam (d.w.z. > 3 mnd.) niet benut kunnen worden. Er kan afgezien worden van het vastleggen van de actuele mogelijkheden in een belastbaarheidsprofiel.

Om tot deze uitzondering op het principe 'altijd duiden mogelijkheden' te kunnen komen moet de verzekeringsarts vaststellen dat de mogelijkheden van cliënt op het moment van onderzoek door de verzekeringsarts duurzaam niet te benutten zijn, d.w.z. dat cliënt weliswaar mogelijkheden heeft, maar dat die in ieder geval onder het niveau vallen dat noodzakelijk is voor de 'zelfredzaamheid' van cliënt. De mogelijkheden kunnen vallen onder het niveau om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren, dan wel te kunnen voorzien in zijn activiteiten van het dagelijks leven (ADL), danwel voortkomen uit opname of bedlegerigheid.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt niet zelfredzaam is, komt hij in vrijwel alle gevallen tot het oordeel dat cliënt op dat moment geen te benutten mogelijkheden heeft. (zie schema 1).

Bij de beoordeling of er sprake is van te benutten mogelijkheden kunnen nog andere aspecten naast zelfredzaamheid een rol spelen.

1. Het kan zijn dat de verzekeringsarts kan vaststellen en beargumenteren, dat een cliënt weliswaar feitelijk weinig mogelijkheden ervaart c.q. zich gedraagt alsof hij weinig mogelijkheden heeft, doch dat de cliënt wel anders zou kunnen functioneren. Met andere woorden: hoeveel vrijheidsgraden zitten er in het feitelijke gedrag, de vastgestelde actuele mogelijkheden van de cliënt?
2. Hoe ruim beoordeelt de verzekeringsarts de mogelijkheden die de cliënt heeft boven het niveau van zelfredzaamheid? Zijn deze voldoende om tot het niveau van 'benutbaar' benoemd te worden? Dit kan bij voorbeeld spelen bij een aandoening die veel pijn oplevert en de cliënt dusdanig hierdoor gepreoccupeerd is of beperkt, dat slechts enkele uren per week benutbaar zijn voor produktieve arbeid.

Er is een grensgebied tussen 'zelfredzaamheid' en 'wel te benutten mogelijkheden'.

Dit is de professionele beoordelingsruimte tussen zelfredzaamheid en benutbare mogelijkheden (zie schema 2), waarbij de verzekeringsarts afhankelijk van de specifieke mogelijkheden van cliënt tot een oordeel komt over het al of niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel (zie verder ook bijlage 4 en hieronder bij 'professionele beoordelingsruimte va').

Indien de verzekeringsgeneeskundige conclusie IA 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' wil motiveren m.b.v. deze situatie I moet de verzekeringsarts vaststellen dat de mogelijkheden van cliënt te herleiden zijn tot de volgende situaties:

1. opname in ziekenhuis of instelling
2. bedlegerigheid
3. ADL-afhankelijkheid
4. onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren.

De situaties 'ADL-afhankelijkheid' en 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren' worden nader uitgewerkt.

Ad 1. en 2. Opname in instelling/bedlegerigheid

De verzekeringsarts stelt vast dat cliënt op het moment van onderzoek door de verzekeringsarts opgenomen is in een ziekenhuis of een instelling. Onder 'instelling' wordt een AWBZ erkende instelling verstaan.

Onder 'instelling' wordt niet verstaan een TBR instelling. Detentie en ter beschikking stelling worden m.a.w. niet als opname in een instelling in de zin van deze standaard beschouwd.

Voor het overige worden de situaties 'opname' en 'bedlegerigheid' niet nader uitgewerkt in de veronderstelling dat deze situaties voor de verzekeringsarts voldoende eenduidig te interpreteren zijn.

Voor beide geldt dat tenminste een duur van drie maanden geprognosticeerd moet zijn.

Ad 3. ADL-afhankelijkheid

ADL-afhankelijkheid (afhankelijkheid bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven) houdt in afhankelijkheid bij die activiteiten, die dagelijks terugkeren en van belang zijn voor de primaire fysieke zelfstandigheid.

Voorbeelden van aspecten van ADL-activiteiten die de verzekeringsarts kan beschrijven zijn:

- * eten en drinken
- * wassen
- * persoonlijke hygiëne
- * gaan zitten op het toilet en opstaan vanaf het toilet
- * gaan zitten, zitten en opstaan
- * lopen (binnenshuis)
- * traplopen
- * hanteren van hulpmiddelen

Ook bij onvermogen tot 'persoonlijk en sociaal functioneren' kan er sprake zijn van problemen met de zelfredzaamheid, waarbij het onderscheid tussen 'persoonlijk en sociaal functioneren' en 'ADL' met name in de oorzaak van het niet (meer) kunnen verrichten van bovengenoemde activiteiten ligt.

Als de voornaamste oorzaak voor het disfunctioneren van cliënt van fysieke aard is, spreken wij van ADL-afhankelijkheid, als de voornaamste oorzaak van psychische aard is van onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. ADL-afhankelijkheid is op zich voldoende motivering voor het niet zelfredzaam zijn van de cliënt en het niet vastleggen in een belastbaarheidsprofiel, in tegenstelling tot het persoonlijk en sociaal functioneren dat motivering op drie terreinen vereist (zie hieronder).

Ad 4. Persoonlijk en sociaal functioneren

Persoonlijk en sociaal functioneren heeft betrekking op de rollen die iemand vervult t.a.v. een drietal terreinen:

- a) *de zelfverzorging*
(de zelfverzorging in het dagelijks leven, het zelfstandig initiatief kunnen nemen tot noodzakelijke handelingen ten behoud van zaken zoals hygiëne, dagritme en de structurering die iemand in zijn dagelijks leven aanbrengt)
- b) *het samenlevingsverband*
(relaties met o.m. partner, ouders of kinderen)
- c) *de sociale contacten buiten het gezin incl. het onderhouden van werkrelaties*
(relaties met vrienden of familie en omgang met minder vertrouwde omgeving, winkelen, hobby's, sport, vakanties, verenigingen en uitgaan; indien van toepassing: het onderhouden van functionele, d.w.z. niet vrijblijvende werkrelaties in betaalde of onbetaalde arbeid)

Onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren moet blijken uit het dagelijks functioneren van cliënt. Het dagelijks functioneren van cliënt geeft een actueel beeld. De historische anamnese plaatst dit dagelijks functioneren in het perspectief van het verloop van dat functioneren.

Naast het verlies van werk en een door cliënt gerapporteerd slecht dagelijks functioneren maakt een aanzienlijke vermindering ('knik') van het functioneren op alle bovengenoemde terreinen in de loop van de tijd pas aannemelijk dat er daadwerkelijk onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren is ontstaan.

Indien blijkt dat cliënt op tenminste één van de bovengenoemde terreinen wél functioneert is onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren, zoals in deze standaard gedefinieerd, onwaarschijnlijk. Er zijn immers mogelijkheden die op dit moment arbeidskundig geduid zouden kunnen worden. Deze situatie (cliënt functioneert wél op één van de drie terreinen) kan door de verzekeringsarts dan niet beschreven worden als 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren'. Het is zoals al eerder vermeld wel mogelijk dat er andere redenen zijn waarmee de verzekeringsarts motiveert dat de cliënt geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft (80-20 regel)².

Concreet beschrijft de verzekeringsarts bij de argumentatie dat het persoonlijk en sociaal functioneren leidt tot de conclusie dat er geen duurzaam benutbare mogelijkheden zijn:

1. het actuele dagelijkse functioneren
2. de geschiedenis van cliënt op de drie terreinen
3. de inschatting uit 1. en 2. t.a.v. van de mogelijkheden van cliënt op deze drie terreinen

²

Bij evaluatie van de voorgaande versie van de standaard bleek dat de motivering voor gebruik van deze toenmalige uitzonderingscategorie 'onvermogen tot basale sociale activiteiten' zeer divers was, vaak onvolledig en bovendien eigenlijk betrekking had op andere (uitzonderings-)situaties. Derhalve is er in deze standaard voor gekozen om deze gebruik van deze situatie duidelijker te definiëren en af te bakenen.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat cliënt 'duurzaam geen benutbare mogelijkheden heeft' (er is dus sprake van situatie IA) kan de verzekeringsarts zijn gevalsbehandeling afsluiten. Indien echter door de verzekeringsarts gewenst kan de verzekeringsarts op verzekeringsgeneeskundig inhoudelijke argumenten en door hem gemotiveerd tijdstip een heronderzoek plannen (zie schema 1).

Situatie IB (binnen drie maanden een aanmerkelijke verbetering te verwachten)

Als het antwoord op vraag 2 (zijn de huidige mogelijkheden van cliënt duurzaam niet te benutten?) is dat op dat moment de mogelijkheden van cliënt weliswaar niet te benutten zijn, maar dat de verzekeringsarts verwacht dat binnen drie maanden een aanmerkelijke verbetering van die mogelijkheden zal optreden, dan is sprake van situatie IB.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat cliënt weliswaar nu geen benutbare mogelijkheden heeft, maar verwacht dat op korte termijn (d.w.z. binnen drie maanden) de huidige mogelijkheden van cliënt aanmerkelijk zullen verbeteren (er is dus sprake van situatie IB), plant de verzekeringsarts altijd een heronderzoek (zie schema 1 en 2).

In situatie IB is het niet zinvol over te gaan op het vastleggen van de mogelijkheden, al was het maar op gronden van zorgvuldigheid.

Voor 'aanmerkelijk' zie bijlage 6.

Voor de duur van de periode van daling onder de 'zelfredzaamheidsgrens' zie hieronder bij situatie III.

Situatie II (binnen drie maanden een aanmerkelijke verslechtering te verwachten)

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat, hoewel er nu mogelijkheden zijn, bij cliënt binnen 3 mnd. een aanmerkelijke verslechtering van zijn huidige mogelijkheden te verwachten is, dan is sprake van situatie II.

De verzekeringsarts stelt, als sprake is van situatie II, op dat moment geen belastbaarheidsprofiel op. De verzekeringsarts plant eveneens altijd een heronderzoek op een door hem zinvol geachte (d.w.z. op functionele argumenten beredeneerde) termijn.

Indien de verzekeringsarts bij dit heronderzoek vaststelt dat géén aanmerkelijke verslechtering is opgetreden in het beoogde tijdsbestek van drie maanden in de tussenliggende periode van eerste onderzoek tot heronderzoek, d.w.z. dat de door de verzekeringsarts gestelde prognose niet is gerealiseerd, stelt de verzekeringsarts een belastbaarheidsprofiel op.

Het is mogelijk dat, hoewel in eerste instantie de geprognosticeerde verslechtering niet is uitgekomen, er nu (bij heronderzoek) duidelijke gronden zijn om alsnog een situatie II te prognosticeren. Het is dan ter beoordeling aan de verzekeringsarts of er beargumenteerde redenen zijn om van het opstellen van een belastbaarheidsprofiel af te zien en nogmaals situatie II aan te houden (zie par. 2 en bijlage 3, toepassing standaard).

Die cliënten bij wie sprake is van een aandoening met een statistisch verkorte levensverwachting op termijn vallen, indien geen sprake is van te verwachten aanmerkelijke verslechtering binnen drie maanden, buiten deze situatie. In die situaties kan er wel sprake zijn van een geleidelijke verslechtering of onvoorspelbare aanmerkelijke verslechtering op langere termijn dan drie maanden. Dat betekent dat bij deze cliënten de te benutten mogelijkheden door de verzekeringsarts in kaart kunnen worden gebracht door middel van het opstellen van een FIS-belastbaarheidsprofiel. Ten overvloede: het is bij deze cliënten mogelijk dat er andere redenen bestaan om van het opstellen van een belastbaarheidsprofiel af te zien (80-20 regel).

Voor de duur van de periode van daling onder de 'zelfredzaamheidsgrens' zie hieronder bij situatie III.

Situatie III

In de standaard worden, afhankelijk van het moment van heronderzoek, de volgende mogelijkheden beschreven als aanleiding om over te kunnen gaan tot het vaststellen van situatie III:

- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verslechtering geprognosticeerd (II), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verslechtering opgetreden, doch hierna wordt een aanmerkelijke verbetering (IB) geprognosticeerd
- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verbetering geprognosticeerd (IB), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verbetering opgetreden, doch hierna wordt een aanmerkelijke verslechtering (II) geprognosticeerd
- Voorgaande beoordeling aanmerkelijke verslechtering geprognosticeerd (II), op tijdstip heronderzoek inderdaad aanmerkelijke verslechtering opgetreden, doch voorbijgaand tot boven het niveau van zelfredzaamheid. Op het tijdstip van heronderzoek wordt echter weer een aanmerkelijke verslechtering (II) geprognosticeerd.

Als de verzekeringsarts bij het eerste heronderzoek constateert, dat de verwachte aanmerkelijke verslechtering zoals hierboven beschreven inderdaad binnen drie maanden na het voorgaande onderzoek is opgetreden, mag nog niet geconcludeerd worden tot een toestand van 'blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden' (III).

Pas als de verzekeringsarts bij het tweede heronderzoek vaststelt, dat de verwachte aanmerkelijke verandering inderdaad binnen drie maanden na het voorgaande onderzoek is opgetreden mag de verzekeringsarts constateren dat bij deze cliënt kennelijk sprake is van blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden. In dat geval kan door de verzekeringsarts besloten worden tot het niet opstellen van een FIS-belastbaarheidsprofiel zonder nog verder heronderzoek te hoeven plannen.

Duur van de verbetering of verslechtering

In deze standaard is voor de duur van de periode van daling onder de 'zelfredzaamheidsgrens' geen termijn bepaald die toepassing van uitzonderingscategorie IB of II zou verhinderen.

Een reden hiervoor is dat indien voor de duur van het verblijf onder de 'zelfredzaamheidsgrens' een periode van bij voorbeeld drie maanden aangehouden zou worden de verzekeringsarts in feite het vermogen zou dienen te bezitten meer dan drie maanden te prognosticeren.

Een tweede reden is dat bij voorbeeld een (in de praktijk vaak voorkomende) ziekenhuisopname van 3 weken met een eis van meer weken niet meer als grond voor het toepassen van IB of II en dus ook III zou kunnen worden aangevoerd.

Bij III is dan ook gesteld dat de verzekeringsarts tot vaststelling van III *kan* overgaan. In theorie zou de verzekeringsarts, indien geprognosticeerd wordt dat in een komende periode van drie maanden een migraine-aanval zal optreden, reden kunnen vinden tot het toepassen van IB danwel II en bij herhaling tot III. Voor dergelijke kortdurende aanmerkelijke veranderingen van de mogelijkheden is deze standaard echter niet

bedoeld. Voor het toepassen van categorie III zouden echter relatief langere verslechtingen zoals bijvoorbeeld opnamen van 3 weken in aanmerking kunnen komen. Hier ligt dan ook een deel van de professionele beoordelingsruimte van de verzekeringsarts om te beoordelen of een herhalend patroon van zeer kortdurende veranderingen, zoals bij migraine in het belastbaarheidsprofiel te verwerken is, danwel dat er sprake is van een (minder voorspelbaar) patroon van aanmerkelijk wisselende mogelijkheden.

Professionele beoordelingsruimte

De professionele beoordelingsruimte van de verzekeringsarts betreft drie hoofdgebieden, namelijk:

- de (gemotiveerde) afwijkingen van de standaard en
- de beoordeling van het overgangsgebied tussen zelfredzaamheid en duurzaam benutbare mogelijkheden van cliënt (zie grijs gearceerd gebied schema 2)
- het bepalen van de aanmerkelijk wisselende mogelijkheden (zie hierboven)

Op het eerste gebied is reeds onder 'eigen verantwoordelijkheid verzekeringsarts' ingegaan.

Het 'grijze' gearceerde gebied in schema 2 illustreert dat niet alle cliënten die zelfredzaam zijn ook automatisch te benutten mogelijkheden hebben. Naast zelfredzaamheid zijn er nog andere aspecten en afwegingen die meetellen bij de oordeelsvorming van de verzekeringsarts en tot de conclusie leiden dat op moment wél sprake is van te benutten mogelijkheden. Er is dus een grensgebied tussen 'zelfredzaamheid' en 'wél duurzaam benutbare mogelijkheden', in welk gebied de verzekeringsarts afhankelijk van de specifieke mogelijkheden van cliënt tot een oordeel komt over het al of niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel.

Voor de totale oordeelsvorming van de verzekeringsarts over het al dan niet 'duurzaam benutbaar zijn' van de mogelijkheden van cliënt is tevens een beoordeling van de prognose van de duurzaamheid van de vastgestelde mogelijkheden van belang.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt duurzaam niet 'zelfredzaam' is, komt hij in vrijwel alle gevallen tot het oordeel dat er duurzaam geen te benutten mogelijkheden zijn en stelt geen belastbaarheidsprofiel op (zie schema 1).

Indien duurzaam geen sprake is van zelfredzaamheid bij cliënt, betekent dit in zijn algemeen dat de verzekeringsarts geen belastbaarheidsprofiel hoeft op te stellen. Indien daarentegen duurzaam wel sprake is van zelfredzaamheid, betekent dit niet dat de verzekeringsarts automatisch wel een belastbaarheidsprofiel dient op te stellen.

De in verband met de standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' vervallen terminologie

Aanbevolen wordt om de in deze standaard gehanteerde terminologie te hanteren.

De volgende termen zijn vervallen in verband met deze standaard:

- basale sociale activiteiten
- belastbaarheidspatroon/mogelijkhedenlijst
- dagverhaal (N.B.: niet meer als verplicht item in deze standaard opgenomen, hiervoor in de plaats de motivatie van ADL danwel persoonlijk en sociaal functioneren)
- definitief
- evident onvermogen
- eindtoestand
- geschikt voor beschutte arbeid
- instabiele situatie
- langdurig
- medisch 80-100%
- medisch arbeidsongeschikt
- niet geschikt voor vrije arbeidsmarkt
- schrijnend
- stabiele situatie
- volledig medisch arbeidsongeschikt

Rapportage-eisen in verband met deze standaard

Indien de verzekeringsarts een in deze standaard geëxpliciteerde situatie gebruikt als motivering voor zijn conclusie dat bij de cliënt sprake is van geen duurzaam benutbare mogelijkheden, dan dient in zijn rapportage de in deze standaard beschreven methodiek uit zijn Rapportage Algemeen te blijken. Dit wil zeggen dat beantwoording van de vragen 'Kan de cliënt zijn mogelijkheden benutten?' en 'Kan de cliënt zijn huidige mogelijkheden duurzaam (niet) benutten?' helder en inzichtelijk in zijn rapportage terug te vinden is.

De verzekeringsarts beschrijft vervolgens zijn conclusie naar aanleiding van de antwoorden op de twee bovengenoemde vragen. In zijn conclusie verwoordt de verzekeringsarts om welke situatie het gaat, dat wil zeggen dat hij conform de in deze standaard beschreven termen en conclusies de desbetreffende situatie beschrijft. Voor te gebruiken terminologie bij conclusies zie de tekst bij desbetreffende situaties IA, IB, II en III, alsmede de terminologie die is gegeven in de toelichtingen op deze situaties. Zie verder bijlage 8 voor de terminologie waarvan in het kader van deze standaard geen gebruik meer wordt gemaakt.

Indien de verzekeringsarts 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren' als motivering geeft voor zijn antwoord op vraag 1 - nu geen benutbare mogelijkheden -, dient de verzekeringsarts het persoonlijk en sociaal functioneren opgebouwd uit het dagelijks functioneren van de cliënt en dit bezien in historisch perspectief, op drie terreinen te beschrijven. Dit zijn de volgende terreinen: zelfverzorging, het gezin, de sociale contacten buiten het gezin inclusief het eventuele werk.

Voor de rapportage betekent dit concreet de beschrijving van:

1. het dagelijks functioneren op de drie terreinen;
2. de geschiedenis van de cliënt op deze drie terreinen;
3. de inschatting van de verzekeringsarts m.b.t. het vervullen van rollen door de cliënt op deze drie terreinen.

Zie verder bijlage 7 voor voorbeelden van te beschrijven aspecten.

Indien de verzekeringsarts facultatief, d.w.z. op eigen indicatie, een heronderzoek plant, beargumenteert de verzekeringsarts in zijn rapportage inhoudelijk de reden van zijn heronderzoek en tevens de reden van het door hem gekozen tijdstip van gepland heronderzoek. Hiervan is sprake indien de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt duurzaam geen benutbare mogelijkheden heeft (situatie IA).

Indien de verzekeringsarts een verplicht heronderzoek conform deze standaard plant, beargumenteert de verzekeringsarts in zijn rapportage in ieder geval het tijdstip van zijn planning. De reden van heronderzoek planning vloeit voort uit de door de verzekeringsarts gestelde conclusie namelijk aanmerkelijk te verwachten verbetering of verslechtering (situatie IB of II).