



Een inhaalslag voor de verzekeringsgeneeskunde

Samenvatting en conclusies

Verzekeringsartsen werken op een vakgebied met een gebrek aan wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen en instrumenten. Als zij een uitspraak doen over de belastbaarheid van patiënten, doen ze dat in belangrijke mate op basis van gezond verstand, persoonlijke ervaring en consensus onder vakgenoten. Dat is niet slecht, maar ook niet goed genoeg. De hiaten in hun kennis moeten door middel van wetenschappelijk onderzoek worden gevuld. Dit onderzoeksprogramma heeft de eerste stappen gezet in de gewenste richting. Het laat bijvoorbeeld zien dat de beoordelingen van de belastbaarheid van zieke werknemers niet sterk afhankelijk zijn van de beoordelende arts. Een ander product van dit onderzoeksprogramma is een communicatietraining voor verzekeringsartsen, dieodeloze irritaties tussen arts en patiënt vermindert.

Uitvoering



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

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid
Academisch Medisch Centrum
Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam
Nadere informatie: h.wind@uva.nl

Naam onderzoek

Academisering van de sociale verzekeringsgeneeskunde

Looptijd: Februari 2006 tot november 2012

Inhoudsopgave

1. Belangrijkste resultaten
2. Aanbevelingen voor de toekomst
3. Waarom was dit onderzoek nodig?
4. Methode informatieverzameling
5. Belangrijkste publicaties

1. Belangrijkste resultaten

Het werk van verzekeringsartsen kan kort samengevat worden met: het beoordelen van de belastbaarheid voor arbeid, bijdragen aan het herstel van de belastbaarheid en begeleiden naar werkhervatting als dit mogelijk is. Dit onderzoeksprogramma bestrijkt alle facetten van het werk van de verzekeringsarts. Hierbij heeft zowel de rol van de arts als die van de patiënt aandacht gekregen. De opbrengst van het onderzoek is veelbelovend genoeg om breed in de praktijk uit te gaan testen. Het is nog te vroeg om te concluderen dat er maatschappelijke opbrengst gerealiseerd is in de vorm van een verbeterde arbeidsre-integratie en een vermindering van arbeidsongeschiktheid.

1.1. Nieuwe instrumenten voor verzekeringsartsen

In deelprojecten zijn instrumenten ontwikkeld die de taken van verzekeringsartsen kunnen ondersteunen. Het gaat om instrumenten of methodieken die helpen bij het beoordelen van:

- de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie van jonggehandicapten;
- de lichamelijke mogelijkheden van mensen met klachten aan het bewegingsapparaat;
- de inspanningen die een bedrijf heeft geleverd om re-integratie mogelijk te maken.

De ontwikkeling van deze instrumenten heeft belangrijke kennis opgeleverd, maar ze zijn nog niet volledig uitontwikkeld en de meerwaarde voor de beroepspraktijk moet nog aangetoond worden.

1.2. Blijven werken ondanks pijnklachten

Omgaan met pijnklachten op het werk is afhankelijk van beïnvloedbare factoren. Pijn leidt eerder tot uitval als mensen de ernst in gedachten vergroten. Andersom blijken gedachten als 'Het is nu eenmaal zo, ik moet er het beste van maken', de kans op doorwerken te vergroten. Andere voorspellers van doorwerken zijn motivatie en goede vaardigheden op het gebied van zelfregulering. Een verzekeringsarts die zich niet alleen richt op de pijn, maar ook op datgene wat patiënten nog wel kunnen, kan de bevorderende factoren versterken en bijdragen aan arbeidsparticipatie van mensen met pijn.

1.3. Oordeel dokter is niet afhankelijk van individuele voorkeuren

Het gebrek aan wetenschappelijke richtlijnen deed vermoeden dat oordelen over de belastbaarheid van zieke werknemers voor een belangrijk deel afhangen van de individuele verzekeringsarts. Dit blijkt niet het geval. Werknemers kunnen, zo bleek uit dit onderzoek, een eerlijk beoordelingsproces tegemoet zien, los van het gegeven of verzekeringsarts A dan wel B deze beoordeling uitvoert.

1.4. Betere gespreksvaardigheden voor verzekeringsartsen

De inzet is hoog tijdens een WIA-gesprek, waarin de verzekeringsarts beoordeelt of er nog mogelijkheden tot re-integratie zijn en zo niet, of een patiënt recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Alle partijen hebben belang bij goede communicatie tijdens dat gesprek. De verzekeringsarts krijgt in de beperkte tijd goede informatie van de patiënt en de aanvrager van de WIA-beoordeling voelt zich serieus genomen en eerlijk behandeld. Als onderdeel van het onderzoeksprogramma werd een training ontwikkeld en geëvalueerd. In twee dagen leren artsen onder andere het gesprek goed te introduceren, empathie te tonen en conclusies helder te verwoorden. De resultaten van de training zijn veelbelovend. De training heeft zijn weg naar de opleidingspraktijk ondertussen gevonden.

1.5. Voorlichting via internet over WIA gesprek moet beter

Patiënten kunnen een WIA gesprek met de verzekeringsarts beter voeren als ze weten welke aspecten tijdens zo'n beoordelingsgesprek aan de orde komen. Ze kunnen dan van tevoren nadenken over wat ze nog wel kunnen, in plaats van hun aandacht vooral te richten op hun beperkingen. Ook kunnen ze dan de eigen inbreng vergroten en bijdragen aan een zorgvuldige afweging. Door middel van een interactieve voorlichtingsmodule op internet (www.wiagesprek.nl) is geprobeerd werknemers voor te bereiden op de WIA beoordeling. Het effect viel echter tegen. De voorlichting moet nog beter en vooral toegankelijker worden gemaakt.

1.6. Langdurige ziekte meestal geen voorbode arbeidsongeschiktheid

Werknemers die langer dan twaalf weken ziek zijn geweest, zijn in 68 procent van de gevallen vijf jaar later weer volledig aan het werk. Slechts zes procent is arbeidsongeschikt. De rest is minder gaan werken, met pensioen, ziek of werkt niet meer. De kans op terugkeer naar het werk is een stuk kleiner voor mensen die meer dan één jaar aaneengesloten verzuimen. Deze kans hangt niet alleen af van de ernst van de medische aandoening, maar ook van de instelling van werknemers. Werknemers met een lichamelijke aandoening die graag willen werken en zich gesteund voelen keren relatief snel terug op hun werkplek. Dezelfde factoren vertragen de terugkeer echter bij mensen met psychische klachten. Mogelijk heeft dit te maken met overbelasting die ten grondslag kan liggen aan de psychische klachten.

2. Aanbevelingen voor de toekomst

Het werk van verzekeringsartsen kan kort samengevat worden met: het beoordelen van de belastbaarheid voor arbeid, bijdragen aan het herstel van de belastbaarheid en begeleiden naar werkhervatting als dit mogelijk is. Dit onderzoeksprogramma bestrijkt alle facetten van het werk van de verzekeringsarts. Hierbij heeft zowel de rol van de arts als die van de patiënt aandacht gekregen. De opbrengst van het onderzoek is veelbelovend genoeg om breed in de praktijk uit te gaan testen. Het is nog te vroeg om te concluderen dat er maatschappelijke opbrengst gerealiseerd is in de vorm van een verbeterde arbeidsre-integratie en een vermindering van arbeidsongeschiktheid.

2.1. Focus op onderscheid wel/niet kunnen werken

Het ontwikkelen van kennis, richtlijnen en protocollen die de verzekeringsarts helpen bij de uitvoering van zijn taken, verdient de hoogste prioriteit. Cruciaal is het maken van het onderscheid tussen wel of niet kunnen werken.

2.2. Wacht geen twee jaar met inschakelen verzekeringsarts

De politiek heeft besloten dat de verzekeringsarts pas wordt ingeschakeld, wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt. Dit lange uitstel brengt met zich mee dat kansen op succesvolle re-integratie in het werk tegen die tijd verkeken kunnen zijn. Gebruik de expertise van de verzekeringsarts op het gebied van begeleiding daarom in een eerdere fase.

2.3. Verenig de beroepsgroepen van verzekerings- en bedrijfsarts

Het stimuleren van participatie op de arbeidsmarkt vraagt de medewerking van alle betrokken partijen. De organisatie van de geneeskunde op het gebied van arbeid bevordert echter het denken in gescheiden belangen. De bedrijfsarts denkt eerder vanuit het bedrijfsbelang en de verzekeringsarts vanuit het belang van de gemeenschap. Verminder deze splitsing door beide beroepen te verenigen tot één arts voor arbeid en gezondheid, waarbij eenieder wel specifieke taken heeft.

2.4. Stel de patiënt centraal

In de geneeskunde krijgt de patiënt steeds meer de regie in handen. Hij kan bijvoorbeeld beslissen wie welke informatie mag inzien. De verzekeringsgeneeskunde blijft hierbij achter. Het is belangrijk de individuele patiënt meer gelegenheid te geven de regie te voeren over zijn eigen begeleiding. Maak hem of haar bijvoorbeeld beheerder van het eigen dossier.

3. Waarom was dit onderzoek nodig?

In 2004 kwam de Raad voor Gezondheidsonderzoek met de aanbeveling het wetenschappelijk fundament onder de verzekeringsgeneeskunde te versterken. Er is, aldus de Raad, 'een brede behoefte aan kennis en aan onderzoek om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen, instrumenten te ontwikkelen die de verzekeringsarts ten dienste kunnen staan en in meer algemene zin om de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige inzet beter in beeld te krijgen en waar mogelijk te verbeteren.' De verzekeringsgeneeskunde had met andere woorden een achterstand opgelopen ten opzichte van andere medische disciplines.

4. Methode informatieverzameling

Dit was een omvangrijk onderzoeksprogramma dat onder meer zeven dissertaties heeft opgeleverd. Hiervoor zijn alle wetenschappelijke methoden uit het vakgebied gebruikt. Denk bijvoorbeeld aan interviews met experts, kwalitatieve methoden, literatuuronderzoek, secundaire analyses op databases en cohortonderzoek.

5. Belangrijkste publicatie

De genoemde publicaties geven een visie op de stand van zaken in de verzekeringsgeneeskunde.

- Willems, J.H.B.M. (2010) Ontwikkelingen rond arbeid en gezondheid. Uitgave Willems Medisch Adviesbureau BV, Huis ter Heide.
- Wind, H. (2010) Compensatie en participatie; Het zoeken naar een balans in de verzekeringsgeneeskunde. Oratie, Amsterdam, Vossiuspers UvA.

Tekst: Ad Bergsma