

# 1 INLEIDING VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

2

Er bestaat een groot aantal termen om degenen te duiden, van wie de verzekeringsarts de gezondheidstoestand beoordeelt. Gekozen is voor de term 'cliënt'.

De term 'belemmeringen' heeft betrekking op de claim, de term 'beperkingen' op de claimbeoordeling. De term 'mogelijkheden' – als positief geformuleerd pendant - legt het accent op participatie.

3

## 4 **1. Inleiding**

### 5 ***1.1. Aanleiding***

6 In de jaren 1995-2001 legde het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) een aantal  
7 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels vast, die richtlijnen of standaarden werden  
8 genoemd. Directe aanleiding was de wens van de wetgever – na de parlementaire enquête in  
9 1992 – om tot een meer reproduceerbare verzekeringsgeneeskundige beoordeling te komen.  
10 De regelgeving beschrijft basale en soms meer specifieke aspecten van de claimbeoordeling.  
11 Op verzoek van de minister van SZW stelde de Gezondheidsraad daarnaast vanaf 2005  
12 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels voor tien diagnoses waarmee destijds een  
13 aanzienlijk deel van de betrokken uitkeringsgerechtigden arbeidsongeschikt bleek te worden.<sup>1</sup>  
14 Deze werden protocollen genoemd. Voor het benoemen van beperkingen van mogelijkheden  
15 om te functioneren werd daarbij aansluiting gezocht bij de in 2000 eveneens door het Lisv  
16 geïntroduceerde systematiek van de functionele mogelijkhedenlijst. Later nam de  
17 beroepsvereniging NVVG het initiatief over, waarna nog een aantal protocollen werd  
18 toegevoegd, in samenwerking met medisch specialisten en patiëntenverenigingen. De  
19 Gezondheidsraad liet de protocollen vooraf gaan door een algemene inleiding waarin het  
20 domein van de verzekeringsgeneeskunde, de hoofdlijnen van het verzekeringsgeneeskundig  
21 onderzoek, doelen en middelen werden beschreven. De inleiding was sterk gericht op de  
22 claimbeoordeling in het kader van de WIA. Inmiddels voldoet deze benadering niet meer  
23 omdat verzekeringsartsen op een steeds breder terrein actief zijn, zowel publiek als privaat.  
24 Dit document voorziet in de behoefte meer algemeen geldende uitgangspunten te formuleren  
25 en zo een professioneel kader te schetsen dat niet gebonden is aan specifieke regelgeving en  
26 ook niet alleen betrekking heeft op de beoordeling van beperkingen van mogelijkheden om te  
27 functioneren. Deze ontwikkeling noopte tot een herformulering van de oorspronkelijke  
28 algemene inleiding die hier gestalte heeft gekregen. Het lag voor de hand daarbij de term  
29 'protocollen' te vervangen door 'beoordeling' omdat deze inleiding ambieert voor het hele  
30 vakgebied te gelden. Deze inleiding is ook te beschouwen als een algemene en actuele  
31 beschrijving van het werk van de verzekeringsarts. Regelmatige revisie is gewenst.

32

### 33 ***1.2. Doelgroep***

34 De beoogde doelgroep bestaat uit verzekeringsartsen die in het kader van publieke en private  
35 regelgeving claims beoordelen. Claims vanwege beperkingen van mogelijkheden om te  
36 functioneren in relatie tot ziekte, gebrek, letsel, zwangerschap of bevalling of claims  
37 vanwege lichamelijke of geestelijke schade als gevolg van een oorzakelijk moment (ongeval,  
38 medische fout). De doelgroep bestaat eveneens uit verzekeringsartsen die een  
39 gezondheidkundige risicoschatting uitvoeren in het kader van acceptatie voor particuliere

---

<sup>1</sup> Gezondheidsraad. Algemene inleiding verzekeringsgeneeskundige protocollen. Den Haag, GR 2006/22, p.13.

40 verzekeringen. Deze keuze is ingegeven door het inzicht dat dit de hoofdtaken van het vak  
41 zijn. Deze inleiding beoogt gedeelde vakinhoudelijke uitgangspunten voor de  
42 verzekeringsgeneeskundige taken vast te leggen.

43

### 44 **1.3. Opzet**

45 De Inleiding beschrijft de doelen van de beoordeling, de daarvoor beschikbare instrumenten,  
46 het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en daarbij gebruikelijke methoden, de  
47 uitgangspunten en hoofdlijnen van de beoordeling alsmede de wijze waarop deze verantwoord  
48 wordt.

49

## 50 **2. Taken, positie verzekeringsarts**

51

### 52 **2.1. Taken**

53 Verzekeringsartsen zijn zowel in de publieke als private sector werkzaam. Zij geven een  
54 oordeel over – de oorzaak en de gevolgen van - schade aan de gezondheid in verleden, heden  
55 en/of toekomst. De wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden die betrekking hebben op de  
56 concrete opdracht die de verzekeringsarts heeft gekregen bepalen het beoordelingskader. De  
57 hoofdtaken bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn het beargumenteren en  
58 benoemen van beperkingen en mogelijkheden in relatie tot ziekte, gebrek, letsel,  
59 zwangerschap of bevalling, het beoordelen van lichamelijke en geestelijke schade in relatie tot  
60 een oorzakelijk moment (ongeval, zwangerschap, medische fout) en het verrichten van  
61 risicoschattingen ten behoeve van acceptatie voor een particuliere verzekering.

62

63 Afgeleide taken zijn:

64

- 65 1. beoordelen van het risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij acceptatie voor een
- 66 verzekering;
- 67 2. beoordelen van de mate van blijvende invaliditeit;
- 68 3. beoordelen van ziekteverzuim en adviseren over re-integratie;
- 69 4. beperkingen en mogelijkheden om te functioneren met betrekking tot arbeid en andere
- 70 maatschappelijke rollen;
- 71 5. toetsen van eerdere sociaal medische beoordelingen;
- 72 6. beoordelen van de causaliteit;
- 73 7. beoordelen van de adequaatheid van behandeling(en), therapietrouw, herstel- en
- 74 participatiegedrag en van eventuele interventiemogelijkheden;
- 75 8. stellen van de prognose van het medische beeld en functioneren.

76

### 77 **2.2 Positie verzekeringsarts**

78 De verzekeringsarts komt feitelijk en zo onbevooroordeeld mogelijk<sup>2</sup> tot een oordeel. In de  
79 publieke sector gaat de verzekeringsarts uit van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Dit  
80 wordt getoetst aan de wettelijke voorwaarden. Bij de particuliere  
81 arbeidsongeschiktheidsverzekering moet beoordeeld worden of er dekking is volgens de  
82 polisvoorwaarden. De verzekeringsarts maakt zo mogelijk gebruik van wetenschappelijk  
83 bewijs en in elk geval van praktijkervaring, richtlijnen en medische inzichten. De  
84 verzekeringsarts geeft geen morele oordelen over het handelen van betrokken partijen en laat  
85 zich niet uit over aspecten buiten het eigen vakgebied. Vanuit deze vakinhoudelijke positie en  
86 professionele autonomie houdt de verzekeringsarts distantie ten opzichte van zowel cliënt als

---

<sup>2</sup> Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica). Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Tica, september 1996, Amsterdam. De richtlijn is opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.

87 opdracht- of werkgever. Omdat de verzekeringsarts bijna altijd in een juridische context  
88 werkt, is een dossiervoering voor de verzekeringsarts belangrijk. Daarom rapporteert de  
89 verzekeringsarts zo toetsbaar en reproduceerbaar mogelijk over de onderzoeksactiviteiten,  
90 bevindingen, overwegingen en het oordeel. De belangrijkste wet- en regelgeving is in bijlage  
91 1 vermeld.

92

### 93 **3. Onderzoeksmethoden en instrumenten**

94

#### 95 ***3.1. Uitgangspunt***

96 Er bestaat inmiddels een groot aantal instrumenten voor de verzekeringsgeneeskundige  
97 beoordeling. Deze zijn soms van toepassing op een deelterrein. Ze berusten voornamelijk op  
98 professionele afspraken. De verzekeringsarts gebruikt deze instrumenten naar hun intentie  
99 voor zover van toepassing op de specifieke opdracht. De instrumenten hebben het karakter  
100 van een handreiking en kunnen niet opgevat worden als bindend voorschrift. De  
101 verzekeringsarts onderzoekt in principe niet meer, dan voor de beantwoording van de  
102 voorgelegde vraagstelling noodzakelijk is. Het is moeilijk die grens bij voorbaat aan te geven,  
103 omdat bij veel beoordelingen pas gaandeweg of achteraf blijkt wat relevant is. De  
104 verzekeringsarts beslist wanneer persoonlijk onderzoek nodig is. Als de cliënt om een  
105 persoonlijk onderzoek verzoekt, gebeurt dit zo veel mogelijk, mits de (juridische) context dit  
106 toelaat.<sup>3</sup> Een verzekeringsarts kan het persoonlijk onderzoek (deels) uitbesteden.

107

#### 108 ***3.2. Denkkader***

109 De beoordeling van mogelijkheden om te functioneren is zowel naar omvang van de  
110 werkzaamheden als vanuit materiele betekenis een belangrijke verzekeringsgeneeskundige  
111 taak. Dit gebeurt aan de hand van de beschrijving van het menselijk functioneren in relatie tot  
112 stoornissen, beperkingen en participatieproblemen door de WHO in 2001; de International  
113 Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het denkkader bestaat uit een  
114 groot aantal in dat verband relevante begrippen.<sup>4</sup> De ICF gaat ervan uit dat ziekte zich kan  
115 manifesteren op drie niveaus:

116

- 117 • functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen
- 118 • activiteiten, onderdeel van handelingen waarin beperkingen aanwezig kunnen zijn
- 119 • participatie, waar problemen met deelname aan het maatschappelijk leven zich binnen  
120 en buiten het arbeidsproces kunnen manifesteren.

121

122 Deze niveaus zijn onderling verbonden in wisselwerking waarbij geen hiërarchie is  
123 verondersteld. Oorzakelijkheid speelt bij de ICF geen rol. Externe (fysieke, sociale) en  
124 persoonlijke (persoonlijkheidskenmerken, levensstijl) factoren kunnen zowel het functioneren  
125 beïnvloeden, als daardoor beïnvloed worden. Dit betekent dat deze factoren altijd als  
126 relevante context bij de beoordeling betrokken worden, die daardoor steeds een individueel  
127 karakter heeft. De ICF is ontworpen als ordenend classificatiesysteem op het brede terrein van  
128 menselijk functioneren en is geen beoordelingsmethodiek. Evenmin is het een methodiek om  
129 causaliteitsvragen te beoordelen. Sinds het midden van de vorige eeuw is een begrippenkader

---

<sup>3</sup> Bij acceptatie is een persoonlijk onderzoek zeer ongebruikelijk, ook al staat een kandidaat verzekerde hierop. Dit komt omdat de verzekeraar geen acceptatieplicht heeft.

<sup>4</sup> World Health Organisation. International Classification of functioning, disability and health, Genève, 2001; vertaling WHI-IFC Collaborating Centre RIVM Bilthoven 2002.

130 ontwikkeld in de vorm van lijsten die meer specifiek zijn gericht op arbeidsproblemen.<sup>5</sup> Dit  
131 begrippenkader wordt als gemeenschappelijke taal mede gebruikt door arbeidsdeskundigen.

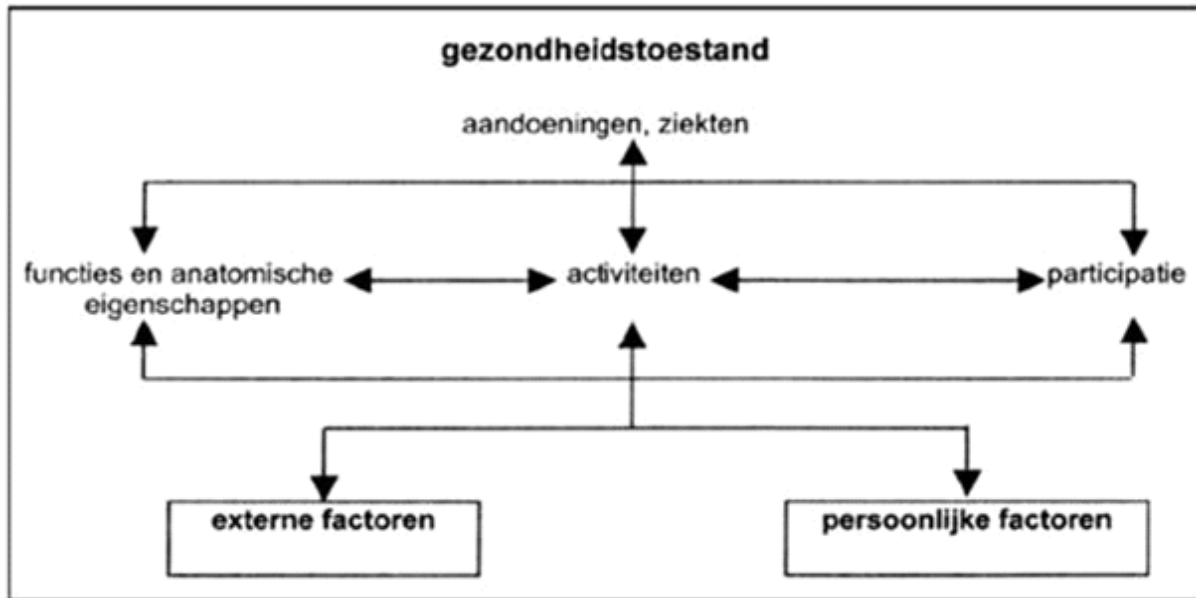
132

133

134 ICF-model

135 Terminologie

136



137

138

139

140 *Wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en*  
141 *persoonlijke factoren.*

142

### 143 3.3. Methoden en instrumenten

144

#### 145 3.3.1. Dossierstudie

146 De dossierstudie heeft betrekking op de sociaal-medische voorgeschiedenis. Die omvat  
147 eventuele eerdere ziekten, begin – eventuele ongevalstoedracht - behandeling en verloop van  
148 de gezondheidstoestand die tot de voorliggende vraag geleid hebben, inclusief eventuele  
149 gegevens over opleiding, arbeidsverleden, eerder verzuim of arbeidsongeschiktheid en  
150 psychosociale omstandigheden. Het dossier kan aangevuld worden met door de cliënt in te  
151 vullen vragenlijsten. Naar aanleiding van de bevindingen bij dossierstudie kan de  
152 verzekeringsarts besluiten dat verder onderzoek niet nodig is. Dat wordt gemotiveerd  
153 vastgelegd. Ook kan de verzekeringsarts besluiten dat aanvullend onderzoek nodig is.

154

#### 155 3.3.2. Beoordelingsgesprek

156 Bij dit gesprek staan het functioneren en de daarbij ervaren belemmeringen – in arbeid en  
157 daarbuiten - centraal. Daarnaast wordt de gezondheidstoestand besproken omdat er een  
158 verband gelegd moet kunnen worden met ziekte, gebrek of letsel. De volgorde waarin dat  
159 gebeurt is aan de onderzoeker, er bestaan verschillende methodieken.<sup>6</sup> Soms kan een  
160 telefonisch contact volstaan om bij dossieronderzoek gebleken lacunes aan te vullen.

<sup>5</sup> Een voorbeeld hiervan is de functionele mogelijkhedenlijst (FML).

<sup>6</sup> Bekende methodes zijn: het methodisch beoordelingsgesprek, de multifactoriële analyse en het

161 Wat betreft de medische aspecten informeert de verzekeringsarts gericht naar de relevante  
162 klachten, gestelde diagnoses, behandeling, medicatie en resultaten daarvan. Verder vraagt de  
163 verzekeringsarts naar wat de cliënt denkt dat de oorzaak van de klachten is en diens  
164 verwachtingen omtrent het verdere verloop. De verzekeringsarts brengt eventuele co-  
165 morbiditeit in beeld. Bij een onvolledig beeld of twijfel informeert of overlegt de  
166 verzekeringsarts bij of met de betreffende behandelaar(s).

167 Wat betreft het functioneren vraagt de verzekeringsarts naar de aard van het werk of  
168 leersituatie, de thuissituatie en de vrijetijdsbesteding. Verder naar wat er in dat functioneren  
169 veranderd is vergeleken met de pre-morbide situatie. De verzekeringsarts inventariseert de  
170 ervaren belemmeringen (claimklachten) en vraagt naar activiteiten van de cliënt of anderen  
171 om deze belemmeringen te hanteren of te compenseren. Ook wordt in beeld gebracht welke  
172 (verdere) oplossingen de cliënt zelf nog ziet en welk arbeidsperspectief hij denkt te hebben.  
173 Vooral bij causaliteitsvragen, maar ook in het algemeen om inzicht te krijgen in de stijl van  
174 aanpassing worden eerdere aandoeningen, verzuim en vroeger functioneren in beeld gebracht.  
175 Zo nodig of gewenst geeft de verzekeringsarts belangrijke derden – een partner, een  
176 belangenbehartiger, ouders of anderen – de gelegenheid hun lezing over het functioneren van  
177 de cliënt te geven.

178

### 179 **3.3.3. Observaties en onderzoek**

180 Observaties vinden tijdens het spreekuur altijd plaats en richten zich vooral op presentatie,  
181 verzorging en wijze van contact leggen. Daarbij observeert de verzekeringsarts eventuele  
182 manifestaties – of juist het ontbreken daarvan - van de belangrijkste claimklachten. Het  
183 verdient aanbeveling dergelijke observaties terug te koppelen in het beoordelingsgesprek.  
184 Eventuele reacties van de cliënt worden vastgelegd evenals het verloop en de duur van het  
185 gesprek.

186

187 De verzekeringsarts zal aan de hand van bij het gesprek verkregen indrukken en de medische  
188 voorgeschiedenis een indruk hebben van het functioneren. Op indicatie kan verdergaand  
189 algemeen psychiatrisch<sup>7</sup> en/of gericht lichamelijk onderzoek verricht worden.

190

### 191 **3.3.4. Vakinhoudelijke regelgeving**

192 Hieronder worden op de beroepsuitoefening gerichte afspraken verstaan die onder  
193 verschillende titels – richtlijnen, standaarden, protocollen, instructies, handleidingen – zijn  
194 vastgelegd. Bedrijfsartsen ontwikkelden richtlijnen voor preventie en arbeidsomstandigheden  
195 en voor begeleiding van verzuimende werknemers. Verzekeringsartsen ontwikkelden  
196 aanvankelijk richtlijnen over algemene aspecten, welke in het afgelopen decennium meer  
197 geordend zijn naar diagnose. Daarnaast worden nog steeds zogenaamde 3B (beoordelen,  
198 begeleiden, behandelen) en multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld in de gezondheidszorg  
199 voor diagnostiek en behandeling van allerlei ziektebeelden, waarbij tevens aandacht wordt  
200 besteed aan arbeidsaspecten. Ten slotte zijn in de sociale verzekering vakinhoudelijke  
201 instructies opgesteld. Al deze vakinhoudelijke regels (bijlage 2) kunnen toepasbaar en  
202 bruikbaar blijken voor een breder terrein. Deze regels kunnen breed toegepast worden voor  
203 zover mogelijk in de geldende context van de beoordeling.

204

### 205 **3.3.5. Mogelijkhedenlijsten**

206 Bij de beoordeling kan de verzekeringsarts mogelijkhedenlijsten gebruiken als  
207 geheugensteun. De definities van de bijbehorende begrippen hebben tevens een functie als

---

belastbaarheidsgerichte beoordelingsgesprek. Geen van deze methodes is verplicht(end).

<sup>7</sup> Wolff H de, Croon NHT, Foekens R, Jagt E van der, Knepper S, Kroneman H, Paulusma A, Weijers JH, Woldberg T. De weergave van het psychisch onderzoek door de verzekeringsarts. TBV 21 (9) 2013: 424-8.

208 onderling en met arbeidsdeskundigen gedeeld begrippenkader. De in de praktijk gebruikte  
209 varianten zijn onder verschillende benamingen uiteindelijk vrijwel allemaal afgeleid van de  
210 functionele mogelijkhedenlijst of diens voorgangers.<sup>8</sup> Aan verzekeringsartsen wordt vaak  
211 gevraagd dergelijke lijsten in te vullen. Strikt genomen is dat alleen nodig bij vergelijking met  
212 een bestand functies, zoals dat in de sociale verzekering gebruikt wordt. Het invullen van een  
213 mogelijkhedenlijst heeft buiten die context relatieve waarde. Overwegingen en argumentatie,  
214 nuanceringen en samenhang over de aangenomen beperkingen zullen moeten blijken uit de  
215 verzekeringsgeneeskundige rapportage. Aan een mogelijkhedenlijst ligt een  
216 verzekeringsgeneeskundige beoordeling met een weging ten grondslag.

217

### 218 **3.3.6. Mediprudentie**

219 Het belangrijkste doel van mediprudentie, zoals verwoord in de uitwerking van het advies van  
220 de Gezondheidsraad<sup>9</sup> is te komen tot consensus over hetgeen in concrete, individuele situaties  
221 volgens de beroepsgroep de juiste beoordeling is. Daarnaast zou mediprudentie de kwaliteit  
222 en transparantie van de beoordeling van mogelijkheden kunnen bevorderen en daardoor ook  
223 de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor cliënten. Mediprudentie is inmiddels door de  
224 NVVG in samenwerking met UWV verder ontwikkeld. Geselecteerde en becommentarieerde  
225 casus worden gepubliceerd in de mediprudentie database van de NVVG. Deze database is  
226 alleen toegankelijk voor verzekeringsartsen die NVVG-lid zijn. Daardoor heeft mediprudentie  
227 vooralsnog beperkte betekenis.<sup>10</sup>

228

### 229 **3.3.7. Afstemming en overleg**

230 De verzekeringsarts voert overleg met derden wanneer de voorliggende informatie over  
231 gezondheid, behandeling of functioneren niet compleet of niet actueel is. Daarnaast kan dit  
232 nodig zijn om te toetsen of voorliggende informatie juist is. Dat kan zowel in aanvulling op  
233 een dossierstudie als naar aanleiding van een beoordelingsgesprek gebeuren.

234 De verzekeringsarts heeft ook een zorgplicht. In dat kader is overleg met behandelaars nodig  
235 wanneer er sprake is van een onjuiste (medische) behandeling.

236 Met behandelaars moet volgens de beroepscode met machtiging en gerichte vraagstelling  
237 gecommuniceerd worden, wat neerkomt op schriftelijk opvragen van documentatie over aard  
238 en ernst van de aandoening, de behandeling daarvan en resultaten. Vragen staat vrij, maar  
239 redelijkerwijs houdt de verzekeringsarts er daarbij rekening mee dat de behandelaar volgens  
240 de beroepscode<sup>11</sup> alleen feitelijke informatie mag verstrekken en bijvoorbeeld ook geen  
241 medische prognose<sup>12</sup>, omdat dit een meer dan feitelijk waardeoordeel zou impliceren.  
242 Daarnaast kan de verzekeringsarts bij de arbeidsdeskundige, bedrijfsarts of werkgever  
243 informeren naar aspecten van het functioneren.

244

### 245 **3.3.8 Consultatie en onderzoek door derden**

246 Een onderzoek door een (klinisch) specialist of andere deskundige kan aanvullende betekenis  
247 hebben bij voortdurende onzekerheid over diagnose en behandeling, dan wel verschil van  
248 mening met de behandelaar. Vaak zijn cliënten al door veel artsen en/of psychologen 'gezien'  
249 en is daarom terughoudendheid bij het stellen van een indicatie voor dergelijk onderzoek

---

<sup>8</sup> Boer W.E.L.de, Weijers J.H.L., Spanjer J, Beijl I van der, Zuidam W, Venema A. Gespreksmodellen in de  
Verzekeringsgeneeskundige. TBV 2006 14:19-29.

<sup>9</sup> Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, Den Haag GR 2007/14.

<sup>10</sup> Recent is het voorstel gedaan om de mediprudentie database openbaar te maken. Zie: Faas WA, Sterk AHJM.  
Toegang tot mediprudentie moet worden verruimd. TBV 23 (8) 2015: 347-348.

<sup>11</sup> KNMG Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie. Utrecht, KNMG 2007.

<sup>12</sup> Er is discussie mogelijk of de vraag naar de prognose geoorloofd is. Zie: Faas WA. De  
verzekeringsarts, de prognose, de angel van de WIA en de mangel van de jurist. TBV 18 (8), 2010: 350-352.

250 raadzaam. Bij de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren vraagt de  
251 verzekeringsarts primair naar diagnose en behandeling. Dat neemt niet weg dat klinisch  
252 specialisten als rapporterend deskundigen na onderzoek een globale indicatie van beperkingen  
253 kunnen geven op hun vakgebied. Maar de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren  
254 is de deskundigheid van de verzekeringsarts. Daarom hoort de vraag naar het invullen van  
255 mogelijkheden (beperkingen)lijsten niet bij rapporterend (klinisch) specialisten of andere  
256 deskundigen thuis.

257 Bij causaliteitsvragen kan onderzoek door een medisch specialist aangewezen zijn,  
258 bijvoorbeeld in hoeverre bepaalde afwijkingen als gevolg van letsel of ongeval opgevat  
259 kunnen worden. Ook voor het vaststellen van het percentage blijvende invaliditeit kan een  
260 klinische beoordeling nodig zijn. Voor een medische risico-inschatting bij acceptatie kan,  
261 vanwege bevindingen in de gezondheidsverklaring, gericht keuringsonderzoek gevraagd  
262 worden.

263

264 Er bestaat een uitgebreid assortiment van test- en begeleidingsfaciliteiten variërend van onder  
265 meer neuropsychologisch onderzoek, FCE-methodieken tot volledige trainingsprogramma's,  
266 psychologische en multidisciplinaire revalidatie. De verzekeringsarts stelt de indicatie voor  
267 zover die van medische of psychologische aard is. De verzekeringsarts bespreekt die met de  
268 cliënt en licht de vraagstelling aan de deskundige of instelling toe met eigen bevindingen en  
269 zo mogelijk een voorlopig oordeel. De verzekeringsarts bespreekt de bevindingen voor zover  
270 de onderzoekers dat niet zelf al hebben gedaan en in elk geval de conclusies wat betreft de  
271 mogelijkheden en beperkingen. Neuropsychologisch onderzoek moet voldoen aan gestelde  
272 voorwaarden wat betreft symptoomvaliditeit.

273

### 274 **3.3.9 Jurisprudentie**

275 De verzekeringsarts is geen jurist, maar soms kan de verzekeringsarts voor de beoordeling  
276 relevante bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie raadplegen ten behoeve van de  
277 beoordeling. De in dat geval te raadplegen bronnen zijn opgenomen in bijlage 3.

278

## 279 **4. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling**

280

### 281 **4.1. Beoordeling mogelijkheden**

282 In de publieke sector gaat de verzekeringsarts voor de beoordeling van mogelijkheden uit van  
283 de door de cliënt ervaren belemmeringen. De verzekeringsarts toetst die aan het medisch  
284 beeld in wisselwerking met sociale omstandigheden en persoonskenmerken – de  
285 psychosociale context. Bij de beoordeling wordt getoetst of sprake is van een *medisch*  
286 *herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, plausibiliteit, consistentie en herstel- of*  
287 *participatiegedrag*. Bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen moet eerst  
288 beoordeeld worden of er dekking is volgens de polisvoorwaarden en is de beoordeling  
289 *afhankelijk van de in de polisvoorwaarden opgenomen definitie van arbeidsongeschiktheid*. Is  
290 voldaan aan de polisvoorwaarden, dan vindt ook bij de particuliere arbeidsongeschiktheids-  
291 verzekeringen voor het vaststellen van mogelijkheden toetsing plaats aan plausibiliteit,  
292 consistentie en herstel- of participatiegedrag.

293 Afhankelijk van de juridische context kan de verzekeringsarts dus in overweging nemen:

294

- 295 • is voldaan aan de polisvoorwaarden?
- 296 • is er sprake van *plausibiliteit*: passen presentatie en belemmeringen in die mate bij (de  
297 ernst van) het ziektebeeld?

- 298 • is er sprake van *consistentie*, zijn klachten, belemmeringen en handicaps goeddeels
- 299 vrij van innerlijke (algemeen functioneren) en externe (bevindingen behandelaars of
- 300 andere beoordelaars) tegenspraak?
- 301 • is het gedrag van de cliënt gericht (geweest) op schadebeperking, wat betreft
- 302 gezondheid en het functioneren in diverse rollen?
- 303 • in hoeverre is door eventueel gebruik van voorzieningen, compensatiegedrag, of
- 304 taakverschuiving meer inzet mogelijk?
- 305 • zijn eventuele arbeidsinspanningen fysiologisch over de dag en de week verdeeld?
- 306 • in hoeverre zijn belemmeringen in feite normale gebreken van het dagelijks leven?
- 307 • is er sprake van therapietrouw en opvolgen van leefstijladviezen?
- 308 • in hoeverre valt gezondheidsschade te verwachten bij meer activiteit of is juist dan
- 309 verbetering te verwachten?
- 310 • welke onderhoudende factoren<sup>13</sup> spelen een rol en in hoeverre zijn die overkomelijk?
- 311 • in hoeverre is welke ziekte winst aannemelijk?

312

313 De verzekeringsarts kan voor de beoordeling een werkhypothese formuleren conform het  
 314 ICF-model. Dus naast het ziektebeeld relevante kenmerken van de psychosociale context  
 315 benoemen die op het functioneren van invloed zijn. Er moet wel sprake zijn van een evidente  
 316 *wisselwerking* met deze psychosociale context. Het is dus niet juist beperkingen te  
 317 veronderstellen alleen vanwege bijvoorbeeld zorgtaken, werkloosheid, schulden, conflicten,  
 318 hobby's of uitgesproken kenmerken van de persoonlijkheid. Het toetsen van de ervaren  
 319 belemmeringen (perceptie cliënt) aan het medische beeld in wisselwerking met sociale  
 320 omstandigheden - de psychosociale context - resulteert in het al of niet accepteren van  
 321 beperkingen (beoordeling verzekeringsarts). Wanneer 'passende' of 'gangbare arbeid'  
 322 criteria zijn, gaat de verzekeringsarts tevens na of gezien het medische beeld daarvoor  
 323 beperkingen van mogelijkheden aanwezig zijn, die de cliënt niet eerder als belemmeringen  
 324 ervaren heeft.

325

326 In alle publieke<sup>14</sup> maar ook in private polisvoorwaarden wordt de eis van *objectiviteit* gesteld.  
 327 De verzekeringsarts wordt daarmee geconfronteerd in verschillende termen, zoals: '*naar*  
 328 *objectieve maatstaven*', '*objectief medisch vast te stellen stoornis*' en '*objectief vaststelbaar*'.  
 329 Er is voldaan aan de eisen van *objectiviteit* wanneer de beoordeling is gebaseerd op  
 330 waarneembare feiten. De claimbeoordeling betreft de samenhang van vaak meerdere  
 331 medische, sociale en psychologische factoren die ieder weer voor verschillende interpretatie  
 332 vatbaar kunnen zijn. Daardoor heeft de claimbeoordeling in zekere mate een arbitrair  
 333 karakter. Dat betekent dat de verzekeringsarts beperkingen niet vaststelt, maar 'aanneemt'.  
 334 Vanuit deze invalshoek biedt de verzekeringsarts ruimte voor tegenspraak en weegt die  
 335 vervolgens inhoudelijk. Het min of meer 'beslissen in onzekerheid' biedt enige ruimte om  
 336 mee te bewegen en schadelijke conflicten te voorkomen. Anderzijds zijn meningsverschillen  
 337 en conflicten inherent aan de aard van de claimbeoordeling.

338

339 In het kader van verzuimbeoordeling kan de verzekeringsarts na de beoordeling van  
 340 beperkingen een uitspraak doen over de geschiktheid voor eigen werk. Bij  
 341 arbeidsongeschiktheid of beroepsongeschiktheid kan de verzekeringsarts suggesties doen over  
 342 de mogelijkheden ander werk of eigen beroep te verrichten, een belangrijke doelstelling op  
 343 het vlak van participatie.

<sup>13</sup> Gezondheidsraad 2005/10, p.31 e.v.

<sup>14</sup> Zie bijv. de sociale arbeidsongeschiktheidsregelingen: arbeidsongeschiktheid dient '... als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte' te zijn.



344

#### 345 **4.2. Beoordeling voorzieningen**

346 Ten behoeve van allerlei regelingen in verband met maatschappelijke participatie of in het  
347 kader van personenschade beoordelen verzekeringsartsen ook de noodzaak van  
348 werkvoorzieningen of aanpassingen en voorzieningen op andere levensterreinen. Dat gebeurt  
349 volgens hetzelfde model, waarbij de verzekeringsarts erop let dat de uitgebreidheid van het  
350 onderzoek in proportie blijft met het materieel belang. De verzekeringsarts laat zich niet uit  
351 over technische aspecten buiten het eigen vakgebied.

352

#### 353 **4.3. Risico-inschatting**

354

355 De verzekeringsarts beoordeelt op basis van de medische gegevens of er sprake is van een  
356 verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid (bij een aanvraag voor een  
357 arbeidsongeschiktheidsverzekering) of vroegtijdig overlijden (bij een levensverzekering). Er  
358 kan sprake zijn van een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij een  
359 aanwezige medische aandoening of bij een duidelijke risicofactor voor het ontstaan van deze  
360 aandoening. Bij risico-inschatting van arbeidsongeschiktheid worden niet-medische factoren  
361 (zoals eerder langdurig verzuim, coping/herstelgedrag en aard van het beroep) meegewogen.  
362 Eerder verzuim blijkt een belangrijke risicofactor voor arbeidsongeschiktheid, los van de  
363 medische aandoening.<sup>15</sup> Al naar gelang de bevindingen adviseert de verzekeringsarts  
364 acceptatie onder normale voorwaarden of, bij een verhoogd risico, acceptatie met een  
365 beperkende voorwaarde of afwijzing van de aanvraag. De verzekeringsarts adviseert de  
366 verzekeraar. De verzekeraar beslist. Elke verzekeraar heeft zijn eigen acceptatiebeleid.

367

#### 368 **4.4. Blijvende invaliditeit**

369 Het vaststellen van blijvende invaliditeit vindt plaats bij claims vanwege een  
370 ongevalverzekering, personenschade of militair invaliditeitspensioen. Er zijn, afhankelijk  
371 van de context, verschillende beoordelingsmethodieken. De verzekeringsarts verantwoordt  
372 welke methodiek op welke wijze is toegepast.

373

#### 374 **4.5. Beoordeling causaliteit**

375 Of er een verband tussen oorzaak en gevolg mag worden aangenomen, is afhankelijk van de  
376 context waarin de causaliteitsvraag wordt gesteld. In de praktijk blijken juristen een andere  
377 kijk op causaliteit te hebben dan artsen. Juridische causaliteit houdt rekening met  
378 omstandigheden, waarbij toerekening een belangrijke overweging is. De verschillende  
379 rechtsgebieden (strafrecht, civiel recht, bestuursrecht) kennen hun eigen causaliteitscriteria. In  
380 het civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht wordt causaliteit vastgesteld aan de hand van het  
381 *conditio sine qua non*-verband (de onrechtmatige daad is een noodzakelijke voorwaarde voor  
382 de ontstane schade) en daarna de toerekening: de gevolgen van de onrechtmatige daad en  
383 daarmee de schadeomvang worden door de rechter toegerekend. Ook in het bestuursrecht  
384 komen causaliteitsvragen aan de orde (zie bijlage 2).

385

386 De vraag naar medische causaliteit is complex omdat ziekten, aandoeningen en beperkingen  
387 altijd multifactorieel bepaald zijn met predisponerende, uitlokkende, onderhoudende, herstel  
388 belemmerende en bevorderende factoren. Deze kunnen zowel in de persoon liggen als in de  
389 sociale context. Zelfs de uiting van monogenetische aandoeningen blijkt toch nog beïnvloed  
390 te worden door endogene en exogene factoren. Medisch is een volledig sluitend bewijs van

---

<sup>15</sup> Wijnvoord L et al. Predictors of sickness absence in college and university educated self-employed: a historic register study. BMC Public Health 2014, 14:420.

391 een oorzaak-gevolg-relatie vaak niet te geven. De verzekeringsarts beantwoordt de  
392 causaliteitsvraag<sup>16 17</sup> vanuit deze invalshoek, nadat de verzekeringsarts een zorgvuldige  
393 analyse van deze factoren heeft gemaakt zoveel mogelijk op grond van datgene wat op basis  
394 van de gangbare wetenschappelijke inzichten bekend en herkenbaar is over het ontstaan en  
395 beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. In deze afwegingen wordt eventuele  
396 pre-existentie: de aanwezigheid van een bepaalde aandoening of afwijking, los van een  
397 bepaald voorval, overwogen. Daarnaast kan eventuele predispositie overwogen worden:  
398 mede-oorzakelijkheid, een aanwezige kwetsbaarheid voor een bepaalde aandoening, bepaald  
399 letsel of te verwachten arbeidsuitval, zonder dat deze aandoening, dit letsel of disfunctioneren  
400 zich al hadden gemanifesteerd.

401

#### 402 **4.6. Prognose functioneren**

403 De verzekeringsarts maakt onderscheid tussen herstel van klachten en symptomen enerzijds  
404 (medische prognose) en herstel van participatiemogelijkheden (herstel van functioneren in  
405 arbeidsrol of andere rollen) anderzijds. Soms wordt alleen naar de medische prognose  
406 gevraagd. Maar bij de claimbeoordeling gaat het veelal om herstel van functioneren, wat  
407 meestal neerkomt op vooruitzichten van werkhervatting of andere participatie. Er zijn  
408 aanwijzingen dat persoonsgebonden psychosociale factoren zoals regelmogelijkheden,  
409 kenmerken van het werk, verzuimduur en eerdere uitval meer bepalend zijn dan de aard van  
410 de aandoening. In de praktijk blijkt de verwachting van de cliënt een belangrijke  
411 voorspeller.<sup>18 19</sup> De verzekeringsarts weegt de verschillende factoren en geeft op die manier  
412 een inschatting van de prognose.

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

---

<sup>16</sup> Akkermans AJ. Causaliteit bij letselschade en medische expertise; TvP 2003 nr 4: 93-104.

<sup>17</sup> Oskam P, Reitsma AM. Causaal verband in whiplashzaken: een beschouwing vanuit juridisch en medisch perspectief; TvP 2014 nr 4: 111- 122.

<sup>18</sup> Audhoe SS, Hoving JL, Nieuwenhuijsen K, Frierson R, Jong PR de, Sluiter JK. Factors for the Work Participation of Sick-Listed Unemployed and Temporary Agency Workers with Psychological Problems. J Occup Rehabil. 2012 Dec; 22(4): 437–446. doi: 10.1007/s10926-012-9358-0

<sup>19</sup> Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. Int Arch Occup Environ Health. 2013 Jul; 86(5): 509–518. doi: 10.1007/s00420-012-0783-3

431 **Colofon**

432

433 Deze Inleiding werd in opdracht van de NVVG opgesteld door een werkgroep bestaande uit  
434 Frank M. Brouwer (vrijgevestigd bedrijfs- en verzekeringsarts), Cecile C.H. van Linschoten  
435 (verzekeringsarts, UWV), mr. Jim W.A. Faas (verzekeringsarts, UWV), Simon Knepper  
436 (vrijgevestigd verzekeringsarts), Alexander C.F. Oostenrijk (verzekeringsarts, UWV), Jessika  
437 V. Pietersen (verzekeringsarts RGA en medisch adviseur a.s.r./De Amersfoortse), dr. Ingrid  
438 A.K. Snels (verzekeringsarts, UWV) en Gerardine A. van Strien (verzekeringsarts in  
439 opleiding, medisch adviseur a.s.r., Amersfoortse verzekeringen ). Daarmee werd een brede  
440 vertegenwoordiging uit de hele beroepsgroep nagestreefd. Daarnaast maakte de werkgroep  
441 gebruik van suggesties van Wout de Boer (verzekeringsarts, LechnerConsult) en Linda ten  
442 Hove (verzekeringsarts, Argonaut). Er werd gebruik gemaakt van de Inleiding die de  
443 Gezondheidsraad in 2005 heeft opgesteld. Tenslotte werd de Inleiding aangeboden aan de  
444 beroepsvereniging NVVG met het advies nader af te stemmen met de beroepsgroep, met  
445 name ook de GAV (particuliere verzekeringen).

446

447

448

Jim Faas en Simon Knepper  
(eindredactie)

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1**

- Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (1994)
- Wet medische keuringen (1997)
- Wet bescherming persoonsgegevens (2000)
- Professioneel statuut verzekeringsartsen UWV (2003)
- Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen (2003)
- Beroepscode voor geneeskundig adviseurs GAV (2008)
- KNMG ‘groen boekje’ richtlijnen betreffende omgaan met medische gegevens, Utrecht, KNMG (2010)
- Protocol verzekeringskeuringen (2011)
- Schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (2011)
- Gedragscode behandeling letselschade, medische paragraaf (2012)

531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572

## Bijlage 2

### Vakinhoudelijke regelgeving

#### 1.1. Definities

De termen ‘standaard’, ‘richtlijn’ en ‘protocol’ zijn in de loop der jaren wisselend en minder zorgvuldig gebruikt om vakinhoudelijke regelgeving te omschrijven. Richtlijnen<sup>20</sup> onderscheiden zich van protocollen. Richtlijnen geven aanwijzingen in meer algemene zin en voorzien van wetenschappelijke onderbouwing aan *wat* er in een gegeven situatie het beste gedaan kan worden terwijl in protocollen vooral staat *hoe* en soms door *wie* gehandeld dient te worden. Een protocol kan afgeleid worden van een richtlijn. Terwijl protocollen in het algemeen weinig handelingsvrijheid bieden kan – of moet soms zelf – van een richtlijn gemotiveerd afgeweken worden indien de praktische situatie daarom vraagt.<sup>21</sup> Een professionele standaard beschrijft de beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgeenoot in gelijke omstandigheden had mogen worden verwacht.

#### 1.2. Standaarden en richtlijnen Lisv

1) *Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden (1996).*

Volledige verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheid is alleen aannemelijk bij verlies van zelfredzaamheid. In alle andere gevallen worden beperkingen benoemd ten behoeve van arbeidskundige beoordeling (vervangen door *het Schattingsbesluit 2000*).

2) *Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (1996)*

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling gaat uit van ervaren belemmeringen (claimklachten) en is gebaseerd op de trias plausibiliteit, consistentie en herstelgedrag (vervangen door *het Schattingsbesluit 2000*).<sup>22</sup>

3) *Standaard Verminderde arbeidsduur (2000)*

Een duurbepanking kan aangenomen worden op grond van beschikbaarheid, energetische stoornis of vanwege preventie. Categorisering naar 10, 20, 30, 40 of meer uren beschikbaarheid. Gerealiseerde inzet in eigen werk niet alleen doorslaggevend (vervangen door *de Standaard Duurbelastbaarheid in arbeid 2015*).

4) *Standaard Onderzoekmethoden (2000).*

Beschrijving van gebruikelijke verzekeringsgeneeskundige onderzoekmethoden, waaronder beoordelingsgesprek. De verzekeringsarts brengt primair het werk en de daarbij ervaren belemmeringen in beeld en toetst die aan het medische beeld en andere informatie.

5) *Standaard Communicatie met behandelaars (1997)*

Indicaties voor en handelwijze bij informatieverzameling bij handelend artsen conform KNMG-beroepscode.

6) *Standaard Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts (1998).* (revisieversie 2010)

Richtlijnen voor dossierbeheer en routing gegevensverstrekking daaruit ten behoeve van

---

<sup>20</sup> Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Zie Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag, Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012.

<sup>21</sup> Hulshof C.T.J., Introductie NVAB-richtlijnen, Kwaliteitsbureau NVAB, pag. 5.

<sup>22</sup> De Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden en de Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium zijn beide gecodificeerd in het zogenaamde Schattingsbesluit 2000.

- 573 verschillende doeleinden (cliënten, kwaliteitszorg, advocaten, vragen derden, fraude).  
574 7) *Standaard Professionele herbeoordeling (2000)*  
575 Drie indicaties voor herbeoordelingen op initiatief van de verzekeringsarts, anders dan op  
576 verzoek of wettelijk voorschrift: prognose, beoordeling herstelgedrag en na toekenning  
577 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'.  
578 8) *Protocol Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling*  
579 *AAW/WAO met het FIS (1996)*  
580 Er wordt gewerkt met een persoonsprofiel van de cliënt, de verzekeringsarts wordt bij de  
581 functieselectie betrokken, ook de verzekeringsarts rapporteert aanvullend over na overleg  
582 geschikt geachte functies.  
583 9) *Beleidsadvies Toegenomen arbeidsongeschiktheid door dezelfde oorzaak (1996)*.  
584 Toename van beperkingen door dezelfde oorzaak als bij een eerdere claim (Amber) wordt  
585 aangenomen, tenzij een andere oorzaak vastgesteld kan worden.  
586 10) *Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde (1987, 1999)*,  
587 Vastlegging wijze van verslagleggen. Inmiddels wordt een verschillend format gebruikt in  
588 verschillende gedaantes, gestandaardiseerd door tekstverwerking.  
589 11) *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid*  
590 *(1999)*(vervangen door de *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van*  
591 *ongeschiktheid voor haar arbeid 2014)*  
592 Invulling van de causaliteitsvraag vanwege aanspraken op (100%) ziekengelduitkering.  
593

594 Daarnaast is er nog een *gedragscode (1997)* en een *werkmodel deskundigenoordeel (1996)*.  
595 De diverse standaarden/richtlijnen zijn niet geactualiseerd, behoudens revisie van de  
596 (inmiddels) richtlijn *Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de*  
597 *verzekeringsarts (maart 2010, UWV)*, en de (inmiddels) richtlijn *Zwangerschap en bevalling*  
598 *als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid (mei 2014, UWV)*. Het *protocol*  
599 *participatiegedrag (januari 2010, NVVG)* vult het medisch arbeidsongeschiktheids criterium  
600 aan inzake het herstel- en participatiegedrag. De *standaard duurbelastbaarheid in arbeid*  
601 *(januari 2014, UWV)* is onlangs geactualiseerd als regelgeving door de sociale verzekering.  
602

### 603 **1.3. Protocollen en richtlijnen**

#### 604 **1.3.1. Gezondheidsraad**

- 606 *Beoordelen, behandelen begeleiden, medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsonge-*  
607 *schiktheid (2005/10)*  
608 *Protocol overspanning (2006/22)*  
609 *Protocol depressieve stoornis (2006/22)*  
610 *Protocol chronisch-vermoeidheidssyndroom (2007/12) (vervangen door de multidisciplinaire*  
611 *'Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch*  
612 *vermoeidheidssyndroom (CVS)', februari 2013)*  
613 *Protocol lumbosacraal radiculair syndroom (2007/12)*  
614 *Protocol angststoornissen (2007/5)*  
615 *Protocol beroerte (2007/5)*  
616 *Protocol borstkanker (2007/5)*  
617 *Protocol whiplash associated disorder (2008/11)*  
618 *Protocol specifieke lage rugpijn (herziening 2008, 2008/11)*  
619 *Protocol hartinfarct (herziening 2008, 2008/11)*  
620  
621  
622

623 **1.3.2. NVVG**

- 624 *Protocol chronische schouderklachten (2008)*  
625 *Protocol schizofrenie en aanverwante stoornissen (2008)*  
626 *Protocol chronisch hartfalen (2008)*  
627 *Protocol COPD (2008)*  
628 *Protocol artrose heup en knie (2008)*  
629 *Protocol chronische nierschade (2009)*  
630 *Protocol borderline persoonlijkheidsstoornis (2009)*  
631 *Protocol darmkanker (2009)*  
632 *Protocol diabetes (2009)*

633

634 **1.3.3. Multidisciplinaire ('3B')richtlijnen**

- 635 • Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)  
636 • Guillain-Barré Syndroom  
637 • HIV en arbeid  
638 • Q koortsvermoeidheidssyndroom  
639 • Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)  
640 • STECR Richtlijnen (extern) (niet NVAB-geaccordeerd)  
641 • STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten (pdf)

642

643

644 **1.3.4. Instructies UWV**

- 645 • Borging beheer en verkeer medische gegevens van klanten in de ZW-arbo (2014)  
646 • Richtlijn internationale gevalsbehandeling (2013)  
647 • Richtlijn ontwikkelingsstoornissen Wajong (2010)  
648 • Richtlijn sociaal-medisch handelen bij het vermoeden van gezondheidsfraude (2011)  
649 • Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts  
650 • Verkorte claimbeoordelingsprocedure WIA > 65% verdienen bij EWT  
651 • Beoordelingskader van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen

652

653

654 **1.3.5 NVAB richtlijnen**

655 De NVAB-richtlijnen zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en de ziekteverzuimbegeleiding  
656 bij de publieke verzekeringen. De NVAB-richtlijnen zijn geautoriseerd door de  
657 Autorisatiecommissie waarin ook een lid namens de NVVG zitting heeft. Ze zijn ook  
658 toepasbaar en bruikbaar voor verzekeringsartsen bij de beoordeling van verzuim. Een NVAB-  
659 leidraad is een procesdocument dat minder gericht is op inhoud maar vooral omschrijft *hoe*  
660 bepaalde zaken kunnen worden uitgevoerd, doorgaans in de vorm van een stappenplan.<sup>23</sup>

661 Er zijn in totaal 23 richtlijnen, acht leidraden, twee blauwdrukken<sup>24</sup> en één samenvatting<sup>25</sup>.

662 Psyche: 6 richtlijnen:

- 663 1. Werkdruk  
664 2. Werk-privé balans  
665 3. Agressie en geweld  
666 4. Overspanning, burnout /LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak)

---

<sup>23</sup> Leidraden NVAB: <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/leidraden-NVAB> d.d. 8 april 2015.

<sup>24</sup> Blauwdruk: Ontwerp, schets, voorlopig plan. Bron: Van Dale Pocket Nederlands app. Versie 3.58.827.

<sup>25</sup> Samenvatting: NVAB geeft, desgevraagd, aan: "Moge voor zich spreken". Van Dale Pocket Nederlands app.: "Korte weergave".

- 667 5. Psychische problemen  
668 6. Depressie (januari 2017; samenwerking NVAB, NVVG, GAV)  
669
- 670 Bewegingsapparaat: 5 richtlijnen waarvan 2 ook in het Engels:  
671 1. Lichaamstrillingen  
672 2. Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen (ook in het Engels)  
673 3. Computerwerk  
674 4. Rugklachten  
675 5. Klachten arm, nek, schouder (ook in het Engels)  
676
- 677 Luchtwegen: 2 NVAB-richtlijnen:  
678 1. Obstructief Slaapapnoesyndroom en werk - OSAS  
679 2. Astma en COPD  
680
- 681 Huid: één richtlijn:  
682 Contacteczeem: preventie en behandeling  
683
- 684 Zintuigen: 2 richtlijnen:  
685 1. Ogen: computerwerk  
686 2. Oren: preventie van beroepslethorendheid  
687
- 688 Infectieziekten: 4 richtlijnen met 1 samenvatting:  
689 1. Arbeid en Lymeziekte  
690 2. Influenzapandemie in arbeidsorganisaties  
691 3. Prikaccidenten (samenvatting voor de bedrijfsarts)  
692 4. Influenza: preventie en outbreak control  
693
- 694 Chronische ziekten: 2 richtlijnen:  
695 1. Diabetes en Arbeid  
696 2. Ischemische hartziekten  
697
- 698 Overig: 2 richtlijnen:  
699 1. Bevorderen van veilig gedrag in productieomgeving  
700 2. Zwangerschap, postpartumperiode en werk (ook in het Engels en samenvatting (in het  
701 Engels))  
702
- 703 Twee blauwdrukken:  
704 1. Blauwdruk Participeren en functioneren  
705 2. Blauwdruk kanker en werk  
706
- 707 Tevens zijn er 8 leidraden:  
708 1. PMO: Preventief Medisch Onderzoek van Werkenden  
709 2. Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding  
710 3. Bedrijfsarts en Privacy  
711 4. Medische verklaringen door de bedrijfsarts  
712 5. Verplichte Medische Keuringen  
713 6. Aanstellingskeuringen  
714 7. RIE-toets  
715 8. verwijzen door de bedrijfsarts  
716



717 **Bijlage 3. Jurisprudentie**

718

719 Bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie is te vinden op:

720 [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)

721

722 Belangrijke ontwikkelingen in de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep zijn te

723 vinden op:

724 [www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-](http://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Ontwikkelingen-in-de-jurisprudentie/Paginas/default.aspx)

725 [CRvB/Ontwikkelingen-in-de-jurisprudentie/Paginas/default.aspx](http://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Ontwikkelingen-in-de-jurisprudentie/Paginas/default.aspx)

726 en:

727 [www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-](http://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Publicaties/Paginas/default.aspx)

728 [CRvB/Publicaties/Paginas/default.aspx](http://www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Publicaties/Paginas/default.aspx)

729

730 Tuchtrechtelijke uitspraken die betrekking hebben op verzekeringsartsen zijn te vinden op:

731 [tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg](http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg)

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767 **Bijlage 4. Causaliteit**

768

769 Causaliteitsvragen komen in de hele verzekeringsgeneeskunde aan de orde, bijvoorbeeld (niet  
770 limitatief):

- 771 • het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) vraagt ‘*...als rechtstreeks en*  
772 *medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte of gebrek...’*;
- 773 • ‘van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er *in relatie tot ziekte of*  
774 *ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde*  
775 *beperkt is in zijn functioneren*’
- 776 • de rechten van vrouwen die arbeidsongeschikt zijn ‘*...als gevolg van zwangerschap of*  
777 *bevalling...*’ verschillen van de rechten bij arbeidsongeschiktheid door een andere  
778 oorzaak;
- 779 • toegenomen beperkingen kunnen afhankelijk van wel of niet ‘*...door dezelfde*  
780 *oorzaak ....*’ andere uitkeringsgevolgen hebben;
- 781 • beroepsziekten kunnen andere (financiële) consequenties hebben dan ziekten die niet  
782 als beroepsziekte worden erkend;
- 783 • bij ongevallenverzekeringen moet er sprake zijn van *een rechtstreeks en uitsluitend*  
784 *ongevalsgevolg*
- 785 • het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP) voorziet in aanspraken vanwege  
786 *dienstverband aandoeningen*’.
- 787 • bij letselschade staat de vraag centraal in hoeverre aandoeningen of beperkingen  
788 *ongevalsgevolg* (of gevolg van een medische fout) zijn.
- 789 • bij beoordelingen van uitsluitingen: niet meeverzekerd is arbeidsongeschiktheid  
790 veroorzaakt *door ...of de verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een*  
791 *ongeval gehad door het gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of*  
792 *opwekkende middelen zonder voorschrift van een arts....*

793

794