

# GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs  
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 15, nummer 1, april 2011

<b>Van de redactie</b>	2
<b>Van het bestuur</b>	2
<b>In memoriam. Onze Phons</b> <i>S. Knepper</i>	4
<b>Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?</b> <i>A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van en G. de Groot</i>	5
<b>Opiniecolumn GASTscoop: Over regels en strafregels</b> <i>H. Reinders</i>	10
<b>Brieven aan de redactie</b> <i>A. van Kampen</i> <i>A.C.L. Grubben, D. Kaulesar Sukul, A.G.A. Spelde, F.A.J.M. van de Wildenberg</i>	11
<b>Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg</b>	12
<b>Verhoortechnieken in de arbeidsongeschiktheidbeoordeling</b> <i>J. Spanjer</i>	21
<b>Jaarverslag SBVO 2010</b>	24
<b>Voor u gelezen:</b> <i>Waar een wil is, is een werkhervatting?</i> <i>J. Buitenhuis</i>	25
<b>Agenda</b>	28
<b>Colofon</b>	28

## Van de redactie

Er was eens een jongen met opvallende blauw-grijze ogen. Van jongsaf trok hij de aandacht door zijn heldere, open blik waarmee hij de mensen betoverde en nieuwsgierig maakte naar wat er in hem omging. Ondanks het feit dat hij soms wat bedrukt kon kijken en een wat gelige huid had viel hij in het algemeen zeer in de smaak.

Hij kwam ruim 14 jaar geleden ter wereld in een plaats in het oosten des lands en bracht daar een groot gedeelte van zijn leven door. Wel had hij een wat ongebruikelijke jeugd: hij werd niet grootgebracht door een ouderpaar maar door meerdere personen, waarvan er echter één de uiteindelijke verantwoordelijkheid had voor zijn reilen en zeilen. Een soort commune dus. Dat ook die manier van opvoeden vruchten kan afwerpen bleek wel uit de vele vrienden die hij maakte. Hij was zeer geliefd en het was voor iedereen een feest als hij het huis met zijn aanwezigheid verlevendigde.

Toen hij een jaar of 12 was verhuisde hij naar een wat grotere plaats, maar nog altijd in de buurt van zijn geliefde Beekbergen, waar hij geboren was. Deze verhuizing noch de wisselingen die binnen de 'commune' plaatsvonden hadden weinig invloed op hem, hij bleef dezelfde zowel innerlijk als uiterlijk. Niet het minst vanwege zijn goede opvoeding.

In de loop der jaren nam zijn weet- en leergierigheid toe waardoor hij altijd interessante dingen te vertellen had, waar hij ook kwam. Zijn vrienden en kennissen keken naar zijn komst uit en waren blij met zijn verhalen en nieuwtjes.

Een goed verstaander heeft al begrepen dat bovenstaande een metafoor is voor het blad dat u nu in handen heeft. GAVscoop, het tijdschrift voor geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken, heeft al geruime tijd zijn bestaansrecht bewezen.

Ondanks het vertrek van Kees de Wilde - die ongelooflijk veel voor GAVscoop heeft betekend (dat realiseer ik me nu pas, nu ik zijn taken grotendeels overgenomen heb!) - en Wim Fontein, is de redactie nog steeds actief en enthousiast door het aantrekken van twee nieuwe leden en verschuiving van taken. Helaas moest dit nummer beginnen met een 'In memoriam' vanwege het overlijden van Phons Schröder. Zijn afwezigheid is wennen en zal wennen blijven.

Vermeldenswaard is de nieuwe rubriek 'GASTscoop', een opiniecolumn die openstaat voor ieder die de behoefte heeft de pen ter hand te nemen. Hoewel, wie neemt er tegenwoordig nog de pen ter hand?

Maar het komt erop neer dat een ieder die zich geroepen voelt zijn mening over het een of ander te geven van harte uitgenodigd is om een column te schrijven. Vanzelfsprekend houdt de redactie het laatste woord over het wel of niet plaatsen ervan. Er kan via de GAVsite gereageerd worden en het is de bedoeling om die reacties dan ook weer in een van de volgende GAVscopen te plaatsen, zo nodig in aangepaste vorm. Ook op het artikel van A.J. Akkermans e.a., elders in dit blad, kan via de GAVsite gereageerd worden of kan een reactie aan de redactie van GAVscoop aangeboden worden.

Overigens houdt de redactie zich altijd aanbevolen voor opmerkingen, suggesties, commentaar en wat dies meer zij. Met lezers die meedenken kun je alleen maar je voordeel doen en wie wil dat niet?

*N.W.M. van Cappellen-de Graaf*

## Van het bestuur

### Verzekeringsarts, is dat leuk?

Kort spijkerrokje, legging, cowboylaarzen. Donker haar tot op haar schouders. Geschatte leeftijd: 17. De lange pony bedekt als een lok een deel van haar rechteroog, zodat ze haar hoofd een beetje scheef moet houden om mij aan te kijken. Haar oogopslag met 1000 caloriemascara en maximale separatie is 100% zoals wordt beloofd in de reclame. Uitdagend kijkt ze me aan. Tikkeltje brutaal ook, vind ik. Al snel blijkt dat mijn gevoel klopt. Ze plant haar handen nu op haar heupen, zodat mijn vermoeden van brutaliteit nog wat wordt versterkt. "U ziet er uit als een zakenvrouw" zegt ze resoluut terwijl ze me ongegeneerd van top tot teen opneemt. Licht van mijn stuk gebracht bedenk ik me hoe ik hier zo ad rem mogelijk op zal reageren. Maar dat wacht ze niet af. "Het is een compliment hoor!" voegt ze er fijntjes aan toe. Strikt genomen vatte ik haar woorden misschien ook wel zo op, maar de toon maakt me op mijn hoede. Ik forceer dan toch maar een glimlach, terwijl ze wijst naar mijn badge. "U bent verzekeringsarts? Lijkt me ontzettend saai!" Ik twijfel een moment of ik haar van het tegendeel zal overtuigen, of dat het verspilde moeite is. Ik neig

naar het laatste en zeg niets. Dan volgt de uitsmijter. Haar blik dwaalt over de tafel waarop ik de door mijn werkgever ter beschikking gestelde sponsorartikelen heb uitgesteld: pennen, notitieblokjes, pepermuntjes, reflexhamers, flesjes mineraalwater. Dan volgt: "Is dit gratis?" Ook deze vraag beschouwt ze als retorisch. Ze grist razendsnel van alles iets mee en loopt zonder mij verder een blik waardig te gunnen, schijnbaar tevreden, verder langs de kraampjes op de beroepenmarkt voor scholieren van HAVO en VWO. De zorgvuldig door mij gemaakte flyer 'Verzekeringsarts, is dat leuk?' laat ze liggen. Het antwoord op die vraag had ze zelf al gegeven. Verbouwereerd blij ik achter. Als er iemand niet geschikt is voor het vak van verzekeringsarts, dan is zij het wel. Duidelijker kun je het niet krijgen.

Als kind wist ik heel zeker wat ik later wilde worden. Al vanaf de basisschool koesterde ik mijn grootste wens en was ook op de middelbare school niet van die toekomstdroom af te brengen door mijn ouders. Ik wilde bij de politie. Nee, niet in uniform op straat, maar specialist bij de recherche. Geïntrigeerd door de psychologie van de misdaad, het puzzelen en speuren, combineren, verhoortechnieken en de theorie achter waarheidsvinding leek dat werk mij machtig interessant. Hoewel (of misschien eerder juist omdat) mijn moeder destijds als juriste bij de jeugd- en zedenpolitie werkte juichten mijn ouders die wens niet bepaald toe. Zij zagen mij, net als 3000 ouders van basisschoolleerlingen in recent verricht onderzoek in Groot-Brittannië, liever dokter of advocaat worden. Maar kinderen blijken tegenwoordig heel andere beroepsidealens te hebben zo blijkt uit datzelfde onderzoek. Namen ze, net als ik, vroeger hun ouders als voorbeeld, nu komt de inspiratie voor een toekomstig beroep van de TV: 'Holland's next topmodel', 'X-factor', 'So you think you can dance'. Kinderen van nu willen 'beroemd' worden. En is het niet als zanger(es), danser(es) of model, dan staan 'Topkok', 'TV-makelaar', 'Eigen-huis-en-tuin-timmerman' of 'Gooisch meisje' vast hoog in de wensenlijst.

Destijds mocht je pas vanaf 19 jaar naar de Politie-academie. Wanhopig zocht ik daarom naar een parkeerstudie die eventueel ook bij onverhoopte afwijzing toekomstperspectief zou bieden. Over de streep getrokken door het aanlokkelijke studentenleven in Utrecht werd (en bleef) het geneeskunde. Mijn ouders waren ongekend blij. En trots! Dat was trouwens beduidend minder het geval toen bleek dat ik later de huisartsgeneeskunde vaarwel zegde om verzekeringsarts te worden. Maar wat voel ik me

in de particuliere verzekeringswereld goed op mijn plek! Zou dat misschien komen omdat er zeker overeenkomsten zijn met dat wat ik destijds zo graag wilde worden? Dossierspeurwerk, weging en interpretatie van feiten en fabels, de interessante aspecten van alle vormen van menselijk gedrag, verschillende juridische kaders. Toen Jerry Spanjer op de algemene ledenvergadering in Hoogeveen de duidelijke link van verzekeringsgeneeskundige gesprekstechnieken met politieverhoren liet zien wist ik het ineens: daarom vind ik dit vak zo leuk!

Van de witte jas heb ik nooit gehouden (heus, hij stond me niet) en ik voel me prima bij mijn 'zakenvrouwenimago'. En gelukkig schrok dat lang niet alle leerlingen af. Eén jongen vroeg mij het hemd van het lijf nadat hij had aangegeven te twijfelen of hij wel geneeskunde wilde studeren. Dat werken in een ziekenhuis of als huisarts leek hem niets. Na mijn informatie was hij om. Verzekeringsarts worden leek hem fantastisch. Dankbaar nam hij de pepermuntjes en een pen mee. En mijn mooie flyer. Ik was alweer verbouwereerd ...

Maar toch, we moeten (blijven) werken aan het imago van ons vak. De grootste garantie voor populariteit voor ons vak zal op grond van het bovenstaande een spannende TV-serie zijn met in de hoofdrol een zeer knappe, uiterst intelligente, gevatte en bovenal zeer betrouwbare medisch adviseur, die naast zijn werk in verzekeringszaken zijdelings betrokken raakt bij mysteries, moorden en andere misdaad. Dankzij zijn scherpe analytische vermogen, fijnzinnige gesprekstechnieken, feilloze gevoel voor het onderscheid tussen feiten en fabels, zullen moorden worden opgelost, fraudeurs worden ontmaskerd, en gijzelaars zich overgeven. Ik geef meteen toe, dit fantastische idee is niet van mij, maar verzonnen door een collega, die meteen de hoofdrol zou kunnen spelen, omdat hij aan alle kwalificaties voldoet. Waarom is die serie dan nog niet op de buis? Ik zal het hem nog eens vragen, of anders John de Mol tippen. Hoe dan ook, tot die tijd zullen we vooral zelf als medisch adviseurs de beeldvorming van ons vak moeten sterken door als gedreven professionals ons vak met enthousiasme uit te oefenen, te investeren in onderwijs en de academisering van de verzekeringsgeneeskunde verder vorm te geven. En ja, we zijn op de goede weg!

*Astrid Blaauw-Hoeksma*  
voorzitter GAV

## In memoriam. Onze Phons

13 oktober 1942 - 19 december 2010

Phons Schröder werd geboren in Malang, in de 'Gordel van Smaragd', zoals hij dat graag mocht noemen. Maar iedere romantiek was ver weg, zijn wieg stond in een Jappenkamp, zijn vader werd gedeporteerd en stierf als dwangarbeider in de tinmijnen. Na het vertrek van de bezetter ging de oorlog gewoon door met gebeurtenissen die zelfs volwassenen beter niet mee kunnen maken. Phons sprak nooit over deze periode, die had hij achter een muur opgeborgen. In maart 1958 kwam moeder met de vijf kinderen naar Nederland. Phons voelde zich 'vanwege zijn paspoort verplaatst'. Hij kon pas in september weer naar school en moest de vierde klas van de middelbare school overdoen. Daarna studeerde hij geneeskunde en specialiseerde zich als internist. Hij werkte als assistent in Amsterdam in verschillende ziekenhuizen, daar leerde hij Annemieke kennen. In september 1975 werd hij geregistreerd met de aantekening reumatologie. In die tijd deed hij controles voor de sociale verzekering via zijn schoonvader, die actief in de vakbond was. Een jaar later begon hij als internist in het ziekenhuis in IJsselstein. Hij moest de controles in Amsterdam opgeven, maar kreeg via een collega een bijbaantje als geneeskundig adviseur van de VVAA. Het betrof een zogenaamde mappenpraktijk met een breed pakket thuiswerk. En passant deed hij er de bedrijfsgezondheidszorg bij. Hij werd lid van beide voorgangers van de GAV, in november 1976 bezocht hij voor het eerst een ledenvergadering. Als 34-jarige voelde Phons zich niet thuis in het gezelschap grijze, trage oudere heren die overal een mening over hadden en alles zeker wisten. Hij meed de vergaderingen voortaan tot de VVAA in 1979 gastheer was en hij wel acte de présence moest geven. Bij die gelegenheid werd de basis gelegd voor de GAV, in 1983 trad Phons toe tot het bestuur. Intussen kon hij in zijn eigen ziekenhuis van alles regelen, ook als dat niet in de regels stond. Toen hij zich na een fusie moest schikken naar het formalistische regiem van een academische kliniek voelde dat als een keurslijf.

Phons raakte overspannen, verkocht zijn praktijk en werd meer dan fulltime medisch adviseur. Daarin kwam Phons tot volle bloei. Hij had talloze baantjes en functies, zette in 1984 de voorganger van de GAVscoop op poten en nam in 1985 het initiatief tot de GAVdagen. In 1986 kwam er een onderwijscommissie die vanaf 1987 een blok verzorgde in de basisopleiding verzekeringsgeneeskunde. In 1991 resulteerde dat in een opleiding voor medisch adviseurs die Phons perfect organiseerde met groot gevoel voor sfeer en het sociale aspect. Hij was driemaal lid van het bestuur van de GAV en eenmaal van de NVVG, waar hij meewerkte aan het rapport 'Eén arts voor arbeid en gezondheid'. Maar de tijdgeest ging de andere kant uit, Phons voelde dat goed aan en organiseerde in 1994 een conferentie die een eigen registratie voor medisch adviseurs opzette. Er is geen activiteit te bedenken waar hij niet aan deelnam. Eigenlijk wás hij lange tijd de GAV.

Op vergaderingen kwam hij stevast iets te laat, vaak vertrok hij ook wat eerder omdat hij nog een klusje had te doen. Hij vertelde meestal familie noch collega's waar hij allemaal mee bezig was. Dat maakte hem met al zijn charme toch ontoegankelijk. Hij zocht vaak alleen zijn eigen weg en daardoor voelde zijn omgeving zich regelmatig overvallen. Maar de resultaten waren altijd effectief en daarom was het onmogelijk boos op hem te worden, daar was hij ook te beminnelijk voor. Menigeen begroette hij met een vaderlijke hand op de schouder. Een opmerkelijk gebaar van iemand die zijn vader niet heeft gekend. Phons kreeg in 2008 de wetenschappelijke onderscheiding in de particuliere verzekeringsgeneeskunde, de Dr. Evert Bosch prijs. Maar eigenlijk was hij meer ambachtelijk ingesteld, een medisch adviseur moest in zijn ogen vooral 'aan het vlees gezeten hebben'. Vanwege zijn immense verdiensten werd hij erelid van de GAV, waar hij zichtbaar van genoot. Maar tegelijk vond hij het een twijfelachtige eer omdat voorgaande laureaten niet lang meer geleefd hadden. Hoewel inmiddels ruimschoots AOW-er leverde hij vanuit zijn passie voor onderwijs nog een energieke bijdrage aan de werkgroep medisch specialistische rapportage.

Al jarenlang had Phons serieuze gezondheidsproblemen. Het lag niet in zijn aard daar iets van te laten merken. Maar de laatste tijd viel op dat zijn gemoedelijke hand steun ging zoeken. Opeens kreeg hij meer klachten die hij bagatelliseerde en toeschreef aan een verkeerd gevallen maaltijd. Toen dat niet meer viel vol te houden reed hij zelf naar het ziekenhuis. Hij zette zijn auto pal voor de deur, kreeg ruzie met de portier, zei geen vijf meter meer te kunnen lopen. Twee dagen later kwam het fatale infarct.

Wim Schuwirth hield een indrukwekkende afscheidsrede, bijna de halve GAV was aanwezig. Dag Phons, je was de reus in ons midden.

S. Knepper



## Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren

Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?

A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van, G. de Groot\*

### 1. Inleiding

Voor expertises bij letselschade kent de praktijk al geruime tijd de zogenaamde 'IWMD-vraagstelling'. Daarmee wordt bedoeld op de 'Vraagstelling causaal verband bij ongeval' die is ontwikkeld door de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging van de Vrije Universiteit in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD)<sup>1</sup>. Zowel door de rechter als buitengerechtelijk worden veel vraagstellingen voor medische expertises geformuleerd die geheel of gedeeltelijk aan deze vraagstelling zijn ontleend. De meest recente versie van de IWMD-vraagstelling is die van januari 2010. Deze kwam mede tot stand door een initiatief van de Werkgroep medisch adviseurs verzekeraars van de GAV, waarbij door de Projectgroep een aantal voor slachtoffers werkzame medisch adviseurs werd betrokken. De nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling sluit nauw aan bij de in 2008 verschenen Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR)<sup>2</sup>. Voor een uitvoeriger beschrijving van deze nieuwe versie en voor het hoe en waarom van de wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van augustus 2005 zij verwezen naar de toelichting op de website van de Projectgroep<sup>3</sup> en naar het artikel dat hierover verscheen in het Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (TVP)<sup>4</sup>.

### 2. Beperkingenvraag nog steeds niet afgerond

De nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is nog steeds niet afgerond. In zeker opzicht is dat niet verwonderlijk, omdat in de hele formule van de IWMD-vraagstelling zit ingebakken dat voordurend

aanpassingen kunnen plaatsvinden op grond van voorschrijdend inzicht. Om dit tot uitdrukking te brengen wordt de vraagstelling wel aangeduid als een 'studiemodel'. Op de website van de Projectgroep wordt opgeroepen tot het maken van opmerkingen en het geven van reacties. Die formule – een soort van permanente internetconsultatie van de praktijk – werkt nog steeds heel aardig. Ook op de versie van januari 2010 zijn reeds de nodige opmerkingen binnengekomen. Een enkele heeft al tot aanpassing geleid, op andere wordt nog gebroed. In zoverre is de IWMD-vraagstelling naar haar aard dus nooit 'afgerond'. Maar de onvolkomenheid van de versie van januari 2010 gaat wel iets verder dan dat. Er is van meet af aan behoorlijk geworsteld met de vormgeving van de vraag naar de beperkingen en de knoop daarover is nog steeds niet doorgemaakt. Met dit artikel willen wij de lezers van de GAVscoop vragen om met ons mee te denken.

De stand van zaken is als volgt. In de RMSR valt over de beperkingenvraag onder meer te lezen (aanbeveling 2.2.18):

'De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).'

In de IWMD-vraagstelling luidt de beperkingenvraag momenteel (vraag 1 g):

'Beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en aanbeveling 2.2.18) g. Welke beperkingen op uw vakgebied

\* De auteurs zijn verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc en maken deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging.

<sup>1</sup> Zie [www.rechten.vu.nl/IWMD](http://www.rechten.vu.nl/IWMD) > Projecten > Vraagstelling causaal verband bij ongeval.

<sup>2</sup> <http://knmg.artsenet.nl/Diensten/knmgpublicaties/knmgpublicatie/Richtlijn-medischspecialistische-rapportage-in-bestuurs-en-civielrechtelijk-verband-2008.htm>.

<sup>3</sup> [www.rechten.vu.nl/IWMD](http://www.rechten.vu.nl/IWMD) > Projecten > Vraagstelling causaal verband bij ongeval > Overzicht wijzigingen.

<sup>4</sup> A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2009 nr. 2 p. 33-40 (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15335>). Naar aanleiding van de versie van augustus 2005 verscheen eerder A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak, TVP 2005 nr. 3 p. 69-80 (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15263>).



bestaan naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn huidige toestand, ongeacht of de beperkingen voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi-kwantitatieve wijze weergeven [in het bijgesloten beperkingenformulier] en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige?’

Deze vraag spreekt dus over een ‘beperkingenformulier’, zij het tussen haakjes. In de toelichting staat hierover vermeld:

‘Deze nieuwe versie van de vraagstelling (januari 2010) is nog niet volledig afgerond. Er wordt met name nog verder nagedacht over een verbetering van de vraag naar beperkingen. In de nieuwe vraag naar beperkingen (vraag 1g) wordt thans wel al gesproken over het gebruik van een beperkingenformulier. Ook dit beperkingenformulier is momenteel nog in ontwikkeling en zal binnen afzienbare tijd aan deze laatste versie van de IWMD-vraagstelling worden toegevoegd. Bij gebruik van de nieuwe versie van de vraagstelling kan vraag 1g worden opgenomen zonder de woorden [‘in het bijgesloten beperkingenformulier’].’

De IWMD-vraagstelling zoekt dus ook op dit punt aansluiting bij de RMSR (‘semi-kwantitatieve vorm’) en wil die aansluiting vormgeven door middel van een beperkingenformulier. ‘Binnen afzienbare tijd’ komt er zo’n beperkingenformulier, zo staat er. Maar inmiddels staat deze versie meer dan een jaar op internet, en van een beperkingenformulier nog geen spoor. De oorzaak van deze vertraging is dat de Projectgroep erg is gaan twijfelen of de voorgenomen route van een beperkingenformulier wel de juiste weg is. Die twijfel weegt zwaar, omdat in de nieuwe versie de beperkingenvraag meer centraal is komen te staan dan ooit. Het gaat met andere woorden om een belangrijk punt.

### 3. Vraag BI geschrapt, beperkingenvraag centraal gesteld

Een belangrijke wijziging in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is dat niet langer standaard wordt gevraagd naar de in een invaliditeitspercentage uitgedrukte mate van functieverlies. Anders dan bij een particuliere ongevallenverzekering is het belang van het percentage blijvende invaliditeit (BI) bij letselschade eigenlijk gering. Voor het vaststellen van de materiële schade (waaronder het verlies van verdienvermogen) is dit percentage irrelevant, en bij

het vaststellen van het smartengeld is het niet meer dan een van de mogelijke indicatoren voor de ernst van het letsel. Nauwkeurigheid is daarbij niet vereist. Populair gezegd: een procentje meer of minder doet er niet toe. Maatgevend voor de omvang van het smartengeld zijn alle omstandigheden van het geval, en de ernst van het letsel is een van de belangrijkste van die omstandigheden. Die ernst laat zich doorgaans ook wel uit andere omstandigheden afleiden dan uit het percentage BI. De Hoge Raad heeft in zijn rechtspraak nooit aan het percentage BI gerefereerd,<sup>5</sup> en de lagere rechtspraak is zich van de betrekkelijke betekenis van dit percentage bewust. Een voorbeeld is de uitspraak van de rechtbank Maastricht van 3 december 2008.<sup>6</sup> De verzekeraar stelde dat het percentage BI 5% was, volgens de benadeelde was het 10%. De rechtbank overwoog dat zij dit verschil niet relevant achtte voor de vaststelling van het smartengeld, en zag geen grond om een deskundige te benoemen ter vaststelling van het percentage BI. Projectgroep en IWMD zijn tot de conclusie gekomen dat dit beperkte belang in de regel niet opweegt tegen de aanzienlijke tijd en aandacht die partijen en deskundigen aan deze kwestie plegen te besteden. Voor partijen komen uitvoerige discussies over het juiste percentage BI vaak neer op het inslaan van een zijstraat. Voor deskundigen is het op de juiste manier toepassen van de AMA guides nogal eens een tijdrovende en ingewikkelde kwestie. Dit alles leidt vaak tot gedoe over pseudo-exacte tabellen waar niemand veel wijzer van wordt.

In plaats hiervan wordt in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling geprobeerd de aandacht te verleggen naar de vraag naar de beperkingen. Het belang van deze vraag kan moeilijk worden overschat. Zij vormt immers de basis voor bijna alle verdere beslissingen in het afwikkelingstraject.

In de opzet van de nieuwe IWMD-vraagstelling is de vraag naar het percentage BI optioneel: indien de casus daarvoor aanleiding geeft (bijvoorbeeld omdat er naast een letselschadeclaim ook een ongevallenverzekering is) of partijen of de rechter dat om andere redenen wensen, staat het hun uiteraard volkomen vrij om deze vraag op te nemen.

### 4. De voorgenomen methode om meer te halen uit de beperkingenvraag

Vanouds valt bij de afnemers van medische expertises te beluisteren dat de beantwoording van de beperkingenvraag door expertiserend medisch specialisten nogal eens wat minder uitvoerig is dan men graag zou zien. Het verschilt per discipline en per expertiserend arts wat men terug kan verwachten.

Soms is dat bedroevend weinig specifiek. Bij whiplash bestaat bijvoorbeeld een bepaalde standaardformulering waar men over het algemeen niet blij van wordt:

‘Er is sprake van een verminderde belastbaarheid van de nek en schoudergordel, waardoor betrokkene niet meer langdurig aaneengesloten voorovergebogen zittend of staand werk kan verrichten. Ook kan betrokkene niet meer dan incidenteel boven het hoofd werken of zwaar tillen. Ze is beperkt wat betreft reiken, duwen, trekken, dragen, knielen, hurken, klauteren en klimmen en er is sprake van een verminderde vibratiebelasting.’

Het valt te betwijfelen of een arbeidsdeskundige met een dergelijk antwoord wel voldoende uit de voeten kan. Het komt regelmatig voor dat een arbeidsdeskundige aangeeft nadere informatie nodig te hebben. Binnen sommige medische specialismen gaat men ervan uit dat het de taak van de medisch adviseur(s) is om tot een nadere detaillering van de beperkingen te komen (zie hierna voor de NVN). Maar in de praktijk kunnen de medisch adviseurs van partijen het daarover maar zelden eens worden. Men moet nogal eens terugvallen op een verzekeringsarts. Het komt ook voor dat de arbeidsdeskundige om een inschakeling van een verzekeringsarts vraagt, of dat zelf doet. Soms benoemt de rechter naast een arbeidsdeskundige al meteen een verzekeringsarts. De praktijk op dit punt is uiterst divers. Bij de kwaliteitsbewaking van dit alles kan men de nodige vraagtekens plaatsen. En het maakt het medisch beoordelingstraject allemaal alleen maar langduriger, kostbaarder en meer belastend dan het toch al is.

Als men de toepasselijke richtlijnen bekijkt van wetenschappelijke verenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) valt op dat die een uitvoeriger antwoord op de beperkingenvraag lijken aan te bevelen dan men in de praktijk meestal terug krijgt. Zo vermeldt de richtlijn van de NVN:<sup>7</sup>

‘Het verdient aanbeveling de beperkingen verbaal aan te geven en zich niet te laten verleiden tot het ongespecificeerd en niet te onderbouwen gekwantificeerd invullen van beperkingen op daarvoor aangeboden lijsten. Het is in feite de taak van de medisch adviseur van de opdrachtgever om aan de hand van de door de deskundige aangegeven beperkingen te komen tot een nadere uitwerking daarvan. Als leidraad kan onderstaande lijst dienen, die ontleend is aan het voormalige Functie Informatie Systeem (FIS). Dit systeem werd, uitgaande van de beperkingen, gebruikt voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in het kader van de voormalige WAO. Tegenwoordig wordt

voor de WIA-beoordelingen gebruik gemaakt van de Functie Mogelijkheden Lijst (FML), die niet uitgaat van de beperkingen maar van de resterende mogelijkheden. Nu gelden bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsluitend de beperkingen als criterium en daarom verdient het aanbeveling bij die verzekeringsvorm gebruik te maken van een lijst zoals hieronder aangegeven, die - enigszins gemodificeerd - gebaseerd is op de FIS-lijst. De mate van de beperking wordt omschreven als ‘niet-beperkt’, ‘licht beperkt’, ‘matig beperkt’, ‘sterk beperkt’ of ‘volledig beperkt’. De omschrijving van de te beoordelen functies is als volgt:

- **zitten:** de lichaamshouding waarbij het lichaam rust op het zitvlak.
- **staan:** de lichaamshouding waarbij het lichaam rust op de benen, waarvan er tenminste één gestrekt is.
- **lopen:** het zich te voet verplaatsen.
- **trappenlopen:** het oplopen en/of afdalen van vaste of verplaatsbare trappen met vaste horizontale vlakke treden, waarbij normaliter de hulp van de handen niet noodzakelijk is.
- **klimmen en klauteren:** zich verticaal verplaatsen via ladders, constructies, klimijzers, dijken, daken, in en uit vrachtauto’s enzovoorts, waarbij de hulp van een bovenste extremiteit noodzakelijk is.
- **knielen, kruipen, hurken:** het werken in een houding waarbij knielen, kruipen of hurken noodzakelijk is.
- **gebogen werken:** het voorover bewegen van de romp en gedurende enige tijd in gebogen houding blijven (tot meer dan dertig graden anteflexie).
- **bukken en torderen:** het bukken (meer dan dertig graden anteflexie) en/of torderen en in de uitgangshouding terugkeren.
- **gebruik van de nek:** het hoofd in alle richtingen zowel bewegen als in een gefixeerde stand houden.
- **reiken:** de handen verplaatsen door strek-bewegingen van de armen en buigen en/of torderen.
- **met de handen boven schouderhoogte werken:** onafhankelijk van de lichaams-houding werkzaamheden verrichten boven schouderhoogte.
- **hand- en vingergebruik:** het gebruik van polsen, handen en vingers, onder andere voor het uitvoeren van de pincet-, driepunts-, sleutel-, cilinder- en/of bolgreep.
- **tillen:** het met de hand(en) oppakken van de grond, gedurende korte tijd vasthouden en weer neerzetten van voorwerpen met een gewicht van meer dan één kilogram.

<sup>5</sup> De kwestie is vermoedelijk nooit als zodanig aan de Hoge Raad voorgelegd.

<sup>6</sup> Rb Maastricht 3 dec. 2008, LJN BG5436, JA 2006, 39 m.nt. A. Wilken (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15444>).

<sup>7</sup> Nederlandse richtlijnen voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen, vierde editie, november 2007, pag. 18 en 19. Zie [www.neurologie.nl/uploads/234/1008/Richtlijnen\\_functieverlies\\_2007.pdf](http://www.neurologie.nl/uploads/234/1008/Richtlijnen_functieverlies_2007.pdf).

- **dragen:** een voorwerp van meer dan één kilogram verplaatsen met gebruik van de hand(en) en de arm(en).
- **vibratiebelasting:** trillende en schokkende werkzaamheden.
- **persoonlijk risico:** een verhoogde kans op lichamelijk letsel als gevolg van de uitoefening van een functie.
- **psychisch belastende factoren:** deze worden niet nader gespecificeerd.'

Opgemerkt zij dat niet alleen bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsluitend de beperkingen als criterium gelden, zoals de richtlijnen van de NVN vermelden, maar ook bij schadevergoeding op grond van wettelijke aansprakelijkheid ('letsel-schade').

De strategie die de Projectgroep aanvankelijk voor ogen stond om meer te halen uit de beantwoording van de beperkingenvraag was om door middel van een 'beperkingenformulier' te trachten de expertiserend specialist aan te zetten tot een beantwoording van de beperkingenvraag conform de aanbevelingen van zijn eigen beroepsvereniging. In dit kader stond ons een formulier voor ogen waarin ondermeer een beperkingentabel is opgenomen, zoals deze van de NVN/NOV-richtlijnen is afgeleid.

Het voornemen was om na te gaan in hoeverre het zinvol zou zijn om voor verschillende vakgebieden afzonderlijke formulieren op te stellen. Doel zou dan zijn om dergelijke formulieren te ontwikkelen voor de meest voorkomende vakgebieden met betrekking tot medisch specialistische rapportage bij letselschade.

### 5. Is dit wel de juiste weg?

En toen sloeg de twijfel toe. Onder andere vanuit de hoek van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen is sterk negatief gereageerd op het voornemen om met beperkingenformulieren als het bovenstaande te gaan werken. Om misverstanden te voorkomen: het voornemen van de Projectgroep was niet om het in zo'n formulier bij een tabel als hierboven bedoeld te laten. Het voornemen was om naast zo'n tabel de expertiserend specialist *ook* nadrukkelijk uit te nodigen om de door hem aangeven beperkingen in woorden te beschrijven en in woorden te motiveren. Het plan was met andere woorden aan te sturen op een beantwoording die *zowel* zowel kwalitatief-beschrijvend als kwantitatief-standaardiserend zou zijn. Maar bij veel praktijkmensen bestaat de angst en/of de ervaring dat een kwantitatief-standaardiserende tabel in de praktijk toch de aandacht wegtrekt van het kwalitatief beschrijvende. Illustratief zijn misschien de woorden van Knepper:

'Het is een illusie te veronderstellen dat de medische claimbeoordeling bestaat uit het invullen van een kruisjeslijst. Niet alleen kunnen op die manier geen nuanceringen van beperkingen vastgelegd worden. Maar zo mogelijk nog belangrijker is, dat lijsten geen argumentatie weergeven. En zonder motivering heeft een beperkingenlijst niet meer betekenis dan die van een apodictische uitspraak. Kortom de essentie van de medische claimbeoordeling schuilt niet in lijsten maar in een vakkundige rapportage die argumenten geeft resulterend in een genuanceerde beschrijving van beperkingen.'<sup>8</sup>

Activiteit	Niet beperkt	Licht beperkt	Matig beperkt	Sterk beperkt	Volledig beperkt
Zitten					
Staan					
Lopen					
Trappenlopen					
Klimmen en klauteren					
Knielen, kruipen en hurken					
Gebogen werken					
Bukken en torderen					
Gebruik van nek					
Reiken					
Met de handen boven de schouderhoogte werken					
Hand- en vingergebruik					
Tillen					
Duwen en trekken					
Dragen					
Vibratiebelasting					
Persoonlijk risico					

Het probleem lijkt duidelijk. Invullijsten zouden juist afbreuk kunnen doen aan hetgeen waar het werkelijk om gaat: uitvoerig beschrijven en motiveren. Misschien is het toch beter om de deskundige alleen te vragen om de door hem geconstateerde beperkingen zo uitgebreid mogelijk te beschrijven? Maar dan gaat het tot uitvoerigheid aanzettende effect van een uitsplitsing naar diverse uiteenlopende verrichtingen zoals in een tabel als hierboven wel verloren. Meer in het algemeen speelt ook de vraag wanneer zich op dit punt een bepaalde spanning zal voordoen tussen het wenselijke (zo onderbouwd en gedetailleerd mogelijk) en het haalbare (niet uitvoeriger onderbouwd en nauwkeuriger dan een expertiserend arts van de betreffende discipline moet worden geacht aan te kunnen).

### 6. Vooraf invullen beperkingenlijst door de benadeelde zelf?

Een tweede kwestie met betrekking tot de beperkingenvraag waarop de Projectgroep heeft zitten broeden is de mogelijkheid om de benadeelde voorafgaand aan de expertise zelf een vragenlijst te laten invullen over zijn beperkingen. Daarmee wordt een nadrukkelijke confrontatie uitgelokt tussen deze zelfrapportage en de bevindingen van de expert. De gedachte is dat die confrontatie tot een bepaalde kwaliteitsimpuls zou kunnen leiden. Een nevendoeel is dat de betrokkene zo zelf een meer actieve rol krijgt in het onderzoek, hetgeen volgens de theorie van de procedurele rechtvaardigheid tot tevredenheids- en zelfs gezondheidswinst zou kunnen leiden.<sup>9</sup>

In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling wordt sowieso reeds geprobeerd om het verschil tussen de door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen en de door de deskundige op grond van zijn bevindingen aanwezig geachte beperkingen nadrukkelijker tot uitdrukking te laten komen. Om duidelijker tot uiting te brengen dat het bij vraag 1g niet gaat om de door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen, wordt in de nieuwe versie niet langer gevraagd welke beperkingen de betrokkene *ondervindt*, maar welke beperkingen naar het oordeel van de deskundige bij de betrokkene *bestaan*. Daarbij wordt verwezen naar aanbeveling 2.2.17 van de RMSR:

'Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.'

Bij voorafgaande zelfrapportage door de betrokkene denkt de Projectgroep met name aan de mogelijkheid om de betrokkene een opgave te laten doen van de door hem ondervonden beperkingen door gebruikmaking van de online IMPACT-vragenlijst die is ontwikkeld door TNO, zie [www.tno.nl/impactvragenlijst](http://www.tno.nl/impactvragenlijst).

Op deze mogelijkheid valt uiteraard het nodige af te dingen. De IMPACT-vragenlijst is door TNO ontwikkeld met het oog op behandeling, niet met het oog op beoordeling. Als je dergelijke vragenlijsten voorafgaand aan een expertise in het kader van medische beoordeling voorlegt aan de betrokkenen, wek je dan niet bepaalde verwachtingen, of breng je ze dan niet op bepaalde ideeën? Weegt de kans op het een (vergroting kwaliteit van de rapportage) werkelijk op tegen het risico op het ander (verder uitvergroten van de klachten)?

### 7. Plan voor een werkgroep

De Projectgroep is tot de conclusie gekomen dat bij vinden van de juiste weg voorwaarts alle in het 'beperkingentraject' betrokken disciplines zullen moeten worden betrokken. Het voornemen is om een werkgroep in het leven te roepen waarin behalve medisch adviseurs ook expertiserend specialisten, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen participeren. Alleen zo lijkt het mogelijk om te specificeren welke elementen in de beschrijving van de beperkingen door de expertiserend arts aanwezig moeten zijn en welke gemist kunnen worden. Opdracht voor de werkgroep: wat is de optimale vormgeving van de beperkingenvraag bij medische expertises over causaal verband en de omvang van de schade? Hoe te komen tot een wijze van rapporteren door de deskundige die minder summier is, en meer dan thans waarborgt dat medisch adviseur en/of verzekeringsarts zich kunnen baseren op doordacht onderzoek en rapportage door de deskundige?

<sup>8</sup> S. Knepper, Beperkingenlijsten bij letselschade. Voldoet de FML als instrument?, Letsel & Schade 2008 nr. 1, p. 13-16. Dit artikel maakt onderdeel uit van een discussie in het betreffende tijdschrift over de geschiktheid van de FML bij letselschade, aangezwengeld door R.I Teulings en M.J.H.M. Herpers, FML is ongeschikt bij letselschade, Letsel & Schade 2007 nr. 3 p. 5-10. Zie voorts de repliek van Teulings en Herpers op de bijdrage van Knepper, Reactie van de auteurs op de kritische beoordeling door collega Knepper, Letsel & Schade 2008 nr. 1 p. 17-18, alsmede A.W.A. Elemans en J. Laumen, Is de FML van het bestuursrecht geschikt voor het civiel recht?, Letsel & Schade 2008 nr. 4 p. 11-13. Zie verder over dit onderwerp nog A.W.A. Elemans, Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen, PIV-Bulletin maart 2009 en A.W.A. Elemans, Vaststellen van belastbaarheid voorbehouden aan verzekeringsartsen, NJB 2009/30, p. 1967-1970.

<sup>9</sup> Zie A.J. Akkermans en K.A.P.C. van Wees, Het letselschadeprocess in therapeutisch perspectief, Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade, 2007 nr. 4, pag. 103-118 (Vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15261>).

## 8. Oproep aan de lezers van GAVscoop

Over de samenstelling van de bedoelde werkgroep wordt momenteel nagedacht. Het is duidelijk dat niet alle medisch adviseurs die daarin geïnteresseerd zouden zijn aan de beraadslagingen van deze werkgroep mee zullen kunnen doen. Maar iedereen die geïnteresseerd is kan wél input geven over de hierboven geschetste problematiek. Daarom willen wij de lezers van GAVscoop oproepen om met ons na te denken over de optimale vormgeving van de beperkingenvraag.

Dat kan uiteraard door op [www.gav.nl](http://www.gav.nl), in GAVscoop of een ander tijdschrift te reageren op dit artikel, maar het kan ook door een email te sturen naar de secretaris van Projectgroep en IWMD, mw. mr. A. Wilken, op het adres [IWMD.rechten@vu.nl](mailto:IWMD.rechten@vu.nl). Alle reacties zijn welkom. Zonder u komen wij er niet uit.

## GASTscoop

# Over regels en strafregels

Door de ogen van ...  
H. Reinders



Sommige dingen gaan snel. Tot voor kort nam u in alle vrijheid gezellig samen aan het bureau met de behandelaar van de claim medische en niet-medische stukken door en kwam u met inbreng van uw beider deskundigheid tot een afgewogen medisch advies. Waarom precies weet niemand meer, maar dat moest anders. Andere ogen gingen zich met de gang van zaken bezighouden. Niet langer beoordeelt slechts uw opdrachtgever of hij een werkbaar advies gekregen heeft, juristen en artsen waarvan niet bekend is of zij ooit enige praktische bemoeienis hadden met een medisch advies inzake particuliere verzekeringen, bepalen nu mede vorm en inhoud ervan. Zij vertellen u dat het nodig is om feiten en meningen te scheiden, dat uw advies inzichtelijk, consistent, onderbouwd en begrijpelijk moet zijn, dat u zich objectief en neutraal dient op te stellen (onafhankelijk was u al), dat u zich aan de grenzen van uw vakgebied moet houden en dat u niet vooringenomen mag zijn. Maar wie uw advies moet kunnen begrijpen, wat precies de grenzen van uw vakgebied zijn en waar een medisch-wetenschappelijke visie overgaat in vooringenomenheid wordt er niet bij verteld. Dit alles resulteert erin dat u tegenwoordig van het onmogelijke het mogelijke maakt en als een ware duivelskunstenaar claimant, schadebehandelaar, schaderegelaar, arbeidsdeskundige, toezienend jurist en wie al niet meer, juist weet voor te lichten. En dat uw advies

daarnaast ook nog eens fungeert als databank van alle medische aspecten die u voor uzelf van belang acht. Maar bij regels horen van oudsher ook strafregels. Het verdient overweging om deze ook af te spreken als het gaat om de medische advisering in een letselschadeclaim.

De medisch adviseur die een neurologische expertise voorstelt in een kwestie met niet-objectiveerbare klachten, schrijft het advies van zijn collega van de 'tegenpartij' voor straf één keer over. Hij schrijft het advies twee keer over als in zijn advies het begrip 'juridische causaliteit' wordt gebruikt. Drie keer overschrijven is het lot van de medisch adviseur die een advies zonder wetenschappelijke onderbouwing uitbrengt. Er zijn immers nog altijd medisch adviseurs die over het onderwerp waar zij minstens de helft van hun dagtaak aan besteden, geen enkel boek hebben gelezen. En weet u wel zeker dat u als medisch propagandist van de railway spine van onze tijd geboekstaafd wilt worden? Daarmee is het leed wel geleden, want meer potentiële strafregels zijn voor u natuurlijk niet weggelegd. Het zal u niet overkomen dat u uw werkelijke zienswijze uitsluitend in een vertrouwelijke brief aan de opdrachtgever bekendmaakt maar 'naar buiten toe' een andere opvatting ventileert en daarom tot vier keer overschrijven wordt veroordeeld. En het zal u evenmin gebeuren om tot vijf keer overschrijven te worden gevonnist omdat u informatie achterhoudt waarvan u weet dat die van belang is voor uw collega. Gezamenlijk dus op naar het perfecte medisch advies waarin patiënt, wetenschap en openheid hand in hand centraal staan!

Reageren? Log in op [www.gav.nl](http://www.gav.nl) en geef uw mening.

## Brieven aan de redactie

Nijmegen, 15 december 2010

Geachte redactie,

Graag reageer ik op het artikel Traumatologie van collega Grubben et al.<sup>1</sup> dat ik met enige verbazing las. In dit artikel wordt uitvoerig ingegaan op de traumatologie als onderdeel van - en sinds het opleidingsplan SCHERP van de heilkunde per 1-1-2009 - aandachtsgebied binnen de heilkunde. Uitvoerig wordt ingegaan op de vele - en terecht- respect afdwingende zaken die een chirurg - traumatoloog tegenkomt in de dagelijkse praktijk. Overigens geldt dit naar mijn mening voor vele specialismen binnen de geneeskunde en zeker niet specifiek voor de chirurg.

Daarnaast menen de schrijvers de chirurgen te moeten afzetten tegen de orthopedisch chirurgen en plastisch chirurgen. Buiten het feit dat het artikel veel onjuistheden bevat, ik noem hier slechts dat 80% van alle letsels in Nederland door chirurgen gespecialiseerd in de traumatologie behandeld zou worden, dat in Duitsland geen opleiding orthopedie meer zou bestaan, dat alle multitraumapatiënten per definitie uitsluitend door traumatologen behandeld en geopereerd zouden worden en tenslotte dat de collegae Raaymakers en Marti Unfallchirurgen waren terwijl beiden gerespecteerde orthopedisch chirurgen zijn binnen de NOV, de laatstgenoemde zelfs erelid, zie ik de connectie die de auteurs maken met het verrichten van expertisen niet. De auteurs trachten een relatie te leggen tussen kwantiteit aan traumatologisch handelen en kwaliteit van expertisen bij letselschade, die ik niet begrijp. Immers bij letselschadezaken gaat het vaak om blijvend letsel op langere termijn bv arthrose, waarbij de prognose verdisconteerd dient te worden. Juist daar is de orthopedisch chirurg op zijn plaats, met zijn specifieke kennis van het natuurlijke beloop van arthrose door wat voor oorzaken dan ook en met name posttraumatische degeneratieve processen.

Dat de auteurs graag zouden zien dat meer chirurgen zich bezig zouden houden met letselschade zaken is hun goed recht en dat kunnen zij voor een groot deel gezien hun werkzaamheden ook zelf bepalen. Dat zij daarbij een polariserende houding aannemen ten opzichte van andere specialismen, die zich ook met de

traumatologie en letselschadezaken bezighouden, past niet in de huidige tijd en komt niet ten goede aan de cliënt/patiënt waar het uiteindelijk om gaat.

Professor dr. A. van Kampen,  
Hoogleraar orthopedische traumatologie  
Afdeling orthopaedie UMCN St Radboud  
te Nijmegen

Hoensbroek, 20 januari 2011

Geachte redactie,

Graag reageren wij op de ingezonden brief van collega van Kampen, naar aanleiding van ons artikel in de GAVscoop 2010, 16:3; 87-89. Het spijt ons te moeten lezen dat collega van Kampen dit artikel als een 'aanval' op zijn discipline heeft gezien. Het is beslist niet de bedoeling van ons artikel geweest om te polariseren. Wij hebben met ons artikel uitsluitend de aandacht willen vestigen op het feit dat een zeer grote groep chirurgen, die zich met name bezighoudt met de trauma-patiënt, binnen de verzekeringswereld vergeten dreigt te worden. Hun kennis en expertise wordt bij de afwikkeling van ongevalletsels vrijwel niet benut. In onze visie is een optimaal gebruik van de kennis binnen de diverse medische disciplines bij de letselschade-afwikkeling wenselijk, daar dit alle partijen ten goede komt. Geen enkele discipline heeft daarbij het primaat, ook de traumachirurgie niet. Overigens bevat ons artikel geen onjuistheden. Hiervoor verwijzen wij collega van Kampen naar de LMR (landelijke medische registratie) -cijfers en de persoonlijke curriculae vitae van de in het artikel genoemde medisch specialisten.

Dr. A.C.L. Grubben, algemeen chirurg,  
traumachirurg en medisch adviseur  
Dr. D. Kaulesar Sukul, chirurg-traumatoloog n.p.  
en medisch adviseur  
Dr. A.G.A. Spelde, chirurg-traumatoloog n.p.  
en medisch adviseur  
Dr. F.A.J.M. van de Wildenberg, chirurg-  
traumatoloog n.p. en medisch adviseur

<sup>1</sup> A.C.L. Grubben, D. Kaulesar Sukul, A.G.A. Spelde, F.A.J.M. Wildenberg; Traumatologie 2010 GAVscoop 16:3 87-89.



# Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam

2009/044

(ingekort door de redactie)

In deze zaak speelt de vraag met betrekking tot het omgaan met het medisch beroepsgeheim en het eventuele beïnvloeden van deskundigen. Mocht de medisch adviseur van een particuliere verzekeringsmaatschappij het medisch dossier zonder toestemming van verzekerde aan een arbeids-deskundige en een jurist verstrekken? En heeft hij getracht de deskundigen te beïnvloeden?

Beslissing in de zaak van A., verzekeringsarts, wonende te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. B. Holthuis, advocaat te Deventer, tegen C., wonende te D., verweerster in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg.

## 1. Verloop van de procedure

(...)

## 2. Beslissing in eerste aanleg

### De feiten

Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster is van beroep managementconsultant. Zij was als partner werkzaam in de maatschap van **F.** **F.** heeft met G. een overeenkomst gesloten tot (her-)verzekering van het risico van beroepsarbeidsongeschiktheid van haar partners. De arbeidsongeschiktheidsverzekering komt - voor zover hier van belang - op grond van deze polis tot uitkering nadat de verzekerde een aaneengesloten periode van tenminste 36 maanden voor ten minste 40% arbeidsongeschikt is geweest. **G.** is een zelfstandig bedrijf binnen het concern van **H.**

Op 30 augustus 2003 is klaagster gewond geraakt bij een (verkeers-)ongeval in **I.** **F.** heeft het ongeval van klaagster in september 2003 bij **G.** gemeld. Klaagster heeft als gevolg van dat ongeval letsel opgelopen, bestaande uit, voor zover voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsverzekering van belang, een fractuur op L1. Daarnaast had klaagster een onderbeen-/enkeelfractuur welke inmiddels geheel dan wel nagenoeg geheel hersteld is. Bij brief van 15 juni 2004 schrijft verweerder aan mevrouw **J.**, bedrijfsarts:

*“Wilt u voor rekening van **H.** bij haar bovengenoemde verzekerde ter beoordeling van het al dan niet bestaan van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis [...] een verzekeringsgeneeskundige onderzoek verrichten en mij daarover rapporteren.*

*U controleerde verzekerde op 9 april 2004 waarvoor onze dank.*

*[...]*

*Graag zag ik verzekerde nog eens door [...] gecontroleerd worden.*

*Zuiver lichamelijk lijken er geen belemmeringen aanwezig om een begin te maken met de arbeids-integratie.*

*Gaarne verneem ik van u:*

*Wat zijn uw bevindingen?*

*Wat zijn uw eventuele adviezen ten aanzien van begeleiding en re-integratie?*

*Vindt u in uw onderzoek aanleiding om betrokkene, op basis van medisch aantoonbare gevolgen van ziekte, beperkingen op te leggen ten aanzien van het verrichten van werkzaamheden?*

*Zo ja, welke beperkingen, in welke mate en voor hoelang?*

*Hoe ziet u de prognose ten aanzien van werkhervatting?*

*Acht u verder nog opmerkingen van belang voor de beoordeling van deze casus?*

*[...]*

*Uw rapport [...] met belangstelling tegemoet ziend.*

*[...].”*

Deze opdrachtbrief heeft klaagster voor het eerst in december 2006 ontvangen.

**J.** concludeert in haar rapport van 6 juli 2004 onder meer het volgende:

*“[...]*

*Er zijn zeker beperkingen op basis van objectieve medische bevindingen, de status na de fractuur van L1. De verwachting is dat deze beperkingen blijvend zullen zijn. Beperkingen zijn langer dan een uur achtereen zitten, langer dan een uur achtereen autorijden, langer*

*dan een uur achtereen staan, gebogen werken, frequent buigen en torderen, zwaar tillen/duwen en trekken. [...] Verzekerde zal niet meer in staat zijn zo'n 60 tot 70 uur per week beschikbaar te zijn voor werk.*

*De verwachting is dat de belastbaarheid nog wel wat zal toenemen door de training en de tijd. Dit zal nog wel eens 0,5 tot 1 jaar vergen.*

*De prognose t.a.v. werkhervatting is goed, maar niet voor haar eigen functie.*

*[...].”*

Bij brief van 28 juli 2004 schrijft verweerder aan de heer **K.**, register-arbeidsdeskundige, voor zover hier van belang onder meer:

*“Wilt u voor rekening van **H.** bij haar bovengenoemde verzekerde ter beoordeling van het al dan niet bestaan van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis [...] een arbeidsdeskundige beoordeling verrichten en mij daarover rapporteren?*

*[...]*

*Uit het laatste rapport van de controlerend arts komt nu mede naar voren dat betrokkene zich niet meer ziet terugkeren in het werk als partner bij **F.** Gezien de aard van de aandoening en de mogelijke beperkingen die dit op termijn zou kunnen opleveren is dat weinig invoelbaar. Het werk van manager bij **F.** is ook met zeer forse fysieke beperkingen goed uit te voeren. Ook de overige bezigheden en de toekomstideeën (begeleiding Aids-patiënten in **I.**) van betrokkene zijn niet geheel te rijmen met de door haar geuite prognose ten aanzien van eigen werk.*

*[...].*

*Bijlagen in gesloten enveloppe onder “medisch geheim” rapport controlerend arts **J.** van 9 april 2004 incl. bijlagen*

*brief orthooped **L.** van 28 mei 2004*

*rapport controlerend arts **J.** van 6 juli 2004.”*

**K.** heeft op 9 december 2004 zijn rapport aan verweerder toegezonden. Naar aanleiding van dit rapport laat verweerder aan klaagster weten dat voorlopig nog geen uitspraak wordt gedaan over haar arbeidsongeschiktheid.

Naar aanleiding van door klaagster ingediende klachten tegen **K.** heeft de Raad van Toezicht van de Stichting voor Register Arbeidsdeskundigen (verder: SRA) bij haar uitspraken van 28 maart 2007 de inschrijving van **K.** in het openbaar register van SRA ongedaan gemaakt voor de duur van een half jaar.

Naar aanleiding van een verzoek van verweerder van 29 december 2005 heeft de heer **M.**, orthooped, een orthopedische expertise uitgevoerd. Zijn rapport dateert van 20 maart 2006. **M.** schrijft in zijn rapport onder meer:

*“[...]*

*In mijn onderzoek vind ik wel aanleiding om aan betrokkene, op basis van medisch aantoonbare afwijkingen op orthopedisch vakgebied, als gevolg van*

*dit ongeva, beperkingen op te leggen ten aanzien van het verrichten van arbeid.*

*Met name is betrokkene sterk beperkt ten aanzien van het verrichten van activiteiten die met een voorovergebogen houding dan wel in een gebukte stand langdurig dienen te worden uitgevoerd.*

*Betrokkene is verder licht tot matig beperkt ten aanzien van langdurig zitten [...]*

*Wat betreft de prognose ten aanzien van beperkingen ben ik van mening dat ik daarin verder weinig verbetering meer zie.*

*[...].”*

Klaagster heeft zelfstandig een andere verzekeringsarts, te weten de heer **N.** (van **O.**), een beperkingenpatroon op laten stellen. Klaagster heeft bij brief van 11 april 2006 dat beperkingenpatroon ter beoordeling aan **M.** voorgelegd. Zij heeft **M.** daarbij niet tevens het door verweerder opgestelde beperkingenpatroon toegestuurd, evenmin heeft zij verweerder van het beperkingenpatroon, opgesteld door **N.**, en van haar brief aan **M.** op de hoogte gesteld.

**M.** heeft schriftelijk, onder meer bij brief van 19 april 2006, bevestigd dat het door **N.** opgestelde beperkingenpatroon overeenkwam met zijn expertise.

Bij brief van 11 mei 2006 heeft verweerder aan **M.** gevraagd het door hem opgestelde beperkingenpatroon te beoordelen aan de hand van zijn bevindingen. Tevens heeft verweerder daarbij zijn ongenoegen geuit over de omstandigheid dat verweerder niet was geïnformeerd over het beperkingenpatroon van **N.** en de beoordeling daarvan door **M.**

**M.** heeft daarop bij brief van 6 juni 2006 gereageerd. **M.** schrijft in die brief onder meer - kort samengevat weergegeven - dat hij in de veronderstelling verkeerde dat het beperkingenpatroon dat door **N.** is opgesteld, in opdracht van verweerder tot stand was gekomen. Voorts laat **M.** in die brief weten dat hij zich ook in het beperkingenpatroon zoals opgesteld door verweerder kan vinden.

Nadat klaagster haar bezwaren tegen de rapportage van **K.** en wijze van totstandkoming van die rapportage aan verweerder heeft kenbaar gemaakt wordt in onderling overleg een andere arbeidsdeskundige, te weten de heer **P.**, verzocht een nieuwe rapportage op te maken. **P.** heeft voorgesteld een nieuwe medische expertise te laten uitvoeren. **G.** heeft daarmee niet ingestemd. **P.** heeft vervolgens, op basis van het beperkingenprofiel opgesteld door verweerder, op 13 oktober 2006 een rapport uitgebracht. **P.** concludeert in dat rapport dat klaagster voor 71% arbeidsongeschikt is te achten. Op 8 januari 2007, enkele dagen voordat er tussen klaagster als eiseres en **G.** als gedaagde, een kort geding procedure zou plaatsvinden, heeft verweerder met **P.** gebeld met het verzoek om wijzigingen in het door verweerder opgestelde beperkingenpatroon aan te brengen en vervolgens de mate van arbeidsongeschiktheid opnieuw vast te stellen.

Na het rapport van **P.** blijft claimerkenning van de zijde van **G.** achterwege. Verweerder noteert naar aanleiding van het rapport van **P.** op de medische kaart op 19 oktober 2006 voor zover hier van belang onder meer:

*"[...] P. gaat uitvoerig in op de medische zaak en het gegeven dat verzekerde niet eens is met opgestelde bep. patroon. Het bep. patroon wordt echter gedekt door de expertise van de orthopeed. Voor het eindoordeel is dit allemaal minder relevant. Ons bep. patroon is aangehouden. Crux zit in de werkbelastingseisen, zoals beschreven onder 9.1[...] Indien dit aspect juist correct is, dan moet betrokkene als meer dan 40% ongeschikt worden beschouwd. Of de belastingseisen en de functieomschrijving correct is niet aan mij.[...] Conclusie en advies: met voorliggend rapport kan ik niet anders dan >40% ao adviseren.[...]"*

Op 7 juli 2005 heeft klager een machtiging afgegeven aan verweerder om medische informatie op te vragen bij de gynaecoloog **Q.**, werkzaam in het **R.** te **S.**

Op 15 juli 2005 heeft verweerder bij **Q.**, met gebruikmaking van die machtiging, informatie opgevraagd. **Q.** heeft daarop niet gereageerd. Bij faxbrief van 16 november 2006 en aangetekende brief van 27 december 2006 heeft de heer **T.** - in opdracht van verweerder - ter zake van de eerder gevraagde informatie gerappelleerd en nogmaals om die eerder gevraagde informatie verzocht.

De vervolgens door verweerder van **Q.** ontvangen medische informatie is door hem verstrekt aan de advocaat van **G.** alsmede aan de advocaat van klager. Voorts heeft verweerder alle medische informatie betreffende klager, inclusief de gynaecologische, niet geanonimiseerd verstrekt aan **U.**, arbeidsdeskundige. Deze heeft van verweerder opdracht gekregen nader (schriftelijk) onderzoek te doen, dit terwijl gezegd was tegen klager dat die informatie geanonimiseerd zou worden verstrekt.

De advocaat van verweerder, mr. Holthuis, heeft de medische gegevens van klager zonder daartoe door klager verkregen toestemming gestuurd aan **V.**, aan wie mr. Holthuis opdracht heeft gegeven tot het doen van een getuige-deskundigen-onderzoek.

De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

#### De klacht

Klager verwijt verweerder - kort en zakelijk weergegeven - dat hij op diverse punten handelt in strijd met hetgeen een goed arts betaamt omdat hij:

(1) aantoonbaar en herhaaldelijk heeft getracht onafhankelijke deskundigen te beïnvloeden;

(2) klagers recht op privacy diverse malen ernstig heeft geschonden door buiten haar medeweten en toestemming om medische gegevens op te vragen en deze aan derden te verstrekken;

(3) als medisch adviseur diverse malen arbeidsdeskundige conclusies en beschouwingen presenteert, hetgeen uitsluitend is voorbehouden aan arbeidsdeskundigen.

Ter onderbouwing heeft klager onder meer het navolgende aangevoerd.

#### Ad (1) Beïnvloeden onafhankelijke derden

Klager verwijt verweerder dat hij in zijn brief van 15 juni 2004 aan keuringsarts **J.**, aan welke arts opdracht werd gegeven onderzoek te doen naar de objectief vast te stellen medische beperkingen van klager, al een oordeel heeft geformuleerd, doordat verweerder in die brief heeft geschreven:

*"Zuiver lichamelijk lijken er geen belemmeringen aanwezig om een begin te maken met de arbeidsintegratie."*

Voorts is klager van mening dat verweerder ten onrechte in zijn brief van 28 juli 2004 aan de arbeidsdeskundige **K.** heeft geschreven: "Gezien de aard van de aandoening en de mogelijke beperkingen die dit op termijn zou kunnen opleveren is dat [te weten dat betrokkene zich niet ziet terugkeren in het werk, RTG] weinig invoelbaar."

Klager verwijt verweerder dat hij een 'brief op hoge poten' heeft geschreven naar orthopeed **M.**

**M.** had een orthopedische expertise uitgevoerd, aan de hand waarvan verweerder een beperkingenpatroon vaststelde. Dat beperkingenpatroon heeft klager aan een andere verzekeringsarts voorgelegd die een ander beperkingenpatroon opstelde. Nadat **M.** had verklaard dat dit laatste beperkingenpatroon overeenkwam met zijn bevindingen zou verweerder de door klager genoemde brief op hoge poten aan **M.** gezonden hebben en **M.** hebben beïnvloed. Dat blijkt volgens klager uit het feit dat **M.** later verklaarde dat ook het door verweerder opgestelde beperkingenpatroon (dat voor klager ongunstiger was) in overeenstemming was met zijn expertise.

Op 8 januari 2007, enkele dagen voor een zitting in een procedure tussen klager en de verzekeringsmaatschappij, heeft verweerder gebeld met de toen inmiddels ingeschakelde arbeidsdeskundige **P.**, met het verzoek alsnog het beperkingenpatroon bij te stellen waardoor **P.** vervolgens de mate van arbeidsongeschiktheid opnieuw zou moeten vaststellen.

#### Ad (2) Schending recht op privacy

Verweerder heeft aan arbeidsdeskundige **K.** drie medische rapportages, klager betreffende, toegezonden in gesloten couvert, terwijl klager daarvoor geen machtiging had verstrekt en ze die rapportages bovendien niet kende.

Verweerder heeft keuringsarts **J.** verzocht rechtstreeks aan hem te rapporteren waardoor klager het inzagen correctierecht is onthouden. Dit was van belang nu het rapport van **J.** een aantal feitelijke onjuistheden bevatte.

De heer **T.** van **G.** heeft in opdracht van verweerder medische informatie bij de gynaecoloog van klager opgevraagd op 16 november 2006 en 27 december 2006, zonder dat klager daartoe een machtiging had getekend en zonder dat die informatie voor de claimbeoordeling van belang was. Daarbij is desbetreffende gynaecoloog onder druk gezet.

Voorts is de verkregen medische informatie naar de advocaat van **G.** en klager gestuurd.

#### Ad (3) Het geven van arbeidsdeskundigenoordelen

Klager is van mening dat verweerder ten onrechte in de discussie met **M.** en **P.** op de stoel van de arbeidsdeskundige is gaan zitten.

Bij schrijven, ontvangen op 20 oktober 2008, heeft klager aan deze klachten nog een klacht toegevoegd, te weten dat verweerder het recht op privacy heeft geschonden doordat hij het volledige procesdossier, waarin medische verslagen en privacygevoelige informatie is opgenomen, buiten medeweten van klager en zonder haar toestemming, naar een voor klager onbekende geneeskundige adviseur heeft gezonden, terwijl deze gegevens niet noodzakelijk of relevant waren voor diens oordeelsvorming.

#### Het verweer

Het verweer komt er - kort en zakelijk weergegeven - op neer dat verweerder van mening is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar te hebben gehandeld. Van beïnvloeding is volgens verweerder geen sprake geweest en in zijn rol van verzekeringsarts in de particuliere verzekeringen mag hij de discussie met deskundigen aangaan. Van schending van het beroepsgeheim is evenmin sprake nu alle informatie met toestemming is verkregen en alleen ter beschikking is gesteld aan personen die tot de functionele eenheid behoorden dan wel aan zijn advocaat in verband met de gevoerde procedures.

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

#### De overwegingen van het college

Klager heeft bij brief van 21 oktober 2008 nog een aanvullende klacht ingediend. Verweerder heeft desgevraagd ter zitting verklaard van de klacht kennis te hebben kunnen nemen en zijn verweer daarop te hebben kunnen voorbereiden, en geen bezwaar tegen behandeling van die klacht te hebben. Klager is in die klacht ook ontvankelijk. Het College wijst er op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of

dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaam beroepsuitoefening, rekening houdende met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

In het kader van de beoordeling van het handelen van verweerder merkt het College nog het volgende op.

Van een geneeskundig adviseur, werkzaam in particuliere verzekeringssector - ook al is hij adviseur van een van de partijen - mag worden verwacht dat hij zich onafhankelijk opstelt, zijn adviezen op zorgvuldige wijze tot stand doet komen en deze doet steunen op deugdelijke, objectieve gronden, waaraan niet afdoet dat ten aanzien van het geneeskundig oordeel onder omstandigheden een zekere bandbreedte kan bestaan. Voorts mag worden verwacht dat hij de rechten van de patiënt/verzekerde in acht neemt, deze op adequate wijze daarvoor voorlicht en ten opzichte van de patiënt/verzekerde de regels van fair play in acht neemt. In dit kader is, behalve de wet (meer in het bijzonder de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens) en de KNMG-richtlijnen, in het bijzonder de Beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken van april 2003 (de Beroepscode GAV) van toepassing. Het College zal die regelingen dan ook bij de onderhavige beoordeling betrekken.

Het gaat in deze zaak, kort samengevat, om de vraag of verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door te trachten ingeschakelde deskundigen bij de beoordeling van de beperkingen van klager en de vaststelling van de mate van haar arbeidsongeschiktheid te beïnvloeden en anderzijds de vraag of verweerder zijn beroepsgeheim en daarmee de privacy van klager heeft geschonden.

Ter zake van de gestelde beïnvloeding wordt als volgt overwogen.

Hoewel verweerder - om iedere schijn van mogelijke beïnvloeding vooraf te voorkomen - er wellicht beter aan had gedaan bij het geven van zijn opdrachten aan **J.** en **K.** zijn eigen gedachten en twijfels niet te uiten, is het College van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat verweerder met zijn opdrachtbrieven aan deze deskundigen deze vooraf heeft willen beïnvloeden. Verweerder mocht in zijn hoedanigheid van verzekeringsarts in het particuliere bedrijf zijn twijfels en/of vraagpunten mede aan de deskundigen voorleggen, mits hij daarbij zijn twijfels en/of vraagpunten baseert op feiten en aangeeft waarop hij een en ander baseert. Dat heeft verweerder in voldoende mate gedaan. De klacht op deze onderdelen zal derhalve worden afgewezen.



De door klagster in het geding gebrachte uitspraken van de Raad SRA (met betrekking tot de klachten tegen arbeidsdeskundigen **K.** en **U.**) en het arrest van het hof **W.** (gewezen in de zaak tussen klagster en **G.**), in welke uitspraken ook 'oordelen' over het handelen van verweerder worden gegeven, kunnen niet tot een ander oordeel leiden nu verweerder in die zaken geen partij was en het voorliggende onderwerp van geschil en het daarbij te hanteren toetsingskader van andere orde zijn dan in de onderhavige zaak.

Ter zake van het op 8 januari 2007 door verweerder met **P.** gevoerde telefoongesprek is het College van oordeel dat verweerder met dat telefoongesprek, ruim drie maanden nadat **P.** rapport had uitgebracht en slechts enkele dagen voordat een kort geding tussen **G.** en klagster diende, zeker de schijn van beïnvloeding op zich heeft geladen. Ook als verweerder niet de bedoeling had **P.** te overtuigen om tot aanpassing, zoals door verweerder was voorgestaan, van het beperkingenpatroon over te gaan, had verweerder zich er van bewust moeten zijn dat hij dat telefoongesprek niet op dat moment had moeten voeren. Overigens blijkt uit de door verweerder gemaakte aantekeningen dat hij **P.** op dat moment wel degelijk ervan heeft willen overtuigen uit te gaan van een ander uitgangspunt bij de vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid van klagster. De aantekeningen vermelden voor zover hier van belang:

*“P. aangegeven hoe item 7 (FIS) is bedoeld. (staand/statistisch) [...] Gezocht op internet naar ‘Grondslagen FIS’ [...] Op punten 1C (zitten) en 7 (buigen) liggen de zaken zoals ik heb aangegeven. De opmerkingen van P. komen daar niet mee overeen.”*

Mede indachtig het gegeven dat Bureau **X.** op 13 december 2006 van **G.** opdracht had gekregen feitenonderzoek te doen naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheid van klagster, had verweerder **P.** begin januari 2007 niet mogen bellen met het verzoek zoals hiervoor weergegeven. De klacht is op dit onderdeel gegrond.

Ter zake van de gestelde schending van het beroepsgeheim wordt als volgt overwogen. Voor zover verweerder zonder toestemming van klagster drie medische rapporten aan arbeidsdeskundige **K.** heeft gezonden heeft hij daarmee zijn beroepsgeheim geschonden. **K.** is geen arts, maar registerarbeidsdeskundige. Het is niet aan hem om de medische rapporten te lezen en te analyseren om vervolgens aan de hand daarvan de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen. **K.** kan als extern ingeschakelde deskundige ook niet geacht worden te behoren tot de kring van de 'functionele eenheid' als bedoeld in artikel 12 van de Beroepscode GAV. Dat de medische stukken in 'gesloten couverte' zijn gestuurd

en verweerder meent te weten dat **K.** zelf een medisch adviseur (ter beschikking) had, doet aan hetgeen hiervoor is overwogen niets af. Verweerder heeft door toezending aan **K.** de stukken uit handen gegeven waar dat niet was toegestaan en daarmee de beslissing bij **K.** gelegd die wel of niet zelf in te zien.

Voor zover **K.** over medische informatie moest beschikken teneinde de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen, hetgeen op zichzelf begrijpelijk is, had het op de weg van verweerder gelegen een beperkingenpatroon vast te stellen dan wel een resumé van de medische informatie te maken en dat aan **K.** toe te zenden. Temeer nu verweerder ter zitting uitvoerig heeft betoogd dat **K.** - overigens in weerwil van de tekst van de hem bij brief van 28 juli 2004 gegeven opdracht - slechts een 'inventariserend' onderzoek hoefde te doen had met een resumé volstaan kunnen worden. Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

Ook heeft verweerder zijn beroepsgeheim geschonden door de stukken, verkregen van gynaecoloog **Q.**, aan zijn advocaat, mr. Holthuis, te overhandigen, die, zoals hij ter zitting verklaarde, die stukken vervolgens aan de door hem ingeschakelde getuige-deskundige **V.** heeft gezonden. Verweerder mag zijn beroepsgeheim alleen dan schenden indien dat een hoger belang dat noodzakelijk maakt. Naar oordeel van het College was het evident dat de gynaecologische problemen van klagster geen enkele rol speelden bij de beoordeling van haar mate van arbeidsongeschiktheid, en zeker niet meer op het moment dat de informatie van **Q.**, eind 2006, werd verkregen. Immers, al in de opdrachtbrief aan **K.** van 28 juli 2004 schrijft verweerder: "De buikoperatie blijkt in het geheel geen rol (meer) te spelen." De buikoperatie had betrekking op problemen van gynaecologische aard.

**M.** schrijft in zijn rapport als reactie op de door verweerder gestelde vraag 5:

*“een ander onderzoek buiten mijn vakgebied lijkt mij verder niet wenselijk noch geïndiceerd”.* Ook daarin kunnen geen aanwijzingen worden gevonden dat de gynaecologische informatie van belang was voor de verdediging van verweerders zaak.

Ook voor de civielrechtelijke zaak tussen klagster en **G.** was de gynaecologische informatie niet van belang, zodat de advocaat van verweerder, voor zover hij of zijn kantoorgenoot ook voor **G.** optrad in dat civiele proces evenmin over die stukken hoefde te beschikken. Van een 'hoger belang' als hiervoor vermeld is dan ook niet gebleken.

Overigens heeft verweerder - door tussenkomst van **T.** - wel ter zake van de bij de gynaecoloog opgevraagde informatie mogen rappelleren, al was de machtiging op dat moment verlopen.

Blijkens de medische kaart van verweerder ging het om informatie "aangaande de buikklachten". Daarmee was de vraagstelling qua onderwerp en ook in de tijd afgebakend. Volgens de medische kaart is de machtiging niet zoals klagster stelt begin 2005, maar

op 7 juli 2005 ontvangen. Daarmee is op 15 juli 2005 informatie bij **Q.** opgevraagd en is op 9 augustus 2005 en 23 september 2005 gerappelleerd. Daarop is geen reactie gekomen van **Q.**. Vervolgens is op 16 november 2006 en 27 december 2006 opnieuw gerappelleerd. Weliswaar is de machtiging dan verlopen, maar dat stond naar het oordeel van het College de mogelijkheid tot rappelleren, nu de vraagstelling kort na afgifte van de machtiging was geformuleerd en geen betrekking had op een daarna gelegen periode, niet in de weg. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ten aanzien van de beweerdelijke schending van het inzage- en correctierecht van klagster met betrekking tot het rapport van **J.** overweegt het College het volgende. Niet ter discussie staat dat klagster dit recht op zichzelf toekomt. Het gaat hier slechts om de vraag of klagster in de gelegenheid had moeten worden gesteld dit recht uit te oefenen voorafgaand aan toezending van het rapport aan verweerder. Daargelaten de wenselijkheid hiervan, vloeit dit bij een lopende verzekering zoals hier aan de orde uit de wet niet voort en naar het oordeel van het College kan evenmin worden gezegd dat dit in de praktijk is aanvaard. Daaraan doet niet af dat art. 11 van de GAV-code op dit punt minst genomen verwarring schept, maar dit kan verweerder niet worden aangerekend. Wel had het op de weg van verweerder gelegen klagster over haar rechten in dit verband te informeren. In dit opzicht is de klacht gegrond.

De klacht dat verweerder ten onrechte op de stoel van de arbeidsdeskundige is gaan zitten zal ongegrond worden verklaard. Verweerder heeft wel met **P.** de discussie gezocht waar het ging om de door **P.** aan zijn rapport ten grondslag gelegde uitleg van het FIS formulier en de uitgangspunten bij de vaststelling van de belastbaarheid. Maar dat is vanuit zijn functie niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Nu de klachten op meerdere onderdelen gegrond zijn, zal het College een maatregel, te weten een waarschuwing, opleggen. Tevens zal het College tot publicatie overgaan.

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal College uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven zijn weergegeven, tenzij hierna anders vermeld.

### 4. Beoordeling van het principaal en incidenteel beroep

De arts beoogt met zijn grieven de onderdelen van de klacht die door het Regionaal Tuchtcollege gegrond zijn verklaard aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling

voor te leggen. De arts concludeert de in eerste instantie ingediende klachten alsnog ongegrond te verklaren, althans ter zake geen maatregel op te leggen. Verweester heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Verweester beoogt met haar incidenteel beroep het onderdeel van de klacht met betrekking tot de vraagstelling aan de (arbeids)deskundigen, dat door het Regionaal Tuchtcollege ongegrond is verklaard, aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Voorts stelt zij dat het Regionaal Tuchtcollege heeft verzuimd te concluderen dat het (alsnog toegelaten) onderdeel van de klacht dat de arts door toezending van het integrale dossier aan **V.** opnieuw het medisch beroepsgeheim heeft geschonden, gegrond is. Tenslotte verzoekt verweester het Centraal Tuchtcollege een oordeel te vellen over de weigering van de arts haar medicijngebruik mee te nemen als aantoonbare medische beperking voor autorijden voor de beoordeling van de mate van haar arbeidsongeschiktheid. Verweester concludeert tot afwijzing van het beroep van de arts, tot gegrondverklaring van haar grieven in het incidenteel appel en tot oplegging van een zwaardere maatregel.

Voor inwilliging van het verzoek van verweester om een oordeel te vellen over - kort gezegd - de weigering van de arts haar medicijngebruik mee te nemen als medisch beperking voor autorijden is in hoger beroep geen plaats omdat deze klacht geen onderdeel uitmaakt van de oorspronkelijk klacht. Het incidenteel beroep van verweester is in zoverre niet ontvankelijk.

Het Centraal Tuchtcollege stelt evenals het Regionaal Tuchtcollege voorop dat een redelijk bekwaame beroepsuitoefening van een geneeskundig adviseur, werkzaam in de particuliere verzekeringssector, meebrengt dat hij zich onafhankelijk opstelt, zijn advies op zorgvuldige wijze en inzichtelijke wijze tot stand doet komen en deze doet steunen op deugdelijke, objectieve gronden. Ten opzichte van de verzekerde betracht hij de nodige zorgvuldigheid, respecteert hij diens rechten en draagt hij zorg voor een adequate voorlichting. Bij de tuchtrechtelijke toetsing van dat handelen gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Het Centraal Tuchtcollege zal eerst de grieven behandelen die zien op het eerste onderdeel van de oorspronkelijke klacht: het beïnvloeden van de ingeschakelde deskundigen. In de opdrachtbrieven aan de deskundigen **J.** en **K.** maakt de arts melding van zijn twijfels.

Op zichzelf is niet tuchtrechtelijk verwijtbaar indien de arts ten behoeve van zijn uit te brengen advies tegenover andere deskundigen van zijn twijfels melding maakt maar het was jegens verweerster en ook anderszins zorgvuldiger geweest indien hij daarbij nauwkeuriger had aangegeven waarop hij zijn twijfels baseerde. Een in dat verband gemaakte –in het geheel niet onderbouwde- opmerking als “het werk van manager bij **F.** is ook met zeer forse fysieke beperkingen goed uit te voeren” had daarom beter achterwege kunnen blijven. Dat neemt niet weg dat ook het Centraal Tuchtcollege van oordeel is dat niet aannemelijk is geworden dat de arts met deze opmerkingen de deskundigen, die vanuit hun eigen expertise onderzoek verrichten en rapporteren, in tuchtrechtelijk verwijtbare zin heeft willen beïnvloeden. De incidentele grief van verweerster tegen de ongegrondverklaring tegen dit onderdeel van de klacht faalt dan ook. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de arts evenmin een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt van het telefoongesprek met **P.** in januari 2007. Het stond de arts vrij om zich professioneel met de deskundige **P.** te verstaan, daarbij de discussie te zoeken en een andersluidend standpunt naar voren te brengen. Het is weliswaar vanuit de optiek van verweerster begrijpelijk dat het tijdstip waarop dit telefoongesprek plaats vond, enkele dagen voor een door haar jegens de particuliere verzekeraar aangespannen kort geding, bij haar bevreemding wekte maar dat rechtvaardigt nog niet de conclusie dat de arts de deskundige **P.** heeft trachten te beïnvloeden dan wel - wat in de klacht besloten ligt - de rechtsgang heeft trachten te beïnvloeden. De arts heeft in dit verband opgemerkt dat het kort geding, als hij van de datum van de mondelinge behandeling al op de hoogte was, hetgeen hij zich niet kan herinneren, voor hem geen rol heeft gespeeld en dat hij dit telefoongesprek niet op 8 januari, zoals in eerste instantie is aangenomen, maar op 5 januari 2007 heeft gevoerd naar aanleiding van de schriftelijke reactie van **P.** van 2 januari 2007. Verweerster heeft dit niet weersproken. Het Centraal Tuchtcollege volgt daarom niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de arts zich er bewust van had moeten zijn dat hij dat telefoongesprek niet op dat moment had moeten voeren omdat hij daarmee de schijn van beïnvloeding op zich zou laden. De eerste twee grieven van de arts tegen de gegrondverklaring van dit onderdeel van de klacht slagen.

Wat betreft de grieven die zien op de schending van de privacy van verweerster overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Voorop moet worden gesteld dat in de beroepscode voor geneeskundig adviseurs, werkzaam in particuliere verzekeringszaken van april 2003, is vastgelegd dat de geneeskundig adviseur een geheimhoudingsplicht heeft omtrent de hem toevertrouwde medische gegevens tegenover derden, dat hij uitsluitend met gerichte,

schriftelijke toestemming van de betrokkene informatie zal verstrekken aan derden en aan de functionele eenheid slechts die medische gegevens beschikbaar zal stellen die nodig zijn voor de beoordeling van de letselschade. In dit licht bezien dient het zonder toestemming van verweerster verstrekken van het integrale medische dossier aan de ingeschakelde arbeidsdeskundige **K.** als een schending van de geheimhoudingsplicht aangemerkt te worden. Aan de omstandigheid dat de medische rapporten “in gesloten couvert” zijn gestuurd komt geen betekenis toe. Reeds het uit handen geven van het integrale dossier en het aan de verantwoordelijkheid van **K.** overlaten of hij daarvan kennis neemt, levert zodanige schending op. Ook indien het omstreden standpunt van de arts dat de extern ingeschakelde deskundige **K.** tot de functionele eenheid behoort gevolgd wordt, dan nog levert het ter beschikking stellen van het integrale dossier zonder toestemming van verweerster een schending van de geheimhoudingsplicht op omdat in dat geval de arts een advies had moeten opstellen waarbij slechts die medische gegevens worden verstrekt die nodig zijn voor de beantwoording van de door de arts in zijn onderzoeksopdracht geformuleerde vraag. De stelling van de arts dat toezending van het integrale medische dossier in die periode de alom bestaande praktijk was en dat eerst met de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 15 mei 2007 duidelijk is geworden dat die praktijk niet door de beugel kon, kan, - wat daar ook van zij - de arts niet baten omdat reeds uit de beroepscode van april 2003, zoals hiervoor weergegeven, voortvloeit dat deze praktijk niet kan worden aanvaard. De derde grief faalt.

De vierde grief richt zich tegen de vaststelling (onder 2.18 van de feiten) dat de arts alle medische informatie betreffende verweerster, inclusief de informatie van de gynaecoloog **Q.**, heeft verschaft aan de arbeidsdeskundige **U.**

De vijfde grief richt zich tegen de overweging dat de arts zijn beroepsgeheim heeft geschonden door de stukken van de gynaecoloog **Q.** aan zijn advocaat te overhandigen die deze op zijn beurt heeft verstrekt aan een beroepsgenoot van de arts, **V.**, met het oog op het vervaardigen van een bericht als getuigedeskundige. De arts heeft aangevoerd dat niet hij maar de advocaat van (herverzekeraar) **G.** die informatie aan de arbeidsdeskundige **U.** heeft verstrekt en verder dat zijn advocaat zonder met hem daarover in overleg te treden omdat hij met vakantie was, het medisch dossier aan **V.** heeft gezonden. De arts dient als beheerder van het medisch dossier van verweerster er zorg voor te dragen dat alleen die stukken worden verstrekt die noodzakelijk en relevant zijn met het oog op de te voeren procedure. Dit vloeit uit zijn geheimhoudingsplicht voort. In dit geval is niet gebleken dat de arts die afweging heeft

gemaakt. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat op het moment dat de arts het medisch dossier aan de betrokken advocaten deed toekomen, de gynaecologische problemen van verweerster geen rol van betekenis meer speelden bij de beoordeling van de mate van haar arbeidsongeschiktheid, dan wel van enig belang waren voor de verdediging van zijn zaak. Om die reden had de arts de verstrekking van die gegevens, met het oog op de te respecteren privacy van verweerster, achterwege moeten laten. Het onder omstandigheden zwaarder wegende belang zoals neergelegd in art. 6 EVRM is in dit geval niet aan de orde omdat zodanige omstandigheden niet zijn gebleken. Dat de advocaten het medisch dossier met die gynaecologische gegevens, op hun beurt aan andere deskundigen ter hand hebben gesteld, wordt de arts als verantwoordelijk beheerder van dat medisch dossier, toegerekend. Dit betekent dat de incidentele grief van verweerster dat dit de conclusie rechtvaardigt dat de arts ook jegens **V.** zijn geheimhoudingsplicht heeft geschonden slaagt en dat de grieven van de arts falen.

De zesde grief richt zich tegen de overweging dat de informatie van de gynaecoloog **Q.** ook in de civielrechtelijke zaak tussen verweerster en **G.** niet van belang was. Anders dan de arts in de toelichting op deze grief stelt gaat het niet om een oordeel over zijn handelwijze in de civiele procedure maar over zijn handelen als beheerder van het medisch dossier van verweerster, zoals hiervoor uiteengezet. De grief, die op een onjuiste lezing van de bestreden uitspraak berust, faalt.

In zijn zevende grief keert de arts zich tegen de overweging dat het op zijn weg had gelegen om verweerster te informeren over het haar toekomende inzage- en correctierecht. Hij voert daartoe aan dat op hem geen wettelijke informatieplicht rust en dat deze plicht ook in de praktijk niet is aanvaard. Nu van de arts verwacht mag worden dat hij jegens de verzekerde de nodige zorgvuldigheid betracht, diens rechten respecteert en voor een adequate voorlichting zorg draagt, ligt het op zijn weg om verzekerde te informeren over het inzage- en correctie recht. De tekst van art. 11 aanhef van de code, die van verdergaande strekking lijkt, staat hieraan niet in de weg, evenmin als het ontbreken van een wettelijke plicht daartoe. De grief faalt.

Aan de laatste grief komt geen zelfstandige betekenis toe. Slotsom is dat het hoger beroep van de arts slaagt voor zover het is gericht tegen de gegrondverklaring van onderdeel 1 van de oorspronkelijke klacht en voor het overige faalt. Het incidentele hoger beroep is niet ontvankelijk voor zover het een nieuwe klacht bevat, slaagt voor zover is vastgesteld dat het onderdeel van de klacht dat toezending van het rapport aan **V.** een schending van de geheimhoudingsplicht oplevert, gegrond is en faalt voor het overige.

Bij deze stand van zaken is van de oorspronkelijke klacht het eerste onderdeel ongegrond, het tweede deel gegrond en het derde onderdeel, waartegen geen grieven zijn gericht, ongegrond. Het Centraal Tuchtcollege acht de maatregel van waarschuwing voor de gegrondverklaring van het tweede onderdeel van de oorspronkelijke klacht een passende en geboden sanctie. Dit betekent dat de aangevallen uitspraak, met verbetering van de gronden waarop zij berust, in stand kan blijven.

## 5. De beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in het principaal hoger beroep: bevestigt de beslissing waarvan beroep;  
in het incidenteel beroep: verklaart verweerster niet ontvankelijk in haar beroep, voorzover het een nieuwe klacht bevat;  
bevestigt de beslissing waarvan beroep;  
bepaalt dat deze beslissing (...) zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde met het verzoek tot plaatsing.

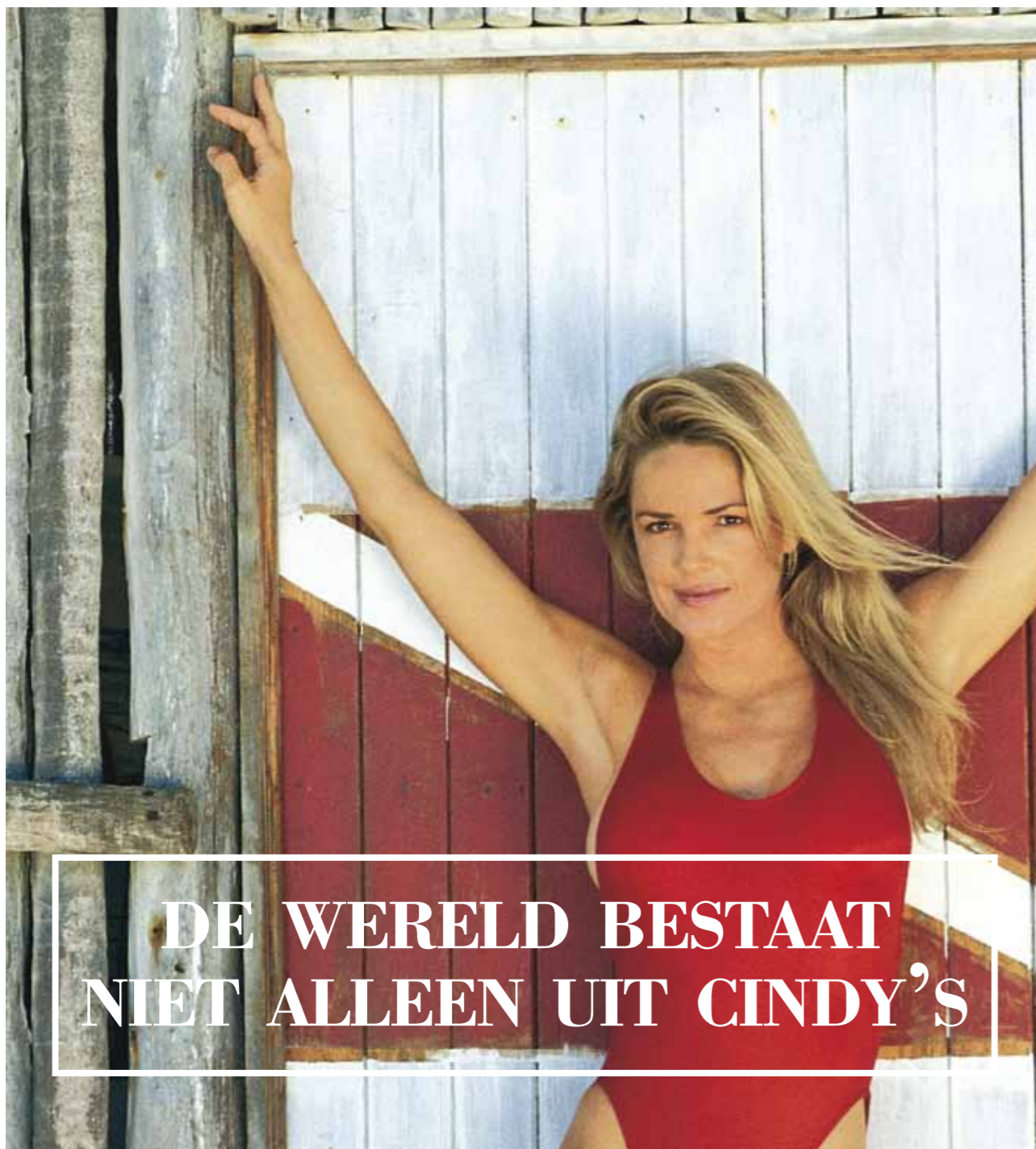
Deze beslissing is gegeven in raadkamer door:  
mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter,  
prof.mr. J.K.M. Gevers en mr.C.H.M. van Altena, leden-juristen en mr.dr.s. J.A.W. Dekker en mr. W.A. Faas, leden-beroepsgenoten en mr. A.C. Quarles van Ufford-van Waning, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 11 mei 2010, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid van de secretaris.

(bladvulling)

### **Expertise psychiater bij persistente lichamelijke klachten na verkeersongeval**

...  
Psychiatrisch: bang nog een keer zomaar aangerezen te worden. Gevoel van onzekerheid en angst. Geen vermijdingsreacties. Soms zit betrokkene in de put. Geen uitgesproken anhedonie. Moeite met inslapen en doorslapen. Geen dromen of nachtmerries.  
**Vergeetachtigheid, voornamelijk met betrekking tot dingen die in het verleden zijn gebeurd.**  
...





DE WERELD BESTAAT  
NIET ALLEEN UIT CINDY'S

Het liefst ziet u natuurlijk dat uw cliënten voldoen aan het ideaalbeeld: jong en kerngezond. Maar de praktijk van iedere levensverzekeraar en tussenpersoon leert dat er heel wat mensen zijn die niet aan dit beeld voldoen. Bijvoorbeeld doordat zij lijden aan diabetes, een hartafwijking, nierziekte of kanker. U zou ze graag helpen maar vindt het risico verzekeringstechnisch te groot. Dossier gesloten? Via een professioneel samenspel van maatschappij, assurantieadviseur en De Hoop is er in veel gevallen toch

een oplossing op maat te vinden in de vorm van een specifieke herverzekering. Op basis van grote expertise, aanpassingen van sterftetabellen en een stevige financiële grondslag kunnen wij ook voor cliënten met een sterk verhoogd medisch risico met een offerte komen. Hoe het precies werkt is minder van belang dan dat het werkt. Inmiddels 100 jaar lang. Staat u voor zo'n vraag, bedenk dan dat het geen onoplosbaar dilemma hoeft te zijn.

Voordracht gehouden op de GAV-ledenvergadering op 18 januari 2011 te Hoogeveen

## Verhoortechnieken in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

J. Spanjer\*

### Inleiding

Bij onderzoek naar arbeidsongeschiktheid is de beoordeling van de belastbaarheid (of resterende mogelijkheden) een onmisbaar onderdeel. In Nederland speelt het gesprek dat de verzekeringsarts met de cliënt heeft een belangrijke rol in deze beoordeling, zeker bij de WIA beoordeling. Er zijn een drietal gespreksmodellen waarin wordt beschreven welke onderdelen in dit gesprek aan bod dienen te komen en op welke manier.<sup>1</sup> Van een van deze gespreksmodellen is recent de betrouwbaarheid en validiteit onderzocht: het 'Belastbaarheidgerichte Beoordelingsgesprek' (BGB).<sup>2,3</sup> Omdat cliënten een uitkering aanvragen en dus onder andere een financieel belang hebben bij wat in een gesprek met de verzekeringsarts besproken wordt is het noodzakelijk de waarheid van de door cliënt afgelegde verklaring te beoordelen. Dit artikel bespreekt eerst de BGB-methodiek en de manier waarop in deze methode aan waarheidsvinding wordt gedaan. Vervolgens zullen enkele andere disciplines of vakgebieden aan bod komen waar de waarheidsvinding ook een rol speelt. Tenslotte wordt besproken of onderdelen daarvan toepasbaar zijn in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

### Het Belastbaarheidgerichte Beoordelingsgesprek (BGB)

Het BGB is een gespreksmodel waarin door middel van een semi-gestructureerd interview gegevens worden verzameld bij cliënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Het doel is de belastbaarheid van cliënten te beoordelen. Naast de gegevens verkregen uit dit interview zijn andere gegevens onmisbaar zoals de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en observatie, informatie van behandelaars en de bedrijfsarts en bijvoorbeeld informatie uit medische handboeken. Tezamen kan deze informatie dienen als basis om een oordeel te geven over de arbeidsongeschiktheid.

Het BGB bestaat uit een zevental onderdelen: introductie, werk, ziekte, beperkingen, activiteiten, visie cliënt en visie verzekeringsarts.<sup>3</sup> Kenmerken van deze methode zijn de structuur en het doorvragen naar concrete en gedetailleerde voorbeelden. Belangrijk is dat tussendoor geen advies of mening van de beoordelaar wordt gegeven en de beoordelaar dient een 'open mind' te hebben en pas te oordelen als alle informatie bekend is. Uit onderzoek bleek dat bij analyse van BGB gesprekken evenveel tijd werd besteed aan de medische anamnese als aan de onderdelen 'ervaren belemmeringen en participatie'. Verzekeringsartsen die een training in de BGB-methode kregen, waren van mening dat het een valide instrument is waarbij de belastbaarheid goed onderbouwd kon worden beoordeeld. Conclusies van onderzoek naar het BGB waren dat patiënten en artsen er tevreden over zijn en dat het door de bank genomen een betrouwbare en valide methode is om de belastbaarheid te beoordelen. Er zijn een aantal onderdelen in dit gespreksmodel die van belang zijn bij de waarheidsvinding. Ten eerste worden diverse items zoals klachten, ervaren belemmeringen en nog ondernomen activiteiten, zoals wat een cliënt overdag nog doet (dagverhaal), los van elkaar uitgevraagd. Daardoor is onderzoek naar de consistentie tussen de verschillende onderdelen goed mogelijk. Bovendien wordt doorgevraagd naar details van concrete voorbeelden van beperkingen en activiteiten. Daarnaast wordt beoordeeld of de ervaren belemmering en nog ondernomen activiteiten passen bij de aandoening (plausibiliteit). Hierdoor is het erg moeilijk een verhaal te verzinnen dat niet berust op waarheid.

### Beoordelen: Psychologie en Kunstschaatsen

Uit wetenschappelijk onderzoek naar psychologische factoren bij beoordelen blijkt dat er een aantal valkuilen zijn bij het beoordelen. Voorbeeld hiervan is 'confirmation bias', de neiging om meer aandacht te schenken en belang te hechten aan gegevens die

\* Dr. J. Spanjer, verzekeringsarts UWV en senior onderzoeker bij het Kennis Centrum Verzekeringsgeneeskunde.



de eigen overtuiging staven dan aan gegevens van het tegendeel. Een ander voorbeeld is het ‘volgorde-effect’ dat ontstaat door de (onbedoelde) nawerking van eerdere beoordelingen op erop volgende beoordelingen. Dit is de reden dat een gestructureerd beoordelingsgesprek de voorkeur heeft boven een niet-gestructureerd gesprek. Hierdoor ontstaat, na gestandaardiseerde navraag, een oordeel dat gebaseerd is op volledige gegevens.

Wat betreft beoordelen kunnen we ook lessen leren van heel andere disciplines, namelijk de beoordeling bij jurysporten zoals trampolinespringen, schoonspringen en kunstschaatsen. Bij kunstschaatsen bijvoorbeeld vindt de beoordeling plaats door een jury.<sup>4</sup> De jury bestaat uit meerdere leden die een beoordeling geven en hierbij ondersteuning krijgen door middel van een computerprotocol en zo nodig videobeelden. Van de twaalf juryleden worden aselekt negen uitgekozen en de hoogste en laagste score vallen af. Bij de beoordeling van de belastbaarheid in het kader van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden belangrijke beslissingen in Nederland genomen door een enkele verzekeringsarts. Alleen als een cliënt bezwaar aantekent geeft een tweede arts een oordeel. In andere landen, zoals Rusland, is het wel de standaard-procedure dat meerdere artsen een oordeel geven over een cliënt. Wellicht is het een idee om eens naar andere beoordelingsmethodieken te kijken, bijvoorbeeld het inzetten van meerdere beoordelaars en/of video- en computerondersteuning, om te onderzoeken of de huidige methode beter kan.

### Onderzoek naar het herkennen van leugenaars

Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het ontmaskeren van leugenaars.<sup>5</sup> Dit onderzoek is in te delen in een drietal groepen, namelijk analyse van verbale verklaringen, analyse van non-verbale gedrag en analyse van fysiologische maten zoals de polygraaf. Wetenschappelijk aangetoonde verbale tekens bij leugens zijn onder andere indirecte en korte antwoorden, weinig details en minder verwijzen naar zichzelf en weinig informatie verstrekken over plaats en tijd. Bovendien vertellen leugenaars vaak hun verhaal in een chronologisch correcte manier. Non-verbale tekens bij leugens die uit onderzoek naar voren komen zijn onder andere een hogere toon van spreken, weinig beweging van handen, armen en benen en langere pauzes nemen alvorens te antwoorden. De leugendetector of polygraaf is ook niet de oplossing om leugenaars te ontmaskeren: het kan leugenaars weliswaar in ongeveer 80% van de gevallen juist aanwijzen, maar mensen die de waarheid spreken worden slechts in 50% herkend (wat niet beter is dan kop of munt gooien). In Nederland wordt de polygraaf dan ook niet gebruikt.

Opvallend is dat professionals in het ontmaskeren van leugenaars zoals rechercheurs en rechters vaak verkeerd inschatten hoe leugenaars zich gedragen. Zo denken ze dat leugenaars minder oogcontact maken en dat ze meer bewegingen van handen en voeten maken terwijl dit niet zo is.

### Statement Validity Analysis

De ‘Statement Validity Assessment’ (SVA) is een instrument om de waarheid van afgelegde verklaringen te beoordelen.<sup>6,7</sup> Het werd oorspronkelijk gebruikt om de verklaring van kinderen in geval van vermeend seksueel misbruik te beoordelen, maar wordt nu ook door diverse rechtbanken (o.a. in Nederland en Duitsland)<sup>7</sup> gebruikt. Het gaat uit van de hypothese dat als iemand iets daadwerkelijk heeft meegemaakt zijn verklaring significant anders is dan een leugenachtige verklaring. Het bestaat uit een viertal onderdelen: het verzamelen van informatie van de getuigen en de zaak zelf, een semi-gestructureerd interview, de ‘Criteria-based Content Analysis’ (CBCA) en een evaluatie met de ‘Validity Checklist’. Met name de CBCA is een interessant instrument dat bestaat uit 19 criteria om te beoordelen of een afgelegde verklaring op waarheid is gebaseerd.<sup>7,8</sup> Op basis van die criteria wordt ervan uitgegaan dat mensen die de waarheid spreken meer details beschrijven waaronder ook ongewone of overbodige details, ze geven meer informatie over de context (tijd en plaats) en beschrijven vaker hun eigen mentale toestand en die van de dader. Bovendien vertellen ze hun verhaal vaak niet in een strikt chronologische volgorde terwijl dat bij een ingestudeerde leugen daarentegen wel vaak het geval is. Ook hebben leugenaars minder spontane correcties in hun verhaal en geven ze minder vaak toe dat ze iets niet weten of vergeten zijn. Helaas blijkt dat gelogen verklaringen zelfs met dit instrument maar in 70% van de gevallen worden herkend. Het kan echter wel een hulpmiddel zijn bij het beoordelen van verklaringen.

### Politieverhoren

Een politieverhoor heeft een belangrijke overeenkomst met een beoordelingsgesprek om de belastbaarheid te beoordelen. Bij beide is het doel informatie te verzamelen ten behoeve van waarheidsvinding. Er zijn drie soorten verhoren: het aangifteverhoor, het getuigenverhoor en het verdachtenverhoor.<sup>9</sup> Bij een verhoor is de voorbereiding belangrijk: eerst wordt duidelijk op een rij gezet welke informatie over de zaak bekend is en vanuit welke bronnen de informatie komt. Daarnaast wordt gezocht naar informatie over de getuige of verdachte en welke informatie hij al kan hebben uit andere bronnen. Vervolgens wordt een verhoorplan opgesteld waarin wordt beoordeeld welke aanpak het beste is.

In het getuigenverhoor zijn drie soorten verhoor-methoden of interviewtechnieken beschreven:

- Generiek getuigenverhoor: de getuige krijgt de instructie alles te vertellen en pas later wordt doorgevraagd.
- Geleide herinnering: de getuige dient de gebeurtenis stap voor stap te vertellen en de verhoorder stelt de vragen in de tegenwoordige tijd (“Wat gebeurt er nu?”).
- Cognitief interview: hier wordt gebruikt gemaakt van de werking van het geheugen. De getuige krijgt bijvoorbeeld de instructie om het verhaal van achter naar voren te vertellen zodat het verhaal niet aangevuld wordt door algemene scripts. Of hem wordt gevraagd het verhaal te beschrijven vanuit een ander perspectief (bijvoorbeeld vanuit het slachtoffer).

Bij verdachtenverhoor is het wel toegestaan indringend te ondervragen door te confronteren met bewijzen, maar niet om de verdachten lichamelijk of geestelijk uit te putten of bijvoorbeeld strikvragen te stellen en valse beloften te doen.

In het verdachtenverhoor onderscheidt men vier verhoormethoden:<sup>9,10</sup>

- Directe stapelingsmethode: als waarschijnlijk is dat de verdachte bekend, de verdachte wordt in een keer met alle bewijzen geconfronteerd.
- Standaard-verhoorstrategie: een verhoormethode waarbij door confrontaties met bewijs, de druk op de verdachte geleidelijk wordt opgevoerd. De confrontatie met bewijs vindt plaats door ‘omsingeling’ dat wil zeggen het stellen van open vragen zodat alle uitvluchtmogelijkheden zijn afgedicht.
- Vraag- en antwoordmethode: als de verdachte zwijgt, volgt opsomming van alle bewijzen en vervolgens wordt de verdachte om een reactie gevraagd ook al geeft de verdachte geen antwoord. Dit om te voorkomen dat de verdachte later zegt dat hij wel had geantwoord als hij wist dat deze vragen gesteld zouden worden.
- Gedragskundige verhoorstrategie: op maat toegeruste methode waarbij een expert de recherche adviseert over gedragsmatige aspecten die een belangrijke rol spelen bij het verhoor.

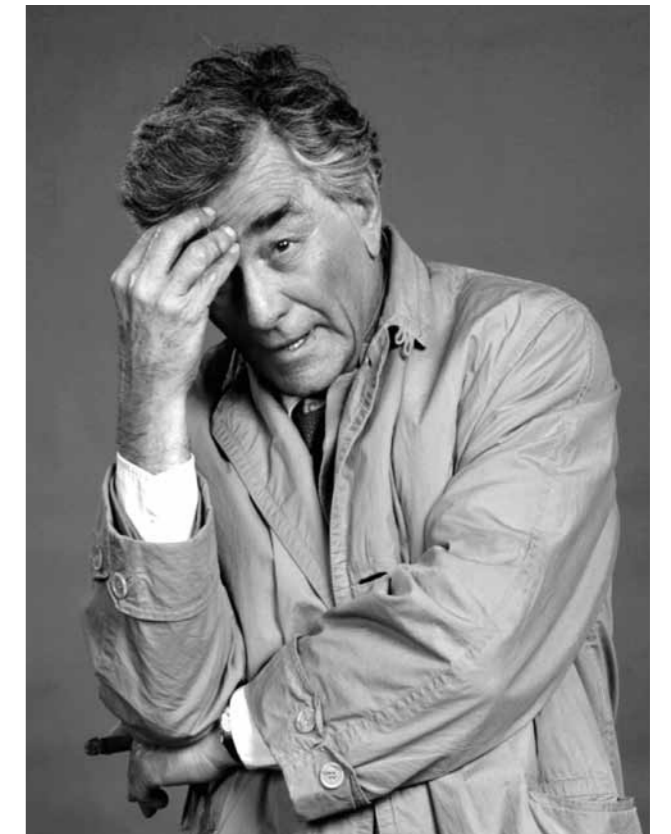
### Beschouwing

De beoordeling van belastbaarheid in het kader van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen vertoont overlap met andere disciplines zoals het beoordelen bij jurysporten en politieverhoren. Een aantal grondbeginselen van het gesprek met als doel waarheidsvinding worden al toegepast in belastbaarheidsbeoordelingen. Zo spelen in het ‘Belastbaarheidgerichte Beoordelingsgesprek’ het doorvragen naar details, het structureren van een gesprek, het beoordelen op consistentie en een

vooranalyse van het dossier een belangrijke rol. Het is de vraag in hoeverre wij onderdelen van beoordelingen in andere disciplines kunnen gebruiken in het beoordelen van belastbaarheid. Een deel daarvan zal kunnen stuiten op ethische bezwaren. Bijvoorbeeld: Is het toegestaan informatie over de cliënt te verzamelen op internet of bij de werkgever of buurman? Observatie binnen de spreekkamer speelt een belangrijke rol bij de beoordeling, maar in hoeverre is observatie van de cliënt buiten de spreekkamer toegestaan (in de gang naar de wachtkamer, vanuit het raam als cliënt weer naar huis gaat, vanuit een auto voor het huis van de cliënt)?

Andere onderdelen kunnen wellicht wel nu al toegepast worden zoals:

- Het aanpassen van de interviewmethode aan de cliënt, bijvoorbeeld afhankelijk van de cultuur waaruit een cliënt komt. Eventueel kan hierbij advies van een (gedrags-)deskundige gevraagd worden.
- Het confronteren met inconsistenties, niet alleen om onwaarheden te ontdekken maar ook mogelijke communicatiestoornissen tussen arts en cliënt.
- Rekening houden met de volgorde waarin cliënten worden opgeroepen (‘volgorde effect’). Bijvoorbeeld het inplannen van een cliënt met een levensbedreigende ziekte aan het einde van de dag.
- Het inzetten van meerdere beoordelaars of video-ondersteuning bij complexe beoordelingen. Bijvoorbeeld door standaard een cliënt met een moeilijk objectiverbare ziekte door twee artsen te laten beoordelen.



#### Literatuur

1. Boer WEL de, Wijers JHL, Spanjer J, Beijl I van der, Zuidam W, Venema A. Gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2006;14;17-23.
2. Spanjer J. The Disability Assessment Structured Interview. Its reliability and validity in work disability assessment. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2010.
3. Spanjer J. Belastbaarheidgericht Beoordelingsgesprek (BGB) 2007. Op te vragen bij auteur jerry.spanjer@uwv.nl.
4. Spanjer J. Column: Kunstschaatsen. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2009;17:59.
5. Tredouw C, Foster D, Allan A, Cohen A, Wassenaar D. Psychology and Law. Juta and Co Ltd 2005 Lansdowne South Africa 2005. Chapter 6 Tredouw C, Pooley S. Credibility Assessment.
6. Gödert HW, Gamer M, Rill HG, Vossel G. Statement validity assessment: inter-rater reliability of criteria-based content analysis in the mock-crime paradigm. Legal and criminological psychology 2005;10:225-45.
7. Köhnken G. Statement validity analysis and the detection of the truth. The detection of deception in forensic contexts. Granhag, Pär-Anders, Strömwall, Leif. NY 2004. pp 41-63.
8. Vrij A. Criteria-based content analysis: a qualitative review of the first 37 studies. Psychology, Public Policy and Law 2005;11:3-41.
9. Amelsfoort A, Pispens I, Grolman. Handleiding verhoor. Reed Business Bv Amsterdam 2010.
10. Sleen, J. van der. A structured model for investigative interviewing of suspects. In: R. Bull, T. Valentine & T. Williamson (eds.), Handbook of Psychology of Investigative Interviewing (p.35-52). Chichester: John Wiley & Sons Ltd 2009.

Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig onderzoek (SBVO)

## Jaarverslag 2010

Het bestuur werd gedurende het jaar 2010 gevormd door:

Dhr. K. de Wilde, voorzitter  
Mw. G.A. van Beelen, penningmeester  
Dhr. M.L.A. Schotel, secretaris  
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf  
Dhr. J.J. Meulenkamp

Het bestuur werd ondersteund door:

Dhr. S.J.H. Eggen  
Dhr. W.G. Fontein  
Dhr. F.S.L. Schmidt  
Mw. G.A. van Strien

Het Bestuur vergaderde in 2010 zes keer, eenmaal ten kantore van Postbank ING in Amsterdam, daarna bij Genas te Naarden. Vanzelfsprekend vonden weer verreweg de meeste redactionele activiteiten plaats via internet.

De hoofdactiviteit van de Stichting bleef het uitgeven van GAVscoop. Dit jaar werden weer drie uitgaven gerealiseerd en wel in de maanden april, juli en december. GAVscoop werd collectief verzonden aan alle leden van de GAV. In de loop van 2010 bleef het aantal externe abonnees stabiel op 18, waarvan 14 betalende.

Een viertal abonnees, waaronder de Koninklijke Bibliotheek, werd GAVscoop als vanouds om niet toegezonden.

Zowel de lay-out als de verdere afwerking van GAVscoop werden verzorgd door het grafisch servicebureau HieroSign.

In 2010 konden 92 pagina's worden uitgegeven, opnieuw een mooie toename ten opzichte van voorgaande jaren. Het jongste nummer telde zelfs 35 pagina's, een absoluut record!

Ook in deze 14e jaargang kon GAVscoop weer als podium functioneren voor het uitwisselen van kennis, relevant voor de medisch adviseur in het particuliere verzekeringsveld.

In de beide blauwe nummers kwamen algemene zaken, zoals mediprudentie, gedrag- en beroepscode, de behandeling van lumbago, herstelgedrag, voorspellende geneeskunde en productontwikkeling met betrekking tot HIV, naar voren. Daarnaast was er aandacht voor meer lijfelijke onderwerpen, zoals het radial pain and fatigue syndrome van de onderarm en de forensische herkenning van letsels na lichamelijk geweld en aandoeningen van de tractus digestivus.

Het in de zomer verschenen, rode, themanummer 'Medisch Tuchtrecht' presenteerde artikelen over de gang van zaken rond het medisch tuchtcollege en de overwegingen van het tuchtcollege. Ook werden een overzicht en een analyse gegeven van zaken waarbij een maatregel werd opgelegd, dan wel de klacht werd afgewezen.

In het decembernummer werd, voor de eerste maal, op verzoek van een Regionaal Tuchtcollege een uitspraak van dit college gepubliceerd. Hoewel niet volledig van toepassing op ons particuliere werkveld, toch van singulier belang, gelet op de uitspraak dat deze ook diende te worden aangeboden aan het tijdschrift voor geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken. In ieder geval een blijk van erkenning van het bestaansrecht van ons blad vanuit juridische hoek.

Dit jaar kon GAVscoop opnieuw bogen op een gezond evenwicht tussen artikelen van de hand van GAV-leden en bijdragen van externe auteurs.

Naast de vaste adverteerder, konden dit jaar weer enkele nieuwe adverteerders worden verwelkomd.

De GAVscoop site, mocht zich in 2010 in een groeiend aantal bezoekers verheugen. De up-to-date gehouden nascholingsagenda en de index van de in de afgelopen

14 jaar verschenen uitgaven, maakten zo een professionele benadering van ons specifieke werktein mogelijk.

Dit jaar werd besloten met een laatste 'Van de redactie' van onze hoofdredacteur Kees de Wilde, waarin hij de lezers aangeeft dat hij na 43 nummers en 1100 pagina's GAVscoop de tijd gekomen acht terug te treden uit de redactie.

Dit tot spijt van de gehele verdere redactie, die hij vanaf het allereerste begin in november 1996 op sublieme wijze heeft gevormd en geleid, persoonlijk en betrokken en vaak in stilte.

Zoals de lezers duidelijk zal zijn geworden tijdens het lezen van de buiten medeweten van Kees geplaatste 'Van de redactie (2)' is de redactie hem zeer dankbaar voor de voortrekkersrol die hij gedurende al die jaren, op verzoek van het GAVbestuur, sinds de oprichtingsvergadering op 26 september 1996 op zo'n fijne manier heeft vervuld.

Anno 2011 kan geconstateerd worden dat GAVscoop inmiddels kind-af is, de jaren des onderscheids zijn aangebroken.

Kees, dank je wel voor je vaderlijke zorgen!

M.L.A. Schotel

## Voor u gelezen

### Waar een wil is, is een werkhervatting? Wat voorspelt werkhervatting na kniearthroplastiek?

Bron: Preoperative Predictors of Returning to Work Following Primary Total Knee Arthroplasty. Joseph F. Styron, Wael K. Barsoum, Kathleen A. Smyth, Mendel E. Singer. The Journal of Bone & Joint Surgery, 2011; 93:2-10.

#### Inleiding

Arthrose is de meest voorkomende oorzaak voor invaliditeit bij werkende Amerikanen. Een totale knieprothese wordt beschouwd als een effectieve behandeling voor terminale arthrose. Het aantal operaties wegens knieprothesen zal in de Verenigde

Staten naar verwachting in 2030 verder stijgen tot zeven maal het aantal in 2005. Niet alleen neemt het aantal knieprothesen toe, de patiënten worden ook steeds jonger. In de toekomst zullen vaker totale knieprothesen worden geplaatst bij mensen die nog actief zijn in het arbeidsproces. Jongere mensen zullen zich vaker zorgen maken over werkhervatting na een operatie. De rol van een knieprothese bij het kunnen blijven werken zal dan ook duidelijker moeten worden. Voorspellende factoren naar de uitkomst van totale knieprotheseoperaties zijn in verschillende studies onderzocht. Deze uitkomst wordt vaak beschreven in termen van functionele mogelijkheden of het optreden van complicaties. Maar naar de mogelijke relatie tussen voorspellende factoren en werkhervatting is nog niet eerder onderzoek verricht.



Het doel van deze studie is te vast te stellen hoelang een patiënt niet kan werken na het implanteren van een knieprothese, of er werk is dat na een dergelijke ingreep niet meer mogelijk is, en welke factoren het belangrijkste zijn bij het voorspellen van deze arbeidsongeschiktheid.

### Materiaal en Methoden

Patiënten die op de nominatie stonden om een implantatie van een totale knieprothese in een groot academisch centrum te ondergaan werden gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. De inclusiecriteria waren: alleen primaire knieprothese, leeftijd 18 – 69 jaar, werkzaam ten tijde van de operatie en voornemens ook nadien weer te gaan werken. Exclusiecriteria: totale knieprothese aan de contralaterale zijde korter dan zes maanden geleden, een eerdere proximale tibia-osteotomie of een unicompartimentale knieprothese. De patiënten werden preoperatief benaderd en vervolgens na vier tot zes weken, en drie en zes maanden na de operatie.

### Uitkomst variabelen

Twee verschillende parameters werden gebruikt om de mate van arbeidsgeschiktheid te meten: duur tot werkhervatting en wel of niet werken op een einddatum.

Duur tot werkhervatting was tweeledig gedefinieerd. Ten eerste als de tijd van operatie tot hervatting van enig werk, en daarnaast als de tijd tot hervatting van het volledig werk. Het wel of niet werken op een einddatum was gedefinieerd als minimaal gedeeltelijk hervat zijn of helemaal niet hervat zijn, drie maanden na de operatie. Dit tijdstip was bepaald omdat de meeste patiënten dan het werk hadden hervat.

### Voorspellende variabelen

Leeftijd, geslacht, BMI en Functional comorbidityindex (FCI) werden uit het dossier van de patiënt gehaald. Het basale gezondheidsniveau werd gemeten met twee specifiek voor de knie gemaakte vragenlijsten: de Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) en de Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). Als maat voor de algehele gezondheidstoestand werd de Short Form Health Survey (SF-12) gebruikt.

De motivatie van de patiënt werd gemeten met verschillende vragen geselecteerd op basis van literatuur op het gebied van werkmotivatie (zie tabel 1). Er werd gevraagd naar beleving van het belang van terugkeren naar het werk voor henzelf, voor hun familie, vrienden en collega's. Daarnaast waren er vragen met betrekking tot het verwachte effect of de impact op hun gezondheid.

De patiënten werd ook gevraagd naar de fysieke eisen die hun werk stelt en in hoeverre knieproblemen daarin een belemmering vormen.

Andere factoren die onder andere zijn meegewogen zijn: zelfstandige of in loondienst, ziektekosten-

Tabel 1 Motivation Subscales	
Construct	Items*
Self-motivation	How important is it to you as an individual that you return to work? How important is it to you that you return to work in less than 1 year? How important is it to you that you return to work in less than 6 months? How important is it to you that you return to work in less than 3 months?
Family/social motivation	How important is it to your family that you return to work?
Health motivation	How often do your current knee problems affect your ability to complete your work assignments? How important of a role did your ability to continue to work play in your decision to receive a knee replacement? Does your work make your knee pain worse?
Sense of urgency to return	How important is it to you that you return to work in less than 1 month?
* Each question was scored on a scale of 0 to 4, with the summative score for each subscale ranging from 0 to 1.	

verzekering via het werk, werkzaam in werk dat toegankelijk is voor minder validen, ontvangst van een uitkering en de aanwezigheid van lage rugpijn.

### Resultaten

De gegevens van 162 (94.2%) van de 172 patiënten konden worden verzameld (zie tabel 2).

De survival-analyse met tenminste gedeeltelijke werkhervatting als uitkomstvariabele, toonde zeven voorspellende variabelen geassocieerd met snellere werkhervatting, en drie variabelen geassocieerd met langzamere hervatting. Een gevoel van urgentie tot hervatting ('sense of urgency about returning') bleek geassocieerd met snellere werkhervatting, naast onder andere werken op een werkplek die toegankelijk is voor minder validen, vrouwelijk geslacht en werken als zelfstandige. De resultaten lieten zien dat het patiënten met een gevoel van urgentie om te hervatten 46.8% van de tijd kostte ten opzichte van de patiënten zonder dat gevoel van urgentie.

Tabel 2 Patient Demographics (N = 162)	
Variable*	
Sex (no. [%])	
Male	51 (31.5%)
Female	111 (68.5%)
Median age (interquartile range) (yr)	57 (52, 61)
Race (no. [%])	
White	137 (84.6%)
Black	22 (13.6%)
Asian	2 (1.2%)
Hispanic	1 (0.6%)
Mean BMI (stand.dev.) (kg/m <sup>2</sup> )	
Male	32.5 (6.3)
Female	36.8 (8.0)
FCI (interquartile range)	3 (2, 4)
Site of total knee arthroplasty (no. [%])	
Left	66 (40.7%)
Right	65 (40.1%)
Bilateral	31 (19.1%)
Previous contralateral total knee arthroplasty (no. [%])	25 (15.4%)
Self-employed (no. [%])	26 (16.1%)
Receiving Workers' Compensation (no. [%])	2 (1.2%)
Receiving health insurance through employer (no. [%])	125 (77.2%)
Having disability insurance (no. [%])	65 (40.1%)
Workplace handicap accessible (no. [%])	113 (69.8%)
Knee problems forced patient to alter responsibilities at work (no. [%])	56 (34.6%)
Self-described physical demands of job (no. [%])	
Low	44 (27.2%)
Moderate	74 (45.7%)
High	44 (27.2%)
* BMI = body mass index, and FCI = Functional Comorbidity Index	

Het krijgen van een uitkering was geassocieerd met langzamere werkhervatting, evenals zwaarder fysiek werk en minder pijn preoperatief. Van de 162 patiënten waren 117 (72.2%) tenminste gedeeltelijk hervat binnen drie maanden na de operatie. Het gevoel tot urgentie tot hervatting bleek de enige significante voorspeller voor tenminste gedeeltelijke werkhervatting, drie maanden na de operatie. Bij patiënten met een urgente wens om weer aan het werk te gaan is de waarschijnlijkheid van werkhervatting binnen drie maanden 44.2% meer dan bij patiënten die zo'n urgentie niet voelden.

### Discussie

In alle onderzochte modellen was het persoonlijke gevoel van urgentie om te hervatten de meest belangrijke voorspeller van feitelijke werkhervatting. Het belang van snelle werkhervatting bleek onafhankelijk van financiële of sociale motieven, en wel of niet werken in loondienst. Ondanks correctie voor de vele factoren die de motivatie kunnen beïnvloeden bleef het persoonlijke gevoel van urgentie weer aan het werk te gaan een significante voorspeller voor de tijd tot werkhervatting. Dit suggereert dat deze variabele een complexe interactie tussen verschillende motivationele factoren vertegenwoordigt.

In dit onderzoek hervatten zelfstandigen sneller dan werknemers in loondienst, echter alleen ten aanzien van gedeeltelijke werkhervatting. Ten aanzien van volledige werkhervatting bleek deze variabele niet significant bijdragend.

Vrouwen hervatten hun werk sneller dan mannen. Alhoewel vrouwen vaker fysiek lichter werk hadden, was de snellere werkhervatting niet daarvan afhankelijk.

Eerder is aangetoond dat de preoperatieve situatie een goede voorspeller is van de postoperatieve situatie. In dit onderzoek blijkt tevens dat patiënten met preoperatief een slechtere psychische gezondheidstoestand langzamer hervatten.

De factor met het meest negatieve effect op de snelheid van werkhervatting is het ontvangen van een uitkering ('Workers' compensation'). Dit past bij eerder onderzoek waaruit bleek dat patiënten met een uitkering vaker een slechtere uitkomst rapporteren na een totale knie-arthroplastiek. In dit onderzoek waren echter maar twee patiënten met een uitkering aanwezig, waardoor ten aanzien hiervan geen conclusies kunnen worden getrokken.

De factoren die een snellere werkhervatting voorspellen na een knie-arthroplastiek zijn vergelijkbaar met factoren die van belang zijn gevonden voor werkhervatting na andere orthopaedische ingrepen, namelijk: vrouwelijk geslacht, minder fysiek belastend werk en werk als zelfstandige.

Uit dit onderzoek blijkt dat goed gemotiveerde patiënten in staat zijn te hervatten, ook in fysiek belastend werk. De implicaties voor preoperatief advies zijn duidelijk: patiënten moet worden verteld dat werkhervatting meer van hen afhangt dan van het werk.

J. Buitenhuis

Het originele artikel kan via [www.gav.nl](http://www.gav.nl) worden gedownload als PDF-bestand.



## Colofon

### GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig  
Adviseurs in particuliere  
Verzekeringszaken

### Redactie

Mw. G.A. van Beelen  
J. Buitenhuis  
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf  
(hoofdredacteur a.i.)  
S.J.H. Eggen  
S. Knepper  
J.J. Meulenkamp  
F.S.L. Schmidt (penningmeester)  
M.L.A. Schotel (secretaris)  
Mw. G.A. van Strien

### Redactieadres

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek  
p/a Spoorstraat 17N  
3811 MN Amersfoort  
email GAVscoop@GAVscoop.nl  
internet : <http://www.GAVscoop.nl>

### Uitgave

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

### Lay-out/druk

HieroSign, grafisch servicebureau,  
Apeldoorn

### Abonnementen

GAV-leden krijgen het Tijdschrift  
toegezonden. De abonnementsprijs  
voor niet-leden bedraagt  
€ 45,- per jaar. Opgave bij de secretaris  
van de Stichting. Betalingen op  
rekeningnummer 17.44.060 t.n.v.  
SBVO Naarden.

### Auteursrechten

Overnemen van artikelen of  
delen hiervan is slechts mogelijk  
met schriftelijke toestemming  
van de Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek  
onder vermelding van de bron.  
Aansprakelijkheid voor ingezonden  
artikelen ligt niet bij de redactie.

### ISSN

1387-6082

## Agenda

De agenda wordt verzorgd door de redactie van GAVscoop. De agenda is bestemd voor de leden van de GAV. De GAV-ledenvergaderingen zijn besloten en uitsluitend toegankelijk voor GAV-leden en genodigden. Ook de genoemde congressen e.d. zijn meestal beperkt toegankelijk. Agendapunten die van belang kunnen zijn voor de leden van de GAV kunt u aanmelden via e-mail: [gavscoop@gavscoop.nl](mailto:gavscoop@gavscoop.nl). Vermeld hierbij: locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

### 2011

21 april **NVAG themamiddag: Wij bieden geen overbodige zorg: realiteit of toekomst?**  
Locatie: Huize Molenaar, Utrecht  
Info: [www.nvag.nl](http://www.nvag.nl)

24 mei **GAV: Ledenvergadering**  
Locatie: Achmea Congrescentrum, Zeist  
Wetenschappelijke lezing:  
**Prognose van hersenletsels.** Dr. Hester  
F. Lingsma, Dept. of Public Health,  
Erasmus MC.

27 mei **Whiplashschades: van Strijdtoneel naar Harmoniemodel**  
Locatie: Holiday Inn, Leiden  
Info: [www.kerckebosch](http://www.kerckebosch)

17 juni **NSPOH/GGD: Social Media, tijdelijk of onvermijdelijk?**  
Locatie: Amersfoort  
Info: [www.nspoh.nl/smtoo](http://www.nspoh.nl/smtoo)

24 - 28 augustus **Fifth International Whiplash trauma congress**  
Locatie: Lund, Sweden  
Info: <https://kongresslund.se/IWTC/Welcome/>

6 oktober **Nascholing Studiekring Noord**  
Inlichtingen: [www.studiekringnoord.nl](http://www.studiekringnoord.nl)

9 t/m  
11 november **GAV/NVVG**  
Verzekeringsgeneeskundige dagen  
Info volgt

### 2013

26 - 29 mei **24ste ICLAM Congres**  
Locatie: Madrid  
Inlichtingen: <https://congress.iclam.org>

### 2016

22 - 25 mei **25ste ICLAM Congres**  
Locatie: Nederland