

Samenwerking verzekeringsarts – arbeidsdeskundige

Een arbeidsdeskundige zit tegenover een werknemer met een ernstige ziekte (uitgaande van de beperkingen in de Functionele Mogelijkheden Lijst) die komt om te praten over perspectief in werk en inkomen. Als je hem direct vertelt dat je niet weet wat hij mankeert, voelt hij zich net zo weinig serieus genomen als wanneer het halverwege het gesprek duidelijk wordt. Je hoopt dat hij het zelf vertelt. Vaak heb je al een idee op basis van de beperkingen in de FML. Soms heeft de werkgever iets verteld, wat hij eigenlijk niet mag vertellen. Je wordt ook handig in het spontaan laten vertellen van wat je nodig hebt.

Stel nu dat de verzekeringsarts heeft verteld wat de werknemer mankeert, dan is er evengoed voorzichtigheid geboden, immers, je moet de verzekeringsarts niet in een moeilijke situatie brengen.

Zulke gesprekken vind ik absurd. Toch werkt het zo. De bedrijfsartsen en verzekeringsartsen moeten zich aan de regels houden. Arbeidsdeskundigen ook. Maar door dit gedraai is een werknemer niet geholpen, sterker nog, hij voelt zich -niet onterecht- miskend; “u oordeelt over mij maar weet niet waar u het over heeft”. En dat klopt.

De vraag is of er arbeidsdeskundigen zijn die dit probleem niet herkennen. Die een passende oplossing hebben gevonden en altijd goed geïnformeerd zijn.

Advocaten in bezwaar beter geïnformeerd dan de arbeidsdeskundige

Als ik als gemachtigde (of mijn collega-advocaat) namens een werkgever in bezwaar en (hoger) beroep probeer vast te stellen of het UWV de juiste afwegingen heeft gemaakt, begin ik met het lezen van de medische analyse. Wat is de diagnose, de prognose en wat zijn de gevolgen voor het functioneren?

Als ik geen beeld heb van, of inzicht in het ziektebeeld vraag ik een bedrijfsarts of verzekeringsarts om een toelichting. Dan zoek ik bijvoorbeeld naar de effecten van de ziekte, vraag ik bij comorbiditeit hoe de ziektebeelden elkaar beïnvloeden. Door jarenlang vragen stellen heb ik een redelijk beeld bij de meest voorkomende ziektebeelden. Ook doordat ik werknemers voorbij zie komen in een gesprek of alleen hun dossier, die de ziekte al langer hebben en ermee functioneren. Zo kan ik als niet-medicus vat krijgen op de gevolgen van ziekte voor het functioneren, maar ook de eventuele behandelingen in dat perspectief plaatsen. Dat helpt mij de Functionele Mogelijkheden Lijst die de bedrijfsarts of verzekeringsarts maakt beter te kunnen begrijpen, maar ook kan ik daardoor vragen stellen en belemmeringen in werk bespreekbaar maken met de bedrijfsarts/verzekeringsarts. Maatwerk ontstaat hier.

Mijn standpunt is dat het gat tussen de medische analyse en de vertaling in de gevolgen voor

werk alleen kan worden gedicht door de arts en arbeidsdeskundige samen. Door maatwerk. Artsen worden -gegeneraliseerd- opgeleid om te genezen of de achteruitgang te vertragen, geheel vanuit de medische benadering, en niet vanuit het functioneren nadien. Revalidatie gebeurt wél in een multidisciplinaire setting, maar die is gericht op de basisfuncties in ADL. Als die zijn bereikt, stopt de revalidatie.

Wat weet de (bezwaar)arbeidsdeskundige?

Het voordeel voor mij als gemachtigde is dat ik alle informatie mag inzien, ook de medische stukken. In de rol van arbeidsdeskundige voor werkgevers (ook ERD) of in dienst van het UWV kan dat niet. Je bent als arbeidsdeskundige dan afhankelijk van wat de werknemer vertelt, en dat is niet altijd voldoende, de ziekte wordt belicht vanuit zijn interpretatie van wat de behandelaar aangeeft en zijn perspectief. Alleen als hij dat wil. Met die informatie terug naar de verzekeringsarts of bedrijfsarts is lastiger. Het gebel van arbeidsdeskundigen met bedrijfsartsen om informatie, kennis of overleg, verloopt moeizaam, mede omdat arbeidsdeskundigen vaak met artsen werken die zij niet of nauwelijks kennen. Of omdat zij in dienst zijn van arbodiensten die om aansprakelijkheids- en zakelijke argumenten de artsen met regels aan banden heeft gelegd. De muur die er staat tussen de medicus en de rest van de professionals is hoog. Enige vasthoudendheid is nodig om maatwerk te kunnen leveren. Het betekent dat je je als arbeidsdeskundige, als het niet lukt over die muur te komen, soms alleen met de FML moet redden. Dat is ongewenst, al kunnen arbeidsdeskundigen soms heel goed aan de FML zien welke ziektebeelden aan de orde kunnen zijn, en dan in de gesprekken steeds meer uitsluiten. Deductie.

Overigens lijkt het erop dat in bezwaar en beroep artsen en arbeidsdeskundigen soms wel samenwerken, en dat de arbeidsdeskundigen wel geïnformeerd zijn over de medische beoordeling. Maar hoeveel die weten blijft onbekend.

—

Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, kunnen die maatwerk leveren?

Multidisciplinair werken bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen lukt alleen als je als arbeidsdeskundige samenwerkt met een coöperatieve arts, meestal pas als je daar langere tijd mee samenwerkt. Dat geldt voor de samenwerking met een bedrijfsarts voor de WIA-poort evengood als binnen het UWV. Dat wordt bij het UWV nu extra bemoeilijkt door de huidige achterstanden waardoor arbeidsdeskundigen meer en meer te maken krijgen met wisselingen in de samenwerking, waardoor het opbouwen van een effectief MD-overleg niet vanzelfsprekend is.

Als ik lees dat nieuwe verzekeringsartsen zich ingeklemd voelen door het keurslijf van het UWV en de Functionele Mogelijkheden Lijst denk ik dat het werken in een MD-team hun werk interessanter kan maken, want ook zij krijgen zonder overleg wel heel weinig terugkoppeling op hun werk. De gevolgen van hun eigen oordelen zien verzekeringsartsen eigenlijk nooit. Zelfs

niet het besluit dat volgt op hun oordeel.

Maatwerk bij professionele buikpijn

Het UWV heeft een maatwerkplaats in het leven geroepen: [maatwerk-bij-professionele-buikpijn.pdf \(uwv.nl\)](#)

Het UWV heeft plannen:

PLANNEN UWV



Medewerkers toerusten om maatwerk te kunnen leveren

- Kennis vergroten door casuïstiek en voorbeelden te delen en zo te leren waar er ruimte voor maatwerk is.
- Investeren in bewustwording en handelingsperspectief van medewerkers.
- Medewerkers de ruimte bieden om maatwerk toe te passen.
- Aandacht houden voor de spanningsvelden.
- Ervoor zorgen dat de leidende principes voor maatwerk consequent overal op dezelfde wijze worden toegepast.



Meer en beter samenwerken

- Investeren in structurele en betere samenwerking tussen verschillende bedrijfsonderdelen.
- Bevorderen integraal werken (o.a. via integrale klantreizen).
- Blijven deelnemen en bijdragen aan het overheidsbrede netwerk, de Overheidsbrede Maatwerkplaats.

Voor mij is de samenwerking arts-arbeidsdeskundige bij onderzoeken met grote gevolgen een must. Het voorkomt dat een enkele arts of arbeidsdeskundige een te groot stempel drukt, met ruimte voor persoonlijke invulling zonder reflectie. Het overleg maakt een meer genuanceerd besluit mogelijk en voorkomt ook dat er een tunnelvisie kan ontstaan.

Zo is de beoordeling ook bedoeld als je kijkt naar de in de CBBS-Basisinformatie uiteengezette werkwijze. Een paar nieuwe verzekeringsartsen en ervaren arbeidsdeskundigen weten hun werk samen vast interessanter te maken.

Dit keer een stap opzij. Geen nieuwe, maar oude patronen gebruiken.

—

Inhoudelijke samenwerking arts en arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige mag van de verzekeringsarts geen medische informatie krijgen.

Arbeidsdeskundigen krijgen een niet-medisch rapport van de verzekeringsarts zonder informatie over alles wat persoonlijk is, van dagverhaal tot diagnose, het wordt geknipt uit het medisch onderzoeksverslag.

Als er problemen zijn met de overdracht van informatie, vanwege privacywetgeving, zoals arbeidsdeskundigen vaak ervaren, dan moeten we daar iets aan doen, en geen omwegen zoeken. Dat is niet transparant.

Als we zien hoe het kan dat een verpleegkundige bij het UWV of arbodienst met medische informatie aan het werk kan, met een verlengde arm, en de arbeidsdeskundige dan met een kaal lijstje een beoordeling moet doen met verstrekkende gevolgen, wordt het beroep van arbeidsdeskundige zo beperkt dat ik me afvraag hoe de deskundigheid kan worden gebruikt. Ik weet dat het lastig is, maar het maatwerk dient te beginnen bij de uitvoerders/beslissers met relevante informatie en kennis. Hebben multidisciplinaire teams in de zorg ook te maken met dergelijke belemmeringen bij kennisoverdracht? Wat is er de laatste 10 jaar zo veranderd dat iedereen vanaf een eiland zijn werk doet? En waarom staat de werkwijze volgens het UWV vastgelegd in de CBBS-Basisinformatie zo ver af van de praktijk?

Datum

26 februari 2023

Auteur

Flora van den Berg