

De rol van de huisarts bij arbeidsongeschiktheidsconflicten

Bij arbeidsongeschiktheidsconflicten bestaat er strikt genomen een conflict tussen de verzekerde (werknemer) en het uitvoeringsorgaan van de (sociale) verzekering. De positie van de laatste is sterk, die van de eerste zwak. Kijkt de huisarts daarbij alleen van de zijlijn toe, of is er voor hem een taak weggelegd als „advocaat” van zijn patiënt? Wat zijn de (on)mogelijkheden van de huisarts daarbij? Waar liggen de grenzen van een persoonlijke en integrale zorg? Los daarvan dringt zich een andere vraag op. Kan

de huisartsgeneeskunde als discipline een specifieke inbreng hebben bij de behandeling van dergelijke conflicten voor een Raad van Beroep? Is er slechts één medisch oordeel over ziekte en arbeidsongeschiktheid, of hangt een dergelijk oordeel af van de achtergrond van de oordelende medicus?

Deze vragen zijn kennelijk zo complex dat er drie auteurs nodig zijn om de diverse aspecten te belichten.



Kijk, IN HET ALGEMEEN ZEG IK ZULKE DINGEN
NIET ZO GRAAG, MAAR DIE DE VRIES IS 'N
EERSTEKLAS SIMULANT, MENEER, EERSTE-
KLAS. ALS WE HIER NOG ES WILLEN LACHEN,
LEZEN WE MEKAAR ALTIJD VOOR UIT Z'N
DOSSIER

C. P. SCHOUWSTRA

De huisarts is geen advocaat

De huisarts moet de rol van advocaat in arbeidsongeschiktheidsgeschillen niet spelen. In de eerste plaats heeft hij daarvoor noch de kennis, noch de vaardigheden. Vervolgens werkt een dergelijke rolwisseling vertroebelend op de rechtspleging en kan de functionele relatie tussen huisarts en patiënt erdoor geschaad worden. Bovendien bestaat de mogelijkheid dat de belangen van andere patiënten worden geschaad (bijvoorbeeld de gezinsleden van de patiënt). En tenslotte moet de huisarts die rol niet spelen om niet ongewild bij te dragen aan de instandhouding van een systeem dat verandering en verbetering behoeft.

Fundamentele verschillen

Voordat een en ander kan worden gezegd over de rol van de huisarts als advocaat, zal enigermate vastgesteld dienen te worden wat we verstaan onder de „rol van advocaat” en „de hulpverlening door de huisarts”.

Hoewel er nogal wat overeenkomsten zijn te vinden bij de hulpverlening aan het individu tussen arts en advocaat, zijn er ook fundamentele verschillen:

De advocaat vervult zijn werk in het kader van de rechtspleging, waarbij handelingen van mensen ten opzichte van elkaar worden getoetst aan de wet of aan regels en overeenkomsten die binnen het kader van de wet zijn vastgesteld. In veel gevallen zal de advocaat adviseren; wanneer het tot rechtszaken komt, is hij echter in de eerste plaats pleitbezorger en belangenbehartiger voor zijn cliënt. In dat opzicht zal hij eenzijdig en partijdig (moeten) zijn.

Kortom, de rol van de advocaat is onder andere pleitbezorging en belangenbehartiging in processen, waarbij het gaat om handelingen van mensen ten opzichte van elkaar, en waarbij de onafhankelijke rechter het oordeel velt. De rechter is hierbij beslissend en hij besluit vanuit het oogpunt van het algemeen (maatschappelijk) belang. De rechter draagt aldus in de eerste plaats zorg voor het algemeen belang. Hij velt een oordeel op basis van wetten en regels en beschermt daarmee tevens normen en waarden in onze maatschappij.

De arts daarentegen heeft in de eerste plaats zorg voor het individu. Zijn hulpverlening is gericht op het genezen van ziekten en het bevorderen van gezondheid. In het algemeen bij processen die zich in de eerste plaats intrapersoonlijk afspelen (bij het individu zelf), en die gewoonlijk niet rechtstreeks betrekking hebben op handelingen tussen mensen. Weliswaar ligt een belangrijk deel van de causaliteit van de problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, in het veld van „handelingen tussen mensen”, maar de hulp- en zorgverlening zijn dan vooral gericht op de wijze waarop de hulpvrager daarmee omgaat.

Advies

Artsen zijn op grond van hun opleiding deskundig op het gebied van ziekten en gezondheid en dat legt artsen in de feitelijke hulpverlening beperkingen op.

Kijken we naar doelstellingen van de huisartsgeneeskunde dan staat daarover in het rapport *Methodisch werken* van het Nederlands Huisartsen Genootschap:

- openstaan voor alle vragen om hulp;
- samen met de patiënt een keuze maken uit hulpmogelijkheden en dienovereenkomstig handelen.

In het *Basispakket* van de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt de taak van de huisarts, zij het in andere bewoordingen, op vrijwel dezelfde wijze omschreven. Over de rol van de huisarts

bij juridische geschillen wordt niet gesproken, en wat betreft de taak van de huisarts inzake arbeidsongeschiktheid wordt in het basispakket van de huisarts het volgende gezegd:

„Het werkadvies. De huisarts zal in het gesprek met de patiënt de relatie tussen diens gezondheidstoestand, zijn (resterende) werkcapaciteit en zijn werkomstandigheden betrekken. Dit betekent, dat de huisarts, indien mogelijk, een gemotiveerd werkadvies geeft ter beantwoording van de vraag of werkhervatting danwel werkstaking nadelig danwel voordelig kan zijn voor de gezondheid van zijn patiënt. Over werkaanpassing kunnen nadere adviezen worden ingewonnen bijvoorbeeld via de bedrijfsarts.”

Uit deze formulering kan worden geconcludeerd, dat het gaat om een *advies* aan de hulpvrager. Het advies dient gebaseerd te zijn op een geneeskundige diagnose, een handlungsplan en een geneeskundige prognose, waarin arbeidsongeschiktheid is betrokken. Het gaat dan om gezondheidsbedreigende factoren in de werksituatie, eventuele belemmerende invloeden van de werksituatie op het genezingsproces, c.q. bevorderende invloeden ervan op de gezondheid van de persoon in kwestie. De patiënt of hulpvrager is en blijft verantwoordelijk voor hetgeen hij/zij vervolgens doet met het advies.

Nergens in de genoemde rapporten van de beroepsorganisaties wordt gesproken over een rol die de huisarts zou kunnen vervullen als bemiddelaar of pleitbezorger van zijn patiënt inzake de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid in de zin der wet. Uit deze taakomschrijving zou men dus de conclusie kunnen trekken, dat naar de mening van de beroepsorganisaties „de rol van advocaat” niet behoort tot het takenpakket van de huisarts. Men zou echter ook van opvatting kunnen zijn dat de beroepsorganisaties tot heden geen expliciet standpunt hebben ingenomen, en dat dientengevolge de huisarts, op basis van zijn vertrouwensrelatie, zijn hulpverlener-zijn en op grond van solidariteit met zijn cliënten, best de rol van advocaat zou kunnen vervullen.

Op dit laatste wil ik ingaan in de zin van: *kan* de huisarts de rol van advocaat c.q. pleitbezorger, belangenbehartiger wel vervullen, en zo ja, is dat wenselijk?

Mevrouw Jansen

Ter illustratie van het soort problemen dat ontstaat wanneer geneeskundigen de rol van rechter en/of advocaat op zich nemen (of door patiënten, instellingen en overheden krijgen opgelegd), wil ik een praktijkvoorbeeld geven: een geschiedenis die mij, hoewel reeds vele jaren geleden gebeurd, nog vers in het geheugen ligt, omdat naar mijn gevoel onrecht is geschied, en die een demonstratie is van de oneigenlijke machtspositie van de verzekeringsgeneeskundige.

Mevrouw Jansen is een vrouw van achtenvijftig jaar, die reeds enkele jaren samenleeft met een man die net is gepensioneerd. Beiden hadden een moeilijk leven achter de rug, totdat zij elkaar ontmoetten en bij elkaar steun en begrip vonden. Na verschillende vakanties in Spanje, waar zij inmiddels een huis hadden gekocht, besloten zij zich daar definitief te vestigen, zodra ook mevrouw Jansen pensioengerechtigd zou zijn.

Mevrouw Jansen, leidster in een grote bedrijfskantine, is al jaren in mijn praktijk en ik ken haar als een vriendelijke, bezorgde, hardwerkende vrouw, die door mij wordt behandeld voor hypertensie, waarvoor zij dagelijks een vrij grote medicatie behoeft. Daarnaast heeft zich de laatste jaren een chronische reumatoïde artritis ontwikkeld, waardoor zij in toenemende mate in haar functioneren wordt belemmerd. Vooral werkzaamheden die een zekere lichaamsinspanning vergen, vallen haar zwaar, zoals het dragen van grote volle dienbladen en soepketels.

Na een cholecystectomie en een moeilijke herstelperiode tracht zij enkele malen, op aandringen van de verzekeringsarts, het werk te hervatten. Dit loopt iedere keer op een mislukking uit, waardoor patiënte steeds vaker bij de verzekeringsarts op bezoek moet en steeds vaker en verdrietiger op mijn spreekuur verschijnt. Het herhaaldelijk telefonisch, schriftelijk en persoonlijk contact tussen de verzekeringsarts, die ik goed ken, en mijzelf leidt niet tot overeenstemming en patiënte wordt tenslotte, ondanks aantoonbare pathologie, dagelijkse medicatie (waarbij ook vaak anti-rheumatica), tegen het oordeel van de huisarts, haarzelf en haar directe chef, arbeidsgeschikt verklaard met de mededeling en de daarbij behorende aanwijzingen om maar in beroep te gaan tegen deze beslissing, indien zij blijft volhouden dit werk niet aan te kunnen.

Beroep. Aldus geschiedde en reeds na enkele weken werd een onafhankelijk deskundige (een neuroloog) aangewezenen om expertise over de mate van arbeidsongeschiktheid te geven.

De inlichtingen die de verzekeringsarts gaf aan deze collega, bevatten ook zijn persoonlijke mening dat patiënte, nu haar vriend met pensioen was en zij over twee jaar op zestigjarige leeftijd met pensioen zou gaan, trachtte voor die tijd in de WAO te komen om zodoende met behulp van een uitkering hun woning in Spanje beter te kunnen bekostigen.

De huisarts gaf, met toestemming van patiënte, inlichtingen; zijn *geneeskundig* oordeel was, dat patiënte als minder valide moest worden beschouwd.

Al met al ontstond een langdurige en moeilijke procedure, waarbij ik mij kortheidshalve ten aanzien van de rol van bedrijfsmaatschappelijk werker en bedrijfsarts, beperk tot de mededeling dat ook zij van mening waren dat patiënte niet als arbeidsgeschikt kon worden beschouwd. De schatting van alle betrokkenen was, dat de totale beroepsprocedure wel een jaar kon duren. De mogelijkheid bestond dus dat de uiteindelijke uitspraak „arbeidsgeschikt” zou luiden, terwijl de patiënte in de tussentijd haar werk niet had hervat. Mevrouw Jansen werd gewaarschuwd, dat zij in dat geval met terugwerkende kracht ontslag zou krijgen, met alle gevolgen van dien.

Dilemma. Hier ontstond nu een merkwaardig en mijns inziens onrechtvaardig dilemma:

– het werk hervatten zou in de ogen van de rechter de betekenis hebben van arbeidsongeschiktheid;

– het werk niet hervatten betekende, gegeven de mogelijkheid van een voor patiënte negatieve beslissing, een groot financieel risico.

Het treurige resultaat was, dat patiënte het werk hervatte, met frequent ziekteverzuim gedurende de anderhalf jaar die zij nog had te werken voordat ze zestig jaar werd. Door haar collegae werd het zwaardere werk van haar overgenomen en dikwijls werd zij ook door haar klanten geholpen. Haar chef gaf haar een andere functie, waarin zij geen leiding meer behoeft te geven, en met steun van allen om haar heen werd de eindstreep gehaald.

Van een verdere gerechtelijke procedure werd afgezien. De huisarts kon de wegen niet vinden om het professionele meningsverschil verder uit te vechten.

Conclusies

Doordat patiënte letterlijk en figuurlijk door de knieën ging, zal de betreffende verzekeringsgeneeskundige waarschijnlijk het gevoel hebben, dat hij juist heeft gehandeld en het gelijk, ook achteraf, aan zijn kant zien.

Mijn conclusies uit deze geschiedenis zijn:

- dat het met de rechtsbescherming van mensen in het samenvallend gebied van de sociale wetgeving en de gezondheidszorg maar pover is gesteld;
- dat de verzekeringsgeneeskundige in veel gevallen „beslissers” is inzake de uitvoering van een deel van sociale wet- en regelgeving, en dus in feite de rol van rechter vervult en daarmee zich beweegt op het vakgebied van juristen;
- dat mensen met ziekten en gebreken dikwijls de kracht en energie niet hebben om strijdbaar te zijn tegen dit type „medische macht”;
- dat de huisarts maar beperkte of misschien in het geheel geen mogelijkheden heeft om het professionele (geneeskundige) meningsverschil naar een onafhankelijke en deskundige beoordeling te tillen;
- dat ik als huisarts hier de sterke behoefte voelde de rol van advocaat te vervullen, doch dat ik niet eens als getuige-deskundige werd gehoord, terwijl mijn brieven en betogen evenmin het door mij beoogde effect hadden.

Getuige-deskundige

De vraag doet zich voor: had ik in het licht van mijn opvatting dat hier onrecht geschiedde, meer moeten doen en de rol van advocaat op mij moeten nemen en als belangenbehartiger moeten trachten alle wettige middelen en wegen te bewandelen om het conflict in gunstige zin voor mijn cliënte opgelost te krijgen? Achteraf denk ik van niet, en ik vraag mij zelfs af of ik door mijn houding en aanpak (pleitbezorging) de verzekeringsarts niet heb bevestigd in zijn rol als oordeler, hem niet heb geprikkeld om aan zijn oordeel vast te houden en dit door te zetten en in het algemeen zodoende ook heb meegewerkt een systeem in stand te houden, dat ik onjuist acht.

Bij de uitvoering van de Ziektewet is de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid opgedragen aan de verzekeringsarts. Bij de uitvoering van AAW en WAO ligt het beter, want daar is de beoordeling opgedragen aan een trio: verzekeringsarts, arbeidsdeskundige en wets-technische beoordelaar.

Wanneer het deskundigheidsgebied (krachtens opleiding en training) van de verzekeringsarts het gebied is van de geneeskunde, kan men vraagtekens zetten bij de kwaliteit van zijn oordeel over de arbeidssituatie en de werkplek. Hetzelfde geldt voor de juridische kant van de zaak. Voorts velt de verzekeringsgeneeskundige een oordeel dat belangrijke sociale, psychologische en materiële gevolgen heeft voor de patiënt. Daarbij is er bovendien veelal een belangtengestelling: werkgevers beoordelen het functioneren van verzekeringsgeneeskundigen meestal naar de mate waarin verzuim wordt beperkt; wat een optimale verzuimduur is, wordt echter door diverse partijen geheel verschillend beoordeeld.

Indien er conflicten ontstaan met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheid, dan is er sprake van processen die betrekking hebben op handelingen tussen mensen: processen die, zoals wij in het begin zagen, op het gebied van de juristen liggen. Het is begrijpelijk dat er dan ook aan de rol van advocaat gedacht zal worden. Medici kan ik daarbij wel zien in de rol van getuigen-deskundige, waarbij zij, zich beperkend tot hun deskundigheidsgebied, een oordeel geven over de gezondheidstoestand van de patiënt. Zij behoren echter noch in de stoel van de rechter noch in die van de advocaat. Doen medici dat wel, dan kan gesproken worden van branchevervuiling, hetgeen bijdraagt aan het instandhouden van een systeem, waarin onvoldoende rechtsbescherming is voor de cliënt en de kans op onrechtvaardigheden, onbegrip en onjuiste waardeoordeelen erg groot is.

Psychosociale factoren

Hiervoor heb ik over de beoordeling van de gezondheidstoestand gesproken en doelbewust niet over de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Arbeidsgeschiktheid wordt niet alleen door de lichamelijke belastbaarheid van mensen bepaald, maar ook door psychologische en sociale factoren. In de beoordeling van arbeidsgeschiktheid door verzekeringsartsen moeten deze factoren evenwel worden meegewogen. Timmer en Koten schrijven in hun artikel over kwaliteitsbewaking en -eisen ten aanzien van verzekeringsgeneeskundigen: „ter bepaling van de gedachte” worden een aantal persoonskenmerken genoemd die bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid aan de orde komen:

– leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, duur van arbeidservaring;
– karaktereigenschappen: integriteit, extravert denktipe, intelligentieniveau, contactueel begaafd, stabiel goed humeur, zelfstandig, assertief, vlot adapterend, coöperatief, vlotte omvang met gezagrelaties, stenisch, representatief, ambitieus, ordelijk, helpend, kunstzinnig, verbaal begaafd, goed geheugen, zorgvuldig, aimable, vitaal, loyaal, arbeidsbereid, gedisciplineerd, nauwkeurig, besluitvaardig, geconcentreerde en distributieve aandacht, analytische begaafdheid”.¹

Het is de vraag of het tot de professie van de medicus kan worden gerekend over deze psychologische kwaliteiten een objectief deskundig oordeel te vellen. Met name de huisarts zal over de psychologische kwaliteiten van zijn patiënt een subjectief oordeel hebben, dat in hoge mate wordt bepaald door de relatie die hij met zijn patiënt heeft, en die relatie is gekleurd door eigen normen en waarden en door zijn persoonlijk functioneren in de hulpverlening. In de zorg die de huisarts geeft (niet alleen *cure* maar *care*), of de subjectieve geneeskunde die hij bedrijft (gericht op welzijn), is juist dit persoonlijke oordeel van groot belang. Waar het echter gaat over de rechtmatigheid van een beroep dat wordt gedaan op regelingen van de sociale wetgeving, bestempelt die manier van oordelen de huisarts tot een partijdige, eenzijdige en niet-deskundige functionaris.

Daarenboven gaat het bij arbeidsgeschiktheid niet alleen om de belastbaarheid van de persoon, maar ook om de belasting door werk en werksituatie (waaronder ook het sociale klimaat waarin de arbeid wordt verricht, dient te worden verstaan). Ook daarover kan de huisarts zelden een deskundig oordeel vellen: de kennis die hij erover heeft, berust uitsluitend op datgene wat hem door zijn patiënt is aangeleverd.

Rollenspel

Vanzelfsprekend mag (misschien: moet) de huisarts patiënten die in dit soort geschillen verzeild raken, ondersteunen. Dit dient dan te geschieden binnen de relatie huisarts-patiënt en binnen het kader van zijn professionele deskundigheid. De huisarts kan ook helpen in de zin van vriendendienst of burenhulp, maar dat mag dan niet onder het mom van deskundigheid of op titel van het arts-zijn. Stapt de huisarts in de rol van advocaat/pleitbezorger, dan ont-

staat er een rollenspel dat voor niemand meer is te voorzien.

Samenvattend wil ik stellen dat de huisarts de rol van advocaat niet moet spelen:

- Hij heeft daarvoor niet de kennis en de vaardigheden, zijn deskundigheid is nu eenmaal een andere.
- Het betekent een rolwisseling die vertroebelend werkt op de rechtspleging en die de functionele relatie tussen huisarts en patiënt kan schaden.
- Een dergelijk optreden kan ook tegen de belangen van andere patiënten van de huisarts ingaan (bijvoorbeeld gezinsleden van de cliënt).
- De huisarts moet die rol niet spelen om niet ongewild bij te dragen aan de instandhouding van een systeem dat verandering/verbetering behoeft.

Nog een enkele opmerking over dit laatste punt. De besproken problematiek reikt veel verder dan alleen het probleem van arbeidsgeschiktheid. Het betreft ook aanstellingskeuringen, het verkrijgen van voorrechten op basis van ongezondheid en gebrek (bijvoorbeeld huisvesting, opname in bejaardenoord), problemen van civielrechtelijke of strafrechtelijke aard (bijvoorbeeld kindermishandeling of incest).

De omvang van de problematiek der sociale wet en regelgeving waarbij de gezondheidszorg (sic!) in het geding is, valt af te lezen uit de omvang van de kosten. Voor Ziektewet, Wet Arbeidsgeschiktheid en AAW bedroegen die in 1980 f 20,6 miljard. Onder dit bedrag staan de handtekeningen van artsen.

Te veel mensen, allen onze patiënten, zijn er slachtoffer van, hetzij door medicalisering, hetzij door te weinig rechtsbescherming, hetzij door de druk van de enorme kosten van het, op zichzelf heilzame, sociale systeem. Het ware te wensen dat de geneeskundigen zich zouden beperken tot de geneeskunde en gezondheidszorg, en slechts zouden adviseren met betrekking tot gezondheid, ziekte en gebrek, en voorts dat juristen zich meer en intensiever met „gezondheidsrecht” zouden bezighouden. Ten slotte is het vooral nodig dat er voor mensen een betere rechtsbescherming in gezondheidszaken tot stand komt, die in de pas loopt met de huidige maatschappelijke opvattingen over democratisering, eigen verantwoordelijkheid van burgers en „patiëntenrecht”.

¹ Timmer M, Koten JW. Over de kwaliteits-eisen en de kwaliteitsbewaking ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde. Tijdschr Soc Geneeskd 1984; 62: 259.

DR. H. G. M. VAN DER VELDEN

Een taak voor de huisartsgeneeskunde bij de Raden van Beroep?

In deze bijdrage wordt de stelling verdedigd, dat er geen taak is voor „de huisartsgeneeskunde” bij eenmaal in gang gezette beroepsprocedures. Daarentegen kan er wel een – niet gemakkelijke – taak zijn weggelegd voor de individuele huisarts in een specifiek geschil. Niet gemakkelijk, omdat de huisarts, als „advocaat van zijn patiënt”, de rechtsprekende instantie moet trachten te overtuigen met argumenten die voor die instantie wellicht invoelbaar, maar niet controleerbaar zijn, en in ieder geval weinig of niets met een „zuiver medisch oordeel” hebben te maken.

Geen conflict, geen beroepsprocedure

Echt moeilijke vraagstukken omtrent arbeidsongeschiktheid ontstaan bij voorkeur daar waar gevallen „moeilijke gevallen” worden en tot een conflict voeren. Niet ieder probleem leidt tot een conflict, maar bij een conflict zijn er bijzondere problemen. De cliënt van de sociale verzekering is als patiënt van zijn huisarts verwikkeld in een conflict, als hij zijn recht zoekt bij de Raad van Beroep.

Het gaat daarbij altijd om een verschil van mening, om een botsing of een „gevecht”: een gevecht over de beoordeling van iemands geschiktheid dan wel ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid. Voor de cliënt in kwestie is het een zeer persoonlijke zaak met ook – of vooral – financiële implicaties. Voor de „verzekeraar” is het een casus uit vele zaken. Voor de Raad van Beroep geldt, dat een oordeel moet worden geveld in een spanningsveld van tegengestelde belangen: hoe simpel of hoe gecompliceerd men het ook formuleert, de cliënt is het als „verzekerde” niet eens met de „verzekeraar”, de instantie die hem iets heeft te vergoeden.

In de praktijk gaat het bij de afwikkeling van dergelijke conflicten om een procedureel keurig gereguleerd steekspel. De cliënt en de verzekeraar (uitkeringsinstantie) zullen zich daarbij – en daartegen is weinig in te brengen – ten behoeve van de kracht der argumentaties kunnen voorzien van „deskundige” bijstand.

Alleen als er „ziekte” op staat

In artikel 19, lid 1, van de ziekwet wordt gesteld, dat „de verzekerde bij ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte recht (heeft) op ziekgeld overeenkomstig het bij of krachtens deze wet bepaalde”.

Meyman wijst terecht op het vraagstuk wat in dezen onder „zijn arbeid”, „ziekte” en „ongeschiktheid” is te verstaan.¹

Beperken wij ons tot het begrip „ziekte”, wat is dan de interpretatie van de wetgever en dus van de verzekeraar c.q. de Raad van Beroep? Er is daarover in de loop der jaren verschillend gedacht. In 1967 besloot de Centrale Raad van Beroep, dat onder „ziekte” wordt verstaan wat naar „zuiver medisch oordeel” ziekte wordt genoemd. De Raden van Beroep moeten zich hierdoor met een merkwaardige definitie behelpen. Wat moet of wat kan men ermee? Veronderstel dat we het begrip „slechte weersgesteldheid” zouden willen omschrijven. Naar analogie zouden we het dan moeten doen met hetgeen het KNMI onder „slechte weersgesteldheid” verstaat.

De medicus bepaalt dus, in zijn „zuiver medisch oordeel”, wat ziekte is. De patiënt is hoe dan ook overgeleverd aan dit oordeel.

Men zou kunnen tegenwerpen dat een rechtscollege als de Raad van Beroep toch moet kunnen steunen op het oordeel van „terzake deskundigen”. Als het om „ziekte” of „gezondheid” gaat, bijvoorbeeld als argument of contra-ar-

gument voor het recht op een uitkering, dan is toch de medicus de terzake deskundige?

Het klinkt plausibel, maar het is de vraag of die deskundigheid bestaat. Dat wil zeggen, het is de vraag of vertegenwoordigers van de geneeskunde voldoende steekhoudende argumenten kunnen aandragen voor een – liefst onfeilbare – uitspraak over de juiste grens tussen „ziek” of „gezond” c.q. „geschikt” of „ongeschikt”. Wat is de waarde van het „zuiver medisch oordeel”?

A complete state of well-being

Wat is gezond? Wat is geschikt? Bij deze vragen keren we het probleem om. Men herkent dan meteen het vraagstuk zoals zich dat voordoet bij een keuring of medische check-up, waarbij het de bedoeling is iemand gezond te verklaren.

De bekende programmatische of ideologische definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft al voldoende stof doen opwaaien en is kort en goed onbruikbaar in de praktijk van het medisch handelen.^{2,3}

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Als de Centrale Raad van Beroep deze formulering als uitgangspunt zou nemen, zou voor de cliënt een briefkaartje of telefoontje voldoende zijn om perkerende post een uitkering te toucheren. Het zou de Raad vergaan als de gezondheidszorg, die ten onzent is geworden tot „een systeem met ongedefinieerde invoer” en daarmee tot een van de „instituten die geen zeggenschap meer hebben over de invoer van de te behandelen problemen”.⁴ Men zou er niet meer uitkomen. Ook niet met de nadere omschrijving van Kuiper, die „gezondheid” aanduidt als een „zich welbevinden in de wereld”. Een welbevinden met „een subjectief aspect liggende in de werkelijkheid van de mens die gezond is (of niet) en een objectief aspect dat ligt in de feitelijkheid van zijn bestaan dat hem vaak door anderen openbaar moet worden”.⁵

Dus maar liever terug naar het begrip „ziekte”. Wel of niet ziek naar zuiver medisch oordeel, daar gaat het om.

Over de extremen van de glijdende schaal van ernstig ziek naar overweldigend gezond behoeven wij het niet te hebben. De concrete problemen doen

zich echter ergens midden op die schaal voor: nog gezond, of toch ziek? Het „zuiver medisch” oordeel, om niet te spreken van een „zuiver” respectievelijk „medisch” oordeel, dient dat uit te maken.

Waar in het concrete geval die grens wordt getrokken, en waar dus op die grens een oordeel wordt geveld of de desbetreffende cliënt nu wel of niet – voldoende of onvoldoende – ziek is om zijn werk te verrichten, dát hangt af van de beoordelaar en de beoordelingsprocedure.

Een beslissing

Er moet hoe dan ook een beslissing worden genomen. Dat die beslissing in eerste instantie als „advies” wordt betiteld, doet niet zeer ter zake.

Bij dat beslissingsproces spelen verschillende factoren een rol. Op enkele daarvan wil ik ingaan.

Om te beginnen heeft men daarbij te maken met verschijnselen als *sensitiviteit* en *specificiteit* en de onderlinge relatie tussen deze beide kenmerken van de *validiteit* van een beoordelingsprocedure.

Artsen zullen in het algemeen gevoelig zijn voor signalen die op een mogelijke afwijking, op een gezondheidsstoornis wijzen – een en ander volgens het *better safe than sorry* – principe, zoals Wulff dat stelt. Artsen zullen het zichzelf kwalijk nemen – en het wordt hen ook behoorlijk kwalijk genomen – als zij een ziekte missen of een werkelijk zieke patiënt voor gezond houden. Voor hen is dat een fout van de eerste orde.

De dokter kiest dus liever voor een hoge sensitiviteit en neemt daarbij het risico op de koop toe, dat een in feite gezonde cliënt voor ziek wordt gehouden. Dit laatste is een fout van de tweede orde en wordt in het algemeen als minder problematisch ervaren. Ik ga in dezen nu maar voorbij aan de iatrogene schade die juist door dergelijke fouten van de tweede orde wordt veroorzaakt.

In de rechtspraak geldt precies het omgekeerde: rechters zullen liever een fout van de eerste orde riskeren – het vrij spreken van een schuldige – dan dat zij een onschuldige zouden veroordelen.⁶

Bij beroepsprocedures zijn artsen en juristen betrokken. De juristen moeten zich daarbij niet alleen verplaatsen in medische problemen, maar vooral ook in de contextuele betekenis van die problemen. Voor de artsen geldt in die situatie ipso facto hetzelfde ten aanzien van de juridische aspecten. Men gaat als het ware wederzijds „vreemd”.

Deze „exterritoriale” activiteiten van artsen en juristen, in de discussie over het al of niet aanwezig zijn van ziekte en daaruit voortvloeiende consequenties voor de patiënt, vormen een eerste probleem waarop ik hier zou willen wijzen. In de rechtspraak ligt de bewijslast bij de aanklager. De cliënt is onschuldig tot het tegendeel is bewezen. De aangeklaagde profiteert eventueel van het voordeel van de twijfel.

Bij een conflict voor de Raad van Beroep geldt voor de partij van de cliënt de „nulhypothese”, dat er sprake is van ziekte c.q. ongeschiktheid, tenzij het tegendeel wordt bewezen. Ook in dit geval zou het voordeel van de twijfel moeten gelden, als deze nulhypothese niet is te verwerpen. Al met al gaat het bij een conflict voor de Raad van Beroep echter om een omgekeerde situatie: de cliënt of degene die zich als advocaat van de cliënt wil opwerpen, moet de juistheid van de nulhypothese aantonen. De stelling van de verzekeraar dat de aanvraag om een uitkering niet terecht is („schuldig”), dient hij te ontcrachten („onschuldig”).

Invloed van maatstaven

Om fouten van de eerste orde te vermijden – en daarom gaat het in de regel als het eenmaal tot een beroepsprocedure is gekomen – dient de sensitiviteit van de beoordeling te worden geoptimaliseerd. De nulhypothese dat de betreffende cliënt ziek en ongeschikt is, mag in ieder geval niet ten onrechte worden verworpen.

Nu is het vervelende dat, behalve in zeer evidente situaties die echter nauwelijks tot een beroepsprocedure aanleiding zullen geven, de sensitiviteit slechts is te verhogen ten koste van de specificiteit. In *figuur 1* wordt dat geïllustreerd: naarmate men strengere criteria aanlegt, dus hogere scores eist om van ziekte te spreken, zullen minder werkelijk zieken ook inderdaad ziek worden verklaard; omgekeerd wordt, naarmate men mildere criteria aanlegt, dus lagere scores afwijkend acht, de kans kleiner dat men werkelijk zieken als gezond beschouwt. In het eerste geval verhoogt men de specificiteit ten koste van de sensitiviteit (minder fouten van de tweede orde), in het tweede geval geschiedt het omgekeerde (minder fouten van de eerste orde).

Voorspellende waarde

Het is een illusie dat men fouten zou kunnen vermijden, welke deskundig-

heid ook in het geweer wordt gebracht. De in de regel negatief geassocieerde sensitiviteit en specificiteit van een beoordelingsprocedure maken dit praktisch onmogelijk.

Maar er zijn nog meer problemen. Een daarvan is een gevolg van het gegeven, dat de frequentie waarin een bepaalde ziekte of stoornis voorkomt, een van de beoordelaar onafhankelijke invloed uitoefent op de juistheid van het beslissingsproces. Wellicht is dit als volgt te verduidelijken:

Huisartsen noemen hun cliënten „patiënten”, ondanks het feit dat de meeste cliënten gezond zijn. Als een huisarts geen dwingende argumenten heeft om zijn cliënt als ziek te beschouwen, zal hij er goed aan doen zich hieraan te houden.

De opvatting is te ondersteunen door statistische argumenten. In een populatie waarin een bepaalde aandoening of stoornis betrekkelijk zelden voorkomt, is aan de negatieve bevindingen van de arts een relatief hoge voorspellende waarde toe te kennen. Een huisarts heeft met andere woorden een relatief grote kans het gelijk aan zijn zijde te hebben, als hij op grond van adequaat eigen onderzoek tot de conclusie komt, dat een bepaalde patiënt een bepaalde, niet erg frequent voorkomende aandoening *niet* heeft.

Hernia nuclei pulposi is zo'n niet erg frequente aandoening binnen het morbiditeitspatroon in een huisartspraktijk. Als een huisarts na adequaat onderzoek vaststelt dat er geen sprake is van een hernia, dan is de kans groot dat hij gelijk heeft. In epidemiologisch jargon uitgedrukt: de voorspellende waarde van een negatieve testuitslag is hoger, naarmate de stoornis waarop de test betrekking heeft zeldzamer is in de populatie waarin deze test wordt toegepast.

Patiënten van specialisten vormen selecties. Bepaalde ziekten of gezondheidsstoornissen komen – al naar gelang de aard van het desbetreffende vakgebied – in verhoogde concentraties voor. In die situatie daalt de voorspellende waarde van een negatieve bevinding en stijgt de voorspellende waarde bij een positieve bevinding. Op de polikliniek neurochirurgie is de prevalentie van hernia nuclei pulposi beduidend hoger dan in een huisartspraktijk. Het is aldaar geen betrekkelijk zeldzame aandoening, eerder het dagelijks brood van de neurochirurg. Hetzelfde onderzoek als hierboven in de situatie van een huisartspraktijk beschreven, heeft op deze polikliniek een relatief lage voorspellende waarde bij negatieve bevin-

dingen, doch een relatief hoge predictieve betekenis bij positieve bevindingen.

Wederom in het epidemiologisch spraakgebruik uitgedrukt: de voorspellende waarde van een positieve testuitslag is hoger, naarmate de stoornis waarop de test betrekking heeft, frequenter voorkomt in de populatie waarin deze test wordt toegepast.

Een en ander wordt ter illustratie weergegeven in *figuur 2*, waaruit het verband tussen voorspellende waarde en prevalentie is af te leiden. Hoe de curves in feite verlopen, steil of minder steil, hangt af van de sensitiviteit c.q. specificiteit van de desbetreffende test. In het voorbeeld van *figuur 2* gaat het om een erg goede test, gezien de hoge sensitiviteit én hoge specificiteit. Toch blijkt de invloed van de prevalentie van de stoornis waarop wordt onderzocht, zeer groot.

Beoordelingskwaliteit

Waar het bij een beoordeling om gaat, is de *kwaliteit* van die beoordeling.

Deze kwaliteit hangt onder meer af van de kwaliteit van de beoordelaar. Laten we aannemen dat deze laatste kwaliteit voldoende wordt gegarandeerd door een bevoegdheid, bijvoorbeeld de bevoegdheid als arts op te treden, hetzij als huisarts, hetzij als specialistisch deskun-

dige. De kwaliteit van de uiteindelijke beoordeling is daarnaast afhankelijk van andere factoren. Enkele van die factoren heeft de beoordelaar slechts ten dele (sensitiviteit of specificiteit) of in het geheel niet (voorspellende waarde) in de hand.

Een huisarts zal bij positieve bevindingen met betrekking tot een minder frequent voorkomende aandoening of minder gewoon probleem nog wel eens moeten twifelen, c.q. zijn bevindingen door verwijzing moeten laten bevestigen. Een specialist zal juist bij negatieve bevindingen ten aanzien van binnen zijn vakgebied min of meer frequent voorkomende stoornissen moeten twifelen. Hier ligt een fundamentele moeilijkheid, als er een antwoord moet worden gegeven op de vraag of in een gegeven geval nu wel of niet sprake is van ziekte c.q. ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid.

In een dergelijke situatie doet zich bovendien het bijzondere probleem voor, dat de specialist-deskundige nogal eens een patiënt moet beoordelen die niet tot zijn geselecteerde populatie van verwezen patiënten behoort. Zo'n patiënt wordt dan op oneigenlijke gronden aan zijn specialistische selectie toegevoegd. Daarbij bestaat de kans dat de „voorspellende waarde” van zijn (positieve of negatieve) oordeel wordt overschat. Voor de huisarts geldt omgekeerd, dat

hij bij een eventuele positieve bevinding door de specialist – in die situatie en gegeven zijn eigen negatieve bevindingen – twijfel mag koesteren aan de betekenis van die positieve bevinding.

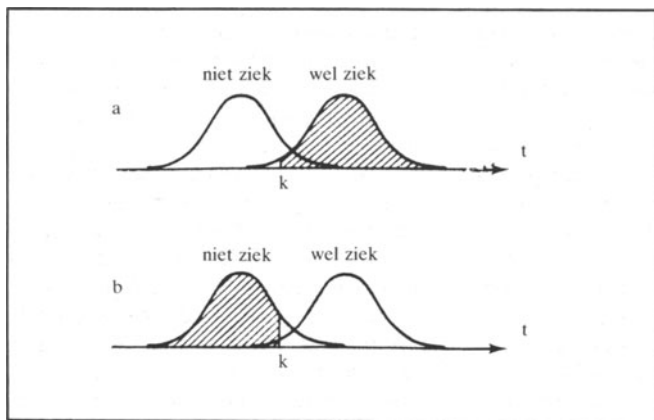
Problemen bij beroepsprocedures

Wanneer doen zich nu echt problemen voor in een beroepsprocedure? Hiervoor dient men onderscheid te maken tussen de subjectieve beleving van de patiënt, de bevindingen van de huisarts de bevindingen van de verzekeringarts, al of niet ondersteund door een „advies” van een specialist-deskundige.

Indien de huisarts de klachten van de patiënt niet kan plaatsen, met andere woorden als de bevindingen van de huisarts in feite negatief zijn, dan is er waarschijnlijk geen sprake van ziekte of ongeschiktheid door ziekte. Dat betekent niet dat er geen feitelijke ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid *kán* bestaan! De huisarts zal echter in dezen niet tot „ziekte” als oorzaak van de ongeschiktheid kunnen besluiten.

Als de desbetreffende patiënt door een specialistisch deskundige wordt nagezien, en als deze tot positieve bevindingen zou komen, dan is het nog de vraag welke betekenis in concreto aan deze bevindingen moet worden toegekend. In feite is de huisarts nog het beste in staat om, bij negatieve bevindingen,

Figuur 1. *Sensitiviteit en specificiteit van een beoordelingsprocedure, gebaseerd op een continue verdeling van een testvariabele met verschillende gemiddelde waarden bij niet-ziekten en zieken.*



Bron: Sturmans.⁶

Toelichting

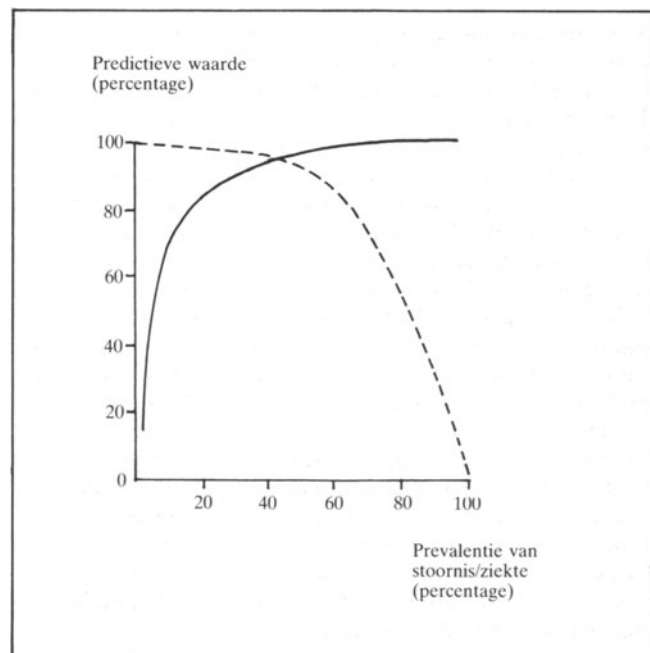
t = testvariabele : de resultante van de beoordelingscriteria.

k = kritieke waarde.

Sensitiviteit is de gearceerde oppervlakte in *figuur 1a*: de kans op $t > k$ onder zieken.

Specificiteit is de gearceerde oppervlakte in *figuur 1b*: de kans op $t \leq k$ onder niet-ziekten.

Figuur 2. *Relatie tussen prevalentie van stoornis/ziekte en de voorspellende waarde van een test, in dit geval een test met een sensitiviteit van 95 procent en een specificiteit van 98 procent.*



Bron: Sturmans.⁶

de patiënt als „gezond” te kenmerken. De huisarts heeft in ieder geval vaste grond onder de voeten, als hij vaststelt dat de patiënt wél arbeidsgeschikt is, althans niet door ziekte ongeschikt tot het verrichten van arbeid.

Bij een beroepsprocedure ligt de zaak in de regel andersom. Een specialist-deskundige heeft bijvoorbeeld geen aanwijzingen voor ziekte en dus geen argumenten om de desbetreffende patiënt ongeschikt te verklaren. De huisarts kan menen dat er, in tegenstelling tot de bevindingen van de specialist, wel positieve aanwijzingen voor ziekte zijn.

Hier opent zich voor de huisarts de valkuil – indien het om niet frequente stoornissen in de huisartspraktijk gaat – dat aan de voorspellende waarde van de positieve bevindingen van de huisarts een verre van absolute betekenis kan worden toegekend.

Al met al een paradoxale situatie, die in de grond van de zaak de bron kan zijn van veel misverstanden en beoordelingsfouten bij beroepsprocedures.

Een taak voor de huisartsgeneeskunde?

Is er dan geen taak voor de huisartsgeneeskunde bij dergelijke procedures?

Ik wil in dezen voorbij gaan aan de preventieve taken van de huisarts, waar toe het voorkómen van dergelijke procedures is te rekenen. Wat het aantonen of aannemelijk maken van „ziekte” als grond van arbeidsongeschiktheid betreft, geraakt men echter gemakkelijk in een pat-stelling. De specialist-deskundige kan niet tot ziekte als grond van arbeidsongeschiktheid besluiten, en de huisarts kan zijn mening dat er wél van

„ziekte” sprake is, nauwelijks met sterkere argumenten ondersteunen dan zijn persoonlijke opvatting.

Dit betekent dat er geen plaats kan zijn voor de huisartsgeneeskunde – de discipline – bij de beoordeling van de vraag of er nu wel of geen ziekte in het spel is.

De huisarts in kwestie kan echter terecht twijfelen aan de waarde van een specialistisch-deskundig oordeel, dat er geen arbeidsongeschiktheid door ziekte aanwezig is. Die twijfel kan gegrond zijn op niet minder (maar ook niet meer) dan zijn persoonlijke kennis van de desbetreffende patiënt. Die kennis is – dat wil ik duidelijk stellen – moeilijk in het logische kader van het bovenstaande te plaatsen, doch niettemin van uiterst groot gewicht.

In zijn bijdrage in deze *special* stelt Lamberts: „het is een norm dat de huisarts probleemgedrag van ziektegedrag onderscheidt”; en verderop: „het probleem van een patiëntgericht waardeoordeel is dat vaak niet uit te maken is wat het beste voor de patiënt is”.⁹

Hoe dit zij, niet zelden is niet uit te maken of de patiënt nu wel of niet door ziekte arbeidsongeschikt is. De huisarts, de „huisdokter”, kan in veel gevallen door zijn in jaren opgebouwde kennis van en inzicht in de mogelijkheden van een individuele patiënt op goede – doch niet of nauwelijks te objectiveren – gronden overtuigd zijn van diens arbeidsongeschiktheid. Hij substitueert zich echter met een in wezen onmogelijk beoordelingssysteem, voorzover dit uiteindelijk slechts het „zuiver medisch oordeel” laat gelden. De huisarts kan zich hierbij niet beroepen op de deskundige inbreng van „de huisartsgeneeskunde”; hij kan zich daarentegen wel

beroepen op een door zijn positie bepaalde kennis van de patiënt en diens mogelijkheden en onmogelijkheden.

Ik kan het dus wel met Polak eens zijn, dat er een taak voor „de huisarts” bij een beroepsprocedure is weggelegd, althans weggelegd kan zijn.⁸ Dit houdt naar mijn mening dan wel in, dat de desbetreffende huisarts niet alleen huisarts is, maar ook geacht kan worden over voldoende „menselijke” kennis van de patiënt in kwestie te beschikken. Het gaat daarbij om kennis die in principe ook beschikbaar kan zijn bij de pastor, de maatschappelijk werker of een ander vertrouwenspersoon; kennis, met andere woorden, die wellicht „typisch” doch niet „specifiek” is voor de huisarts als hulpverlener.

¹ Meyman FJ. De huisarts als advocaat. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 99-102.

² Wulff HR. *Rational diagnosis and treatment Oxford*, etc: Blackwell, 1976.

³ Lamberts H. Het Paris oordeel. Een beschouwing over de begrippen gezondheid en lichamelijke fitheid. *Huisarts en Wetenschap* 1977; 20: 11-4.

⁴ Philipsen H. Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. In: Aakster CW. Kuiper G, red. *Leerboek der medische sociologie*. Groningen, Deventer: Wolters Noordhoff, Van Loghum Slaterus, 1978.

⁵ Kuiper JP. *Mensopvatting en Gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1980.

⁶ Sturmans F. *Epidemiologie, theorie, methoden en toepassing*. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1982.

⁷ Lamberts H.

⁸ Polak BS, Ruiters ARM de. De begeleiden- de en conflict voorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 408-12.

PROF. B. S. POLAK

De huisarts als advocaat

Een advocaat kan bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen algemene en op het geval gerichte redenen hebben om zijn bijstand te weigeren. Voor de huisarts geldt dat hij zich bij de hulpverlening op dit terrein dient te beperken tot het gebied van zijn deskundigheid, de pathologie en de consequenties daarvan. Anders dan de advocaat, heeft de huisarts over het algemeen reeds een persoonlijke relatie met de patiënt. Juist binnen die relatie behoort de dokter de patiënt bij te staan in diens maatschappelijke nood.

Solidariteit

De huisarts is een advocaat bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen van zijn patiënten. Daarnaast ligt er een taak voor de huisartsgeneeskunde bij de Raden van Beroep.

Mijn onderschrijving van deze stelling berust misschien meer nog dan op de aan te voeren gronden, op de wijze waarop ik mijn taak en mijn werk als huisarts heb opgevat. Deze opvatting over, of beter gezegd instelling tegenover die taak en dat werk komen uit een belevingswereld, die in mijn gymnasiumtijd begon, en waarvan de invloed door bleef werken. In die tijd raakte ik nauw betrokken bij de zionistische jeugdbeweging. Om één aspect daarvan gaat het hier. Dat is de zeer intense betekenis die de onderlinge solidariteit binnen die beweging had. Dit gold in nog veel sterkere mate voor de arbeidersbeweging, waaraan ik van 1932 tot in de zestiger jaren actief heb deelgenomen, en het was een overheersend element binnen het verzet in de jaren '40-'45.

Het is mijn overtuiging dat het deze solidariteit met medestrijders en met de niet-geprivilegeerde, arme, sociaal achtergestelde, onderdrukte, vervolgd medemens is geweest, die mijn handelen als mens en als huisarts op beslissende wijze heeft bepaald.

Het is ook mij duidelijk, dat deze sterk emotionele bron van mijn visie geen argument is voor de juistheid van mijn opvatting over de stelling. Dat neemt niet weg, dat de verplichting tot solidariteit met de medemens een sterk argu-

ment is. In het nummer van december 1954 van het *Nederlands tijdschrift voor medische studenten* schreef ik in een artikel over de *Verhouding tussen patiënt en arts* als volgt:

„De verhouding tussen patiënt en arts is in wezen geen andere dan die tussen een mens in nood – groter of kleiner, echt of vermeend, maar ook dan leed verwekkend – en zijn helper. De arts, de helper bij ziekte, behoort zijn patiënt in een sfeer van vanzelfsprekende, geen beperkingen kennende solidariteit tegemoet te treden.”¹

Argumenten deed ik op uit mijn ervaringen met de uitvoering van de loon- en inkomstendervingswetten (OW 1901, IW 1913, ZW 1930 en later ZW en WAO 1967 en AAW 1976).

Minimumlijn

Direct na de bevrijding heb ik een jaar waargenomen in een huisartspraktijk die, tegen mijn verwachting, voor een wel zeer belangrijk deel bleek te bestaan uit controlewerkzaamheden voor de Raad van Arbeid, die toen nog voor een deel de Ziekwet uitvoerde. Hierdoor heb ik het functioneren van het uitvoeringsorgaan en het werk van de controlerende geneeskundige leren kennen. In aansluiting hierop ben ik tot voor enkele jaren – toen ik vaste deskundige werd bij de Raad van Beroep te Amsterdam – medisch adviseur geweest van het zeer actieve en militante Bureau voor Rechtsbijstand (een wetswinkel avant la lettre); dit bureau behoorde oorspronkelijk tot de destijds grootste vakcentrale in Nederland, de EVC, en is

na het verdwijnen van de EVC zelfstandig voortgezet.

In dit werk heb ik meegemaakt, wat het voor een arbeider betekent bij ziekte ten onrechte geen ziekgeld te krijgen: persoonlijk en maatschappelijk, de financiële consequenties, de ontslagdreiging*, de beleving van een aangedaan onrecht en van machteloosheid. Voor de laatste oorlog en in de eerste twintig jaar na de bevrijding is op dit gebied veel onrecht aangericht. Dit berustte deels op het beleid van de uitvoeringsorganen en deels – binnen het kader daarvan – op de mentaliteit en het niveau van de toenmalige controlerende artsen.

Zelf heb ik in 1961 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een aantal schrijvende voorbeelden van de gevolgen van dit beleid bij de uitvoering van OW en ZW beschreven.² Sindsdien is er in de uitvoering van de loondervingswetten veel verbeterd. Er blijven echter conflicten voorkomen.

Sajet heeft in zijn in mei 1940 verschenen dissertatie *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet* overtuigend aangetoond dat het beleid van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank bij de uitvoering van de Ongevallenwet, onder invloed van de werkgevers, die de premies betaalden, en van hun orgaan de Centrale Werkgevers Risicobank, werd gekenmerkt door een minimumlijn.³

Belangrijk gewicht

Bij de Raden van Beroep werden in 1981 8000 beroepen betreffende de uitvoering van de ZW aanhangig gemaakt en behandeld. Daarbij moet worden bedacht dat het steeds gaat om mensen die ziek zijn of zich zo voelen, die alleen staan tegenover een machtig systeem, dat voorzien is van alle denkbare juridische en medische deskundigheid en hulp. De administratieve rechter op wie een beroep kan worden gedaan, moet oordelen over de rechten van iemand die niet werkt – bewegend dat hij dat door ziekte niet kan – en toch geld wil

* Er waren toen – en er zijn nu – werkgevers die de werknemer die zijn arbeid niet hervat op de door de bedrijfsvereniging bepaalde dag, wegens dringende reden op staande voet ontslaan. Als het aanvechten hiervan al lukt, bijvoorbeeld na een veel later gewonnen beroep, acht de rechter de arbeidsverhouding als regel toch zo verstoord, dat de arbeidsovereenkomst, zij het op een later tijdstip, wordt ontbonden en werkloosheid volgt.

zien, tegenover een semi-overheidsorgaan en het oordeel van een deskundige, de verzekeringsgeneeskundige. In de jurisprudentie gold deze laatste oorspronkelijk als onafhankelijke, objectieve deskundige. Het heeft tijd gekost voor het inzicht doorbrak, dat iemand die door een instantie gesalarieerd wordt binnen een hiërarchisch systeem, niet als daarvan onafhankelijk mag worden beschouwd. Over de specifieke deskundigheid komen we nog te spreken.

De ervaring in de rechtsbijstand heeft geleerd, dat medische hulp, naast juridische, tegenover uitvoeringsorganen en rechter een belangrijk gewicht in de schaal kan leggen, ook in gevallen waarin de rechter zelf een deskundig oordeel vraagt. Ook al is de administratieve rechter, in feite de fungerende voorzitter van de Raad van Beroep, in ruime mate actief in de door hem geleide procedure en streeft hij er naar de feiten op tafel en deskundig beoordeeld te krijgen, het is voor de justitiabele van het grootste belang dat de behandelende arts of artsen in het conflict achter hem staan en uiting aan hun bevindingen en oordeel geven.

Het spreekt vanzelf dat dit alleen kan, als zij dat op grond van hun weten en handelen in het onderhavige geval kunnen doen. Maar als hun standpunt zo luidt, behoren zij daar achter te staan en het zo nodig te uiten.

In 1979 heeft het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam anders geoordeeld. In het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* is dit standpunt door Van Mansvelt duidelijk weerlegd.⁴ Hij stelt dat het „niet alleen toelaatbaar maar ook gewenst (is), dat de VG aan de BG vraagt of hij ervan op de hoogte is dat betrokkene niet werkt en of in het contact patiënt-behandelend arts of de werksituatie en het al dan niet verrichten van zijn arbeid, besproken is. Zo ja, dan mag en moet naar mijn mening ook gevraagd worden of en zo ja wat, en op welke gronden door de BG daaromtrent is geadviseerd.”

Het zou het beste zijn als deze conflicten werden voorkomen. Zodra een conflict dreigt, is overleg met de betrokken verzekeringsgeneeskundige geboden en meestal zal dit overleg tot overeenstemming leiden. Competentiestrijd over de vraag van wie het initiatief moet uitgaan, behoort er niet te zijn. Voor diegene aan wie het duidelijk wordt dat een conflict op komst is, ligt er een taak.⁵

Scheiding

De verzekerde die meent te kort te zijn gedaan door de uitvoeringsorganen, ontmoet een volgend probleem. Op zeer goed te begrijpen en te verdedigen gronden kent de KNMG, vanaf het gaan vigeren van de sociale verzekeringswetten, de scheiding van behandeling en controle. Deze houdt in dat een arts een patiënt die tot zijn praktijk behoort, niet mag keuren of beoordelen ten behoeve van de beslissing door een uitvoeringsorgaan over een uitkering of voorziening.

Dit houdt niet in, zoals reeds is gezegd, dat de arts hierover geen oordeel mag hebben of uiten. Integendeel, een werkadvies – positief of negatief – behoort tot de behandeling. In het *Basistakenpakket* van de LHV wordt gesteld, dat „de huisarts, indien mogelijk, een gemotiveerd werkadvies” geeft.⁶ De KNMG deelt dit standpunt. Het geldt evenzeer voor de behandelende specialist.

De scheiding van behandeling en controle, waarmee wordt voorkomen, dat artsen ten behoeve van hun patiënt de waarheid geweld aandoen of bloot komen te staan aan verwijten van de kant van de patiënt, heeft een onvoorzien, maar zeer ernstig gevolg gehad.

Bij de meeste behandelende artsen bestaat niet of nauwelijks belangstelling voor de problematiek van arbeidsgeschiktheid, invaliditeit en ziekteverzuim, noch in het algemeen, noch wat hun patiënten betreft. De kennis over deze onderwerpen is hiermee in overeenstemming. Daarenboven heeft de KNMG de voor de uitvoering van de loondervingswetten onmisbare informatiestroom tussen behandelende en verzekeringsgeneeskundige sector zodanig geclausuleerd, dat deze ten detrimente van de verzekerden niet goed functioneert. Een verder gevolg van deze ontwikkeling is, dat in een veel te groot deel van de gevallen het beleid in de behandelende sector onvoldoende op voorkómen van invaliditeit en op het herstel van het arbeidsvermogen is gericht. Zeer vaak weten behandelende artsen zelfs niet of en hoelang hun patiënt „in de Ziekwet loopt”, of dat de patiënt in de WAO is beland en/of een conflict is ontstaan. Dat kan en zal vaak mede aan de houding van de patiënt liggen.

Donquichotterie

De discussie over de geschetste problematiek wordt de laatste tijd ook nog

vertroebeld door de discussie over de vraag of de arts wel in staat is arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Deze hele eeuw hebben artsen dat gedaan en niet alleen in de zin van wel of geen geschiktheid voor het eigen werk, maar ook in de vorm van percentages waarin de invaliditeit voor het beroep, of voor arbeid in het algemeen, zou kunnen worden aangeven.*

De beoordeling ten behoeve van de uitvoering van de ZW van de geschiktheid voor het eigen werk (het criterium van de ZW, zoals vroeger ook van de eerste zes weken OW) geschiedt dag in dag uit door honderden verzekeringsgeneeskundigen van de uitvoeringsorganen (dit betreft vele miljoenen ziekmeldingen per jaar, waarvan de kortste ziekteperiodes buiten de controle vallen).

Het is donquichotterie te doen alsof dat niet kan, zoals thans van sommige kanten wordt aangevoerd, en in bijna ridicule tegenstelling tot wat dokters en masse hebben gedaan. De geldende wet en het directe belang van de verzekerden houden in dat de nodige beoordelingen in de dagelijkse praktijk worden gegeven; nodig om de wettelijke rechten van de verzekerden te realiseren. Datzelfde geldt voor de administratieve rechtspraak. De rechter móét oordelen. De rechten waar het hierbij om gaat, zijn voor de werknemers van het grootste belang. Terwijl de rechtsgronden waarop de successieve loondervingswetten werden gebaseerd, met de jaren fraaier werden (verzekering van het risqué professionel, een rechtvaardig loon, social security and from freedom want, het recht op zelfontplooiing en gelijke kansen), was én bleef de feitelijke grondslag, dat premies en uitkeringen loonbestanddeel zijn voor de werknemers en kostenelement voor de werkgevers. De rechten krachtens deze wetten zijn niet anders dan het produkt van de

* Een wetenschappelijke basis ontbrak, ondanks de schijn van het tegendeel in de uitgebreide literatuur op dit gebied; soms was deze ook nog didactisch uitgevoerd met silhouetten van mannetjes aan wie stukjes lichaam ontbraken, met het corresponderende percentage invaliditeit eraan.

Met het grootste moeite is het in de zestiger jaren tenslotte gelukt, mede door het werk van La Haye in België en Van der Pas,⁷ het inzicht te doen doordringen, dat deze percentuele schattingen geen wetenschappelijk én geen reële grondslag hadden. Bij de opzet van de WAO (1967) is hiermee voor het eerst rekening gehouden. De GMD baseert adviezen over de geschiktheid van verzekerden om in het kader van WAO en AAW in billijkheid op te dragen arbeid te verrichten op het oordeel van een team, waarvan de verzekeringsgeneeskundige deel uit maakt. Deze beperkt zich ertoe de uit de historia morbi en de huidige status voortvloeiende beperkingen aan te geven en doet geen schattingen meer. Bij de particuliere verzekeringen is er nog niets veranderd.

maatschappelijke krachtsverhouding tussen deze beide groeperingen. Degenen die menen dat het anders zou moeten, hebben wel degelijk een aantal argumenten tot hun beschikking. De beoordeling van de geschiktheid voor bepaalde, of in billijkheid op te dragen arbeid is een empirische activiteit en berust niet op een gedegen wetenschappelijke basis. Ondanks de miljarden die in ZW, AAW en WAO worden uitgegeven (in 1983 naar raming samen 23 miljard gulden), zijn de uitvoeringsorganen er niet aan toe overgegaan zelfs maar een fractie van dit bedrag aan wetenschappelijk onderzoek hierover te besteden.

Ziektebegrip

Krachtens de ZW moet iemand door ziekte of gebrek ongeschikt voor zijn werk zijn om voor ziekingeld in aanmerking te komen.

Het daarbij te gebruiken ziektebegrip is ontleend aan een rapport van Hijmans van den Berg en Baart de la Faille aan de Centrale Raad van Beroep uit 1936, dat door deze Raad is aanvaard, en op grond van een rapport van Van der Horst en Rümke uit 1953 aan dezelfde Raad, ook geldig geacht voor psychische ziekte. Ziekte is volgens dit rapport „een proces, dat is dus een zich in de tijd uitstrekkende gebeurtenis of een complex van gebeurtenissen, welke bestaan in wijzigingen van functies van het organisme, hetzij in kwalitatieve, hetzij – gewoonlijk – in kwantitatieve zin, veroorzaakt door de verstoring van het evenwicht in het lichaam, hetwelk er naar schijnt te streven dit evenwicht te herstellen of zich op een nieuw evenwicht in te stellen.” Onder gebrek moet volgens dezelfde rechter datgene worden verstaan, dat in het spraakgebruik daarmee wordt aangeduid.

Naar vaste jurisprudentie is nu iemand door ziekte of gebrek voor zijn werk ongeschikt, indien hij naar objectief medische maatstaf dat werk niet kan of mag doen.

Wie nu stelt dat er een groot aantal situaties zijn, waarin maar gedaan wordt alsof aan deze voorwaarden is voldaan bij het afgeven van een oordeel, kan daar best gelijk in hebben. Daaraan kunnen de verandering die het ziektebegrip in de pathologie ondergaat, en de invloed van maatschappelijk inzicht daarop worden toegevoegd. Maar als artikel 44 van de ZW eist dat iemand die ziekingeld vraagt, onder behandeling is van zijn arts en diens voorschriften opvolgt, met als sanctie dat hij zijn uitkering kan verspelen, terwijl tevens een

werkadvies tot de behandeling behoort, dan is het niet aanvaardbaar tegelijkertijd te stellen, dat de arts dit niet kan beoordelen.

De moeilijkheid is, dat niemand een andere bruikbare weg heeft aangegeven. Mertens enigszins geclausuleerde idee om het door de verzekerde zelf aan te laten geven, is hier een voorbeeld van.⁸ Het is van dezelfde adeldom van de geest als het toekomstbeeld van anarchisten en socialisten – „Ieder werkt naar zijn vermogen en krijgt naar zijn behoefte” – en vooralsnog even onuitvoerbaar.

Lege ferenda, in nieuwe wetgeving, moet er veel veranderen; *lege lata*, volgens de geldende wetten, kunnen we niet anders dan zoals het thans gaat.

Vierkant achter de stelling

Tegen de achtergrond van deze beschouwingen sta ik vierkant achter de stelling. Enige parafrasering daarvan mag echter niet ontbreken.

Een advocaat kan algemene en op het geval gerichte redenen hebben zijn juridische bijstand te weigeren. Voor de huisarts (c.q. behandelend specialist) geldt, dat deze zich bij de hulpverlening op dit terrein tot het terrein van zijn deskundigheid – de pathologie en de consequenties daarvan – dient te beperken. De huisarts heeft – anders dan als regel de advocaat – tevoren reeds een persoonlijke relatie met de patiënt. Juist binnen deze relatie behoort de dokter de patiënt bij te staan in diens maatschappelijke nood voortvloeiend uit een geschil over arbeidsongeschiktheid. Met de reeds genoemde beperking overigens, dat dit alleen geldt als en voorzover de dokter als professionele hulpverlener achter diens standpunt kan staan.

De stelling eindigt met de zin „Daarnaast ligt er een taak voor de huisartsgeneeskunde bij de Raden van Beroep”. Mijn betoog betreft de procedure voor de Raad van Beroep, een enkele maal in hoger beroep voor de Centrale Raad van Beroep. In die procedure kan de hulp van de huisarts bestaan uit het informeren van de juridische en/of medische raadsman, het op eigen initiatief adviseren van de voorzitter van de Raad van Beroep over het te kiezen specialisme voor rapportage en soms het optreden als getuige-deskundige ter zitting op verzoek van de patiënt of daartoe opgeroepen door de voorzitter. Een enkele maal zal een behandelend arts, als hij meent dat dit de beste weg is – bijvoorbeeld als hij de indruk krijgt, dat zijn

oordeel en standpunt onvoldoende worden verwerkt – de klager als medisch raadsman bij kunnen staan. De ervaring heeft geleerd dat dit een groot effect kan hebben.

Het woord „Daarnaast” in de stelling kan ook betrekking hebben op het gegeven dat steeds vaker, vooral als de rechter de indruk heeft dat de geraadpleegde specialisten het geheel te weinig kunnen overzien (of daar geen poging toe doen), ook huisartsen in de rapportage worden betrokken. Bij een aantal Raden van Beroep zijn de laatste jaren huisartsen als „vaste deskundigen” aangetrokken. Deze vaste deskundigen adviseren de rechter bij enkelvoudige arbeidsongeschiktheidszaken betreffende de Ziektewet.

Deze ontwikkeling dient in het belang van een goede rechtspleging en als erkenning van de positie van de huisarts in de gezondheidszorg van harte te worden toegejuicht.

¹ Polak BS. De verhouding tussen patiënt en arts. *Ned Tijdschr Med Stud* 1954; 1: 2-4.

² Polak BS. De huisarts en de uitvoering van de sociale verzekeringswetten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1961; 105: 2109-21.

³ Sajet BH. Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevalwet [dissertatie]. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1940.

⁴ Mansvelt J van. Naar aanleiding van een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege. *Tijd Gezondheidsrecht* 1980; 4: 198-204.

⁵ Polak BS, Ruiters A de. De begeleidende en conflictvoorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (ZW, AAW, WAO). *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 408-12.

⁶ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁷ Pas JHR van der. Validiteitsschattingen [dissertatie]. Van Gorkum en Prakke, 1964.

⁸ Mertens A. Stellingen betreffende de plaats van de verzekeringsgeneeskundige bij de uitvoering van de ZW en de WAO in de organisatie van de gezondheidszorg. *Arts & Sociale Verzekering* 1973; 11: 4-6.