

Ik ben verzekeringsarts bij UWV met jarenlange ervaring op het gebied van WIA beoordelingen en het beoordelen van re-integratie-inspanningen. Ik heb grote bezwaren tegen het plan om het advies van de bedrijfsarts leidend te maken bij het beoordelen van de re-integratie-inspanningen van de werkgever door de arbeidsdeskundige van UWV, omdat daarmee de cruciale rol van de verzekeringsarts in de uitvoering van de Wetten Verbetering Poortwachter en WIA geëlimineerd wordt. De verzekeringsarts is een ONAFHANKELIJKE poortwachter van ons sociale zekerheidssysteem. Door de beoordeling in de handen van door werkgevers gefinancierde bedrijfsartsen/arbodiensten te leggen, wordt de 'geest' van de bestaande wetgeving onherroepelijk verkwanseld. Deze maatregel zal bij betrokken partijen echter op weinig weerstand stuiten, omdat iedereen blij is, de werkgever, de arbodiensten. Behalve de partij voor wie niemand het opneemt in dit plan, tevens de partij die niet 'piept', omdat zij de gevolgen niet overziet: de werknemers.

Het is prima om kleine werkgevers te compenseren met de overige maatregelen. Maar met het schrappen van de rol van de verzekeringsarts wordt in dit hele plan slechts een klein deeleffect gesorteerd, omdat het bij loonsancties slechts in een klein aantal van de gevallen om sancties wegens foute bedrijfsarts-adviezen gaat. Veeleer spelen andere zaken een rol, aan de werkgeverskant, die tot een loonsanctie leiden. Echter, de negatieve effecten van het bedrijfsarts-advies leidend maken, zijn veel groter dan de 'loonsanctiebesparing' die het oplevert. De werknemers worden dus de dupe van een deelmaatregel (de bedrijfsarts leidend maken) die slechts een klein 'voor-de-bühne'-effect sorteert. De overige voorgestelde maatregelen om kleinere werkgevers financieel te compenseren zijn veel effectiever én minder schadelijk.

Een voorbeeld: Een werknemer die straks onterecht te lang volledig arbeidsongeschikt wordt bevonden door een incorrect advies van de bedrijfsarts en twee jaar volledig thuiszit. De arbeidsdeskundige van UWV kan niet anders dan concluderen dat er "voldoende re-integratie-inspanningen" zijn verricht, omdat het advies van de bedrijfsarts leidend is en de werkgever dan niet verweten kan worden dat er niets aan re-integratie gedaan is.

In mijn ruime ervaring als verzekeringsarts met de beoordeling van de belastbaarheid van zieke werknemers in het kader van de RIV-toets, maakte ik talloze gevallen mee van werknemers die, na twee jaar thuiszitten met een beoordeling van de bedrijfsarts dat er "geen benutbare mogelijkheden" zijn, bij UWV komen voor de beoordeling van het re-integratieverslag.

Vaak zijn het angstige, of lastige mensen, met wie de bedrijfsarts de confrontatie niet aanging, of een situatie dat een werkgever maar liever van een werknemer af wil komen. Of gewoon vermijding door alle partijen. De bedrijfsarts is gewend zich met advisering en begeleiding *tussen werkgever en werknemer* in bezig te houden. Toen ik jaren geleden eens overwoog bedrijfsarts te worden, benadrukte de staf-bedrijfsarts van de arbodienst waar ik een oriënterend gesprek had, dat je "*als bedrijfsarts altijd moet onthouden wie je klant is: de opdrachtgever (werkgever), en niet de werknemer*".

Terug naar diezelfde werknemer. De UWV-arbidsdeskundige legt geen loonsanctie op. Vervolgens verricht de verzekeringsarts van UWV de claimbeoordeling voor de WIA. De kans is groot dat de werknemer wel belastbaar wordt geacht en zelfs <35% arbeidsongeschikt kan worden, dus slechts gedeeltelijk of helemaal niet wordt afgekeurd en geen uitkering krijgt. Omdat de werkgever een zieke werknemer van rechtswege na twee jaar mag ontslaan, verliest die werknemer ook nog eens zijn baan. Tegen zo'n beoordeling van de verzekeringsarts gaat uiteraard iedereen in bezwaar. De druk op de verzekeringsarts en de bezwaar- en beroeps-druk zal naar verwachting door de maatregel gaan toenemen. De verwachting is dat door de maatregel er uiteindelijk juist een groter beroep zal worden gedaan op de al tekortschietende capaciteit van UWV en diens verzekeringsartsen.

In de huidige situatie krijgt de werkgever uit het voorbeeld wel een loonsanctie. Als de verzekeringsarts oordeelt dat de werknemer wel mogelijkheden voor het verrichten van arbeid heeft, overlegt hij, na de beoordeling van de belastbaarheid van de werknemer, met de bedrijfsarts en bevraagt diens advies. Als die geen goede argumenten kan aandragen voor het niet belastbaar achten van de werknemer, koppelt de verzekeringsarts terug naar de arbeidsdeskundige dat hij het niets eens is met de belastbaarheid van de bedrijfsarts en die legt vervolgens een loonsanctie op aan de werkgever. Er is een directe leercirkel voor bedrijfsartsen die geneigd zijn te lang werknemer volledig arbeidsongeschikt te houden, om welke reden dan ook. Werkgever en

werknemer zullen weer met elkaar om de tafel moeten om de juiste re-integratiestappen te gaan zetten, en niet zelden gaat een werknemer weer aan het werk in dat derde ziektejaar, in het eigen (spoor1), soms in ander werk (spoor 2)! Zowel bedrijfsartsen als werknemer hebben mij wel eens bedankt voor het krachtige standpunt dat uiteindelijk een goed effect sorteerde, namelijk toch werkhervatting.

In de huidige situatie blijft de mogelijkheid bestaan voor een werkgever om middels een deskundigenoordeel, bv na een jaar, aan UWV te vragen of het advies van de bedrijfsarts wel correct is, of ze op de goede weg zijn met de re-integratie. Die mogelijkheid vervalt t.z.t. ook, de verzekeringsarts zal hierbij ook niet meer nodig zijn. Als een bedrijfsarts adviseert dat iemand niets kan, is het daarmee basta.

Ik ben op de hoogte van het voornemen van de minister om bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met elkaar te laten praten, aan onder andere de kwaliteitstafel, om tot maatregelen te komen, waardoor er meer overeenstemming komt in de beoordeling van belastbaarheid. Lees: dat de bedrijfsarts meer als een verzekeringsarts gaat beoordelen! Maar het verrichten van een onafhankelijke claimbeoordeling is geen kerncompetentie van de bedrijfsarts. De NVAB, de wetenschappelijke beroepsvereniging van de bedrijfsartsen heeft dit zelfs in een officieel standpunt verwoord, zie bijlage. Zij zijn probleembegeleiders, geen claimbeoordelaars. Het is daarom geen goed idee om eerst de verzekeringsarts uit de uitvoering van de Wet te halen, en daarna pas te gaan streven naar een andere expertise aan de bedrijfsartskant door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aan een praattafel te zetten. Voordat bedrijfsartsen in staat zijn tot het verrichten van volwaardige claimbeoordelingen moet eerst nog heel veel water door de Rijn.

Concluderend stel ik dat het een prima idee is om kleine werkgevers financieel te compenseren voor de gevolgen van eventuele loonsancties, maar dat het een uitermate slecht plan is om het advies van de bedrijfsarts leidend te laten zijn bij de claimbeoordeling. Daarmee wordt een principiële grens overschreden en geeft de overheid, en daarmee de belastingbetalende burger, teveel macht uit handen aan de werkgevers en de door de werkgevers betaalde bedrijfsartsen. De onafhankelijkheid komt daarmee in het geding en daarmee medisch-ethische waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid, aandachtige zorg. De autonomie van de verzekeringsarts staat ook op de tocht als schadelijk bijeffect. Waarden die allemaal gewaarborgd moeten worden om te voorkomen dat het maatschappelijk draagvlak voor de sociale zekerheid zal afkalven. En een afkalvende sociale zekerheid is een samenleving waar het verder economisch voorspoedig gaat en het welvaartsniveau in vergelijking met andere landen heel hoog is, onwaardig. Veel wijsheid!

Hoogachtend,

Martijn Haentjens, verzekeringsarts UWV Amsterdam, afdeling Bijzondere Zaken, Eigen Personeel.

Bijlage 1. Standpunt NVAB Claimbeoordeling

Bijlage 2. M. Haentjens, artikel Naar het hart van de sociale verzekeringsgeneeskunde. Tijdschrift bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, april 2019. (over onder andere de maatschappelijke waarde van de verzekeringsarts)

BEDRIJFSARTS DOET GEEN CLAIMBEOORDELINGEN

In de algemene ledenvergadering van 6 april 2005 heeft de NVAB besloten, dat het uitvoeren van **claimbeoordelingen** niet tot het takenpakket van de bedrijfsarts behoort. De bedrijfsarts beoordeelt dus niet de vraag of een werknemer recht heeft op loondoorbetaling, een uitkering of voorziening. De ledenvergadering ging unaniem akkoord met het voorstel over dit onderwerp van de Commissie Wet en Regelgeving van de NVAB.

Het onjuiste beeld

De NVAB heeft er dringende behoefte aan het beeld dat bij velen leeft – ‘de bedrijfsarts als claimbeoordelaar’ – te corrigeren. Dit misverstand heeft een historische achtergrond. Vóór 1994 diende de werknemer/patiënt zich bij de verzekeringsgeneeskundige (de zogenoemde ‘controle-arts’) van de bedrijfsvereniging te vervoegen om de claim op de Ziektewet als verzekering te laten beoordelen. Het huidige taalgebruik over deze zaken refereert vaak aan de situatie van voor 1994. Tevens speelt een rol dat arbodiensten soms bij werkgevers de suggestie wekken dat zij van verantwoordelijkheden verlost kunnen worden, die zij als werkgever niet zelf wensen te dragen (“Ziekteverzuimbegeleiding en –controle: dat regelen wij voor u”).

De feitelijke situatie

De bedrijfsarts is **de** medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid, met als taak de gezondheid van de werkende mens te bevorderen, bewaken en beschermen. De bedrijfsarts beoordeelt de medische belastbaarheid van een werknemer en de (medische) omstandigheden. De NVAB is van oordeel dat de bedrijfsarts optreedt als probleembeoordelaar. Op basis van de vertrouwensrelatie met de werknemer/patiënt verwerft de bedrijfsarts informatie en brengt vervolgens een advies uit. Dit advies wordt naar de werknemer/patiënt en werkgever verwoord in termen van belastbaarheid, c.q. mogelijkheden en beperkingen. Het behoort tot de (coachende en adviserende) rol van de bedrijfsarts de werknemer/patiënt en werkgever aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid. Op deze wijze wordt onnodige medicalisering voorkomen en kan maximale inzet in (aangepaste) arbeid plaatsvinden. In hun handelen en advisering respecteren bedrijfsartsen het gezondheidsrecht. Het advies van de bedrijfsarts is een ‘deskundigenadvies’ en geen vrijblijvend advies. De NVAB stelt dat advisering over en beoordeling van de medische belastbaarheid duidelijk onderscheiden moet worden van de beoordeling van een claim. Bedrijfsartsen verrichten dus geen ‘claimbeoordelingen’.

Naar het hart van de sociale verzekeringsgeneeskunde

Een goed ontwikkeld moreel kompas is onmisbaar voor de verzekeringsarts

Martijn Haentjens

Inleiding

Het Muntendamsymposium van 6 december 2018 begon met een presentatie van Enno Trompert, lid van de centrale cliëntenraad van UWV. Het was een pleidooi voor een meer cliëntgerichte benadering. Ook pleitte hij voor meer ethiek in de verzekeringsgeneeskunde. Hij vroeg zich af of er toegewerkt kan worden naar een ethisch kader en of dat niet botst met de principes in de huidige uitvoeringsproblematiek. Hij zag als uitdaging voor de verzekeringsarts: rechtsgelijkheid versus maatwerk.¹ Op hetzelfde Muntendam presenteerde het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) een aantal interessante onderzoeken. Het ging daarmee terug naar de kern van ons vak: het vertalen van ziekte naar beperkingen en uiteindelijk naar al dan geen recht op financiële compensatie en ondersteuning bij terugkeer naar werk.

Het is een groot goed dat de wetenschappelijke kant van de verzekeringsgeneeskunde in de afgelopen jaren vleugels heeft gekregen, zowel nationaal en internationaal. Steeds meer wordt duidelijk over trends, verbanden, effecten, waardoor wij kunnen zien of werkte wat wij in het verleden deden. Zo kunnen wij ons huidig en toekomstig handelen onderbouwd de goede kant op sturen. Wetenschappelijk onderzoek beweegt zich van buitenaf in de richting van de kern van ons vak. Het begeeft zich op het terrein van de zichtbare, meetbare, toetsbare, fenomenen. Dat levert ons veel bruikbare inzichten op, maar de wetenschap alleen kan niet het wezen van de verzekeringsgeneeskunde doorgronden. Data uit wetenschappelijk onderzoek gelden vaak voor een groep, maar niet iedereen

gaat op dezelfde manier met zijn ziekte om. Niet alles is te beoordelen aan de hand van enkel de medische objectiva. Zelfs in de wet wordt gehint op maatwerk, omdat niet per se sprake hoeft te zijn van een medische diagnose, maar wel van een stoornis (ziekte of gebrek) en een authentiek en consistent, een zoveel mogelijk kloppend, verhaal.

Twee zielen in één borst

Socioloog Paul Schnabel schreef in 1996 in NRC dat de verzekeringsgeneeskunde geen populair beroep is en dat in de medische wereld zijn discipline niet erg hoog in aanzien staat: “De verzekeringsgeneeskundige wordt vooral gezien als een medische bureaucraat, voor wie de goede uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten meer telt dan het belang van de individuele patiënt.”²

Het TNO-rapport Geschiktheid gewogen uit 2006 geeft een overzicht van de geschiedenis van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten in Nederland vanaf 1901. Het benoemt dat de arts die verzekeringsarts wordt, moet gaan leven met ‘twee zielen in zijn borst’: “Hij moet zowel medisch als ambtelijk gaan denken, dat is noodzakelijk voor verantwoorde verzekeringsgeneeskundige beslissingen. Ambtelijk denken kan niet zonder categorieën en duidelijke afspraken, maar medisch denken gaat uit van individuen en is daardoor allesbehalve stellig. In de jaren 80 werd dit door sommigen beschouwd als de eerste reden voor de crisis in de WAO, namelijk dat veel artsen moeite hadden met die twee zielen in hun borst, die zij zo goed en zo kwaad mogelijk moesten zien te verenigen.”³

Arts en rechter tegelijk

De keuze maken voor de verzekeringsgeneeskunde betekent voor een arts het aanvaarden van een niet erg populaire en niet gemakkelijke maatschappelijke opdracht. Als hij er toch aan begint, volgt al snel de confrontatie met de zware taak van het dragen van ‘twee zielen in één borst’. Een taak die door veel artsen en burgers als onaantrekkelijk wordt gezien en door sommigen zelfs als immoreel. Dit vak wringt. Mensen passen nu eenmaal niet precies in de hokjes van de wetten, regels, protocollen en richtlijnen en de beginnende

verzekeringsgeneeskunde

ethiek

morele oordeelsvorming

moreel beraad

verzekeringsarts

Martijn Haentjens, verzekeringsarts en lid commissie ethiek NVVG.

Correspondentie

Martijn.haentjens-01@uwv.nl

collega heeft juist nog weinig anders in handen dan die wet en die wetenschap. Maar ook de ervaren verzekeringsarts stuit in zijn dagelijks werk regelmatig op conflicten en dilemma's die hem zowel professioneel als persoonlijk raken. Dat in die pijnlijke confrontatie met de complexiteit van de verzekeringsgeneeskundige kerntaak juist de grootste uitdaging van ons vak ligt, is, laat zich niet eenvoudig kennen.

Het ontwikkelen van de schijnbaar ondoorgrondelijke competentie van 'arts en rechter tegelijk' zijn, is echter een boeiend professioneel perspectief voor een arts als hij ziet waar de uitdagingen liggen. Die liggen niet enkel in de wetenschap, maar evenzo in de ethiek, want in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid zijn complexe gevallen en ethische dilemma's aan de orde van de dag.

Als een morele ontwikkeling in de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming plaatsvindt, wordt het mogelijk om medisch én wettelijk te denken op een ethisch verantwoorde manier. In het worden van een unieke autoriteit op het gebied van sociaalmedische beoordelingen is moreel juist handelen essentieel.

Van ziekte naar uitkering

In de jaren 70 en 80 verzette de vermaarde verzekeringsarts Maarten Timmer belangrijk werk in de verzekeringsgeneeskunde ten aanzien van de ontwikkeling van het causale model: beperkingen als direct gevolg van objectieveerbare ziekte of gebrek. Maar zijn kennis en interesse overstegen de verzekeringsgeneeskunde, zoals blijkt uit zijn, na zijn emeritaat geschreven, *Van Anima tot Zeus*: een lijvige encyclopedie van begrippen uit de mythologie, religie, cultuurgeschiedenis, analytische psychologie en, de alchemie.⁴ Over de alchemie zegt Timmer: "Het typerende voor de alchemie is het samengaan van een *speculatief* en een *ambachtelijk* aspect, waarbij het ene niet zonder het andere kan bestaan."⁵

Traditioneel is alchemie sinds de oudheid vooral geassocieerd met de zoektocht naar de steen der wijzen, waarmee gewone metalen veranderd konden worden in edele metalen (goud en minder frequent zilver). De huidige wetenschappelijke inzichten tonen echter aan dat het onmogelijk is om metalen langs chemische weg in goud om te zetten.

De kerntaak van de verzekeringsgeneeskunde, het omzetten van ziekte via beperkingen naar 'goud', een uitkering, lijkt op de alchemie. Immers, het omsmelten van ziekte in goud is volgens de natuurwetten (medisch-technisch) ook niet mogelijk. Daar komt bij dat de wet- en regelgeving waaraan de verzekeringsarts gehouden is ook niet altijd uitsluitend geeft. Bovendien kunnen persoonlijke overtuigingen en sociale normen in zichzelf ook de maatstaf niet zijn. Zie hier de complexiteit van de verzekeringsgeneeskundige opdracht!

Zoals de alchemist op zoek was naar de steen der wijzen, zoekt de verzekeringsarts telkens opnieuw naar het antwoord op de altijd terugkerende vraag: 'Hoe doe ik, in dit geval, in deze context, het goede, het rechtvaardige?' Hoe 'goed te doen' en 'rechtvaardig te doen' zijn ethische vragen en 'in dit geval, in deze context', vraagt maatwerk. De ethiek is onze gids op weg naar medisch-juridisch maatwerk, moreel oordelen ons kompas.

Moreel juist kunnen oordelen biedt de verzekeringsarts de mogelijkheid om de onvermijdelijke 'speculatieve' aspecten van de claimbeoordeling minder subjectief te maken door ze te sturen aan de hand van collectieve ethische waarden en principes. Het houdt rekening met de medische en niet-medische aspecten, de voor- en nadelen voor alle betrokkenen, grondrechten van de mens en met wet- en regelgeving. Het gaat uit van medisch-ethische waarden als autonomie, goed doen/niet schaden, aandachtige zorg, rechtvaardigheid.

Ethiek in de verzekeringsgeneeskunde

Ethiekontwikkeling in ons vak betekent niet de zoveelste nieuwe richtlijn waarmee we in ons dagelijks werk rekening moeten houden. Het is geen verzekeringsgeneeskundig protocol of een Gezondheidsraadadvies dat ons verzekeringsgeneeskundig handelen van buitenaf probeert te sturen. Medisch-ethische oordeelsvorming raakt het hart van de sociale verzekeringsgeneeskunde. Een goed werkend moreel kompas behoort tot de basisuitrusting van de verzekeringsarts. Het is een van zijn belangrijkste competenties. Het is een kracht die vaak pas na jaren tot wasdom komt en steeds rijker wordt. De uniciteit van de vaardigheid en de tijd die het kost om haar te ontwikkelen maken haar waardevol. Dit leerproces kan versneld worden door bewustwording van en training in deze kerncompetentie. De training *Moreel Beraad* komt nu slechts eenmaal aan de orde in de opleiding of als keuzeonderwijs, terwijl ethische dilemma's in ons vak dagelijks voorkomen.

Er zijn meerdere, vergelijkbare, methoden waarmee op een gestructureerde manier antwoord op ethische



Casus

Een 59-jarige man lijdt aan een ongeneeslijke vorm van kanker. Door de beperkingen als gevolg van vooral zijn huidige intensieve behandeling, is er volledige arbeidsongeschiktheid op arbeidsdeskundige gronden. Door verbeterde behandelingsmogelijkheden heeft hij een levensverwachting van een aantal jaren, meer dan voorheen mogelijk was bij dit ziektebeeld. Betrokkene zal eerst een periode intensief worden behandeld, daarna volgt een fase met minder zware onderhoudsbehandelingen. Daarom kan goed onderbouwd worden dat binnen afzienbare termijn zijn energetische beperkingen weer wat kunnen afnemen. Er kan voor een langere periode, misschien zelfs voor jaren, weer arbeidsvermogen ontstaan, een arbeidsongeschiktheidsklasse van minder dan 80-100%.

Het betreft een uiterst robuuste, rigide man. Door zijn ziekte is zijn leven als havenwerker definitief voorbij. Iedere re-integratie-inspanning was voor betrokkene slechts een hernieuwde confrontatie met dat pijnlijke gevolg van zijn ziekte, een zich herhalende krenking. Ondanks gesprekken met een psycholoog persisteerde het emotioneel lijden. Van psychopathologie in engere zin was geen sprake, maar de re-integratie stagneerde wel. Door in de persoon gelegen factoren kon gewoonweg geen toekomstvisie op ander werk ontstaan. De man heeft uiteindelijk rust gevonden in wat vrijwilligerswerk op een kinderboerderij, waar zijn bijdrage gewaardeerd wordt.

Het dilemma is hier: beoordeel je op grond van de medische feiten dat de beperkingen niet duurzaam zijn? Of zijn er andere gronden om in dit specifieke geval te stellen dat er volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid is? Als je oordeelt tot geen duurzaamheid, zal het dossier worden overgedragen naar het UWV Werkbedrijf. Na de intensieve behandelingsfase, zullen dan re-integratie-inspanningen worden gevraagd van deze man. Als je oordeel is dat er wel duurzame volledige arbeidsongeschiktheid is, wordt hij met rust gelaten in de periode waarin zijn kwaliteit van leven waarschijnlijk nog een tijd redelijk is. Hij kan die tijd dan naar eigen behoeften invullen.

De UWV-richtlijn *Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen* biedt in deze casus onvoldoende antwoord, want het gaat hier niet meer alleen over ziekte en stoornis. Er wordt een ander niveau van oordeelsvorming gevraagd. Het gaat hier over rechten, belangen en medisch-ethische waarden, zoals rechtvaardigheid, goed doen en niet schaden, respect voor autonomie, aandachtige zorg. Om tot een rechtvaardig oordeel te komen, moet je antwoorden vinden op morele vragen als:

- Is de richtlijn *Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen* hier leidend, omdat die voor iedereen geldt?
- Of moet je ook rekening houden met de mogelijke schadelijke gevolgen voor deze man, als de pijnlijke confrontaties met verlies van werk en status zullen aanhouden?
- Welk gewicht legt een eventuele verschuiving in waarden en belangen door de confrontatie met zijn ongeneeslijke aandoening in de schaal?
- Wanneer gaan 'goed doen, niet schaden' en 'aandachtige zorg' boven 'gelijkheid'?
- Wat is in deze casus 'goed doen en niet schaden'?

vraagstukken gegeven kan worden. Zo is er de methode Morele Oordeelsvorming⁶ en de methode Moreel Beraad⁷. De verzekeringsarts krijgt daarin kennis en vaardigheden aangereikt waarmee hij de morele juistheid van zijn eigen en anderzins keuzes en beslissingen op een nauwkeurige, methodische wijze tegen het licht kan houden. Wie de training heeft doorlopen, is beter toegerust voor het deelnemen aan moreel beraad. Moreel beraad is een gestructureerde, geformaliseerde overlegvorm voor ethische kwesties en draagt bij aan het morele leerproces van de beroepsgroep of van een organisatie. Door met enige regelmaat dergelijk beraad te houden, wordt het vakgebied verrijkt met breed gedeelde morele kennis over actuele vraagstukken en over morele gevaren, gerelateerd aan, bijvoorbeeld, de verhouding tussen politiek en de uitvoering.⁶

De ontwikkeling van ethiek in de verzekeringsgeneeskunde mag een veel prominentere plek krijgen in de opleiding en geborgd worden in de dagelijkse praktijk. De structuur daarvoor moet nader worden uitgewerkt. Te denken valt aan het op grote schaal trainen van groepen verzekeringsartsen in medisch-ethische oordeelsvorming. En aan het borgen daarvan door structurele invoering van moreel beraad, bijvoorbeeld als methode voor intervisie en casuïstiekoverleggen. Het reikt als instrument voor intervisie verder dan de veelgebruikte incident- en Balintmethoden. Goed nieuws is dat momenteel door de ethiekcommissies van NVVG en NVAB gewerkt wordt aan een grondige herziening van het boek *Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*.⁸ Ethiek verdient in ons vak meer aandacht dan nu het geval is. Het zal het niveau van het medisch-ethisch handelen van de individuele verzekeringsarts en van de beroepsgroep verhogen.

De waarde van de verzekeringsarts

Mahatma Gandhi zei: *'A nation's greatness is measured by how it treats its weakest members.'* De verzekeringsarts staat midden in de maatschappij en is een vertegenwoordiger van de democratische rechtstaat. Opkomen voor de zwaksten in de samenleving betekent niet klakkeloos toekennen van uitkeringen en ook niet rigide vrijwel iedereen 'beargumenteerd' de deur wijzen. Het vereist steeds een zorgvuldig op morele principes gestoeld wikken en wegen.

Als de verzekeringsarts ontdekt dat er in weerwil van allerlei maatschappelijke oordelen juist sprake is van een hoogwaardige medisch-ethische vaardigheid die zich in hem heeft ontwikkeld en gemanifesteerd, dan ontstaat een krachtige verzekeringsgeneeskundige identiteit en autoriteit. Dan ervaart hij dat hij vertegenwoordiger is van de democratische rechtstaat en dat hij als medicus weloverwogen en rechtvaardig mede uitvoering geeft aan en zorgdraagt voor een sociale samenleving. De sociaal-verzekeringsgeneeskundige is rechtvaardig en wijs, mededogen zetelt in zijn hart.

Dichter Hagar Peeters verwoordt dit als geen ander in haar *Verdedigingsrede van een verzekeringsarts*.⁹ Zij besluit met:

“Het is aan mij om de mate van uw afgedaanheid te bepalen.

Ik vel het bedroevend vonnis van blijvende ziekte of stel teleur door u gezond te bevinden.

Geen mens kan zich tegen mijn onwelgevallig oordeel verzekeren.

Maar dankzij mij vervalt de zieke weduwe niet tot de bedelstaf.

Ik ben er om de meervoudig geamputeerde voor armoede te behoeden.

De hulpbehoevende voorzie ik van de hulp die hij behoeft.

Mijn waarde wijst zich uit in rechtvaardigheid.

Ik verdien het eerbetoon dat de beste rechter geniet.

Wie herkeurt mij door zijn kortzichtig oordeel te herzien?”

Ten slotte

De specifieke expertise van de verzekeringsarts is onderbelicht en ondergewaardeerd door onszelf en door de wereld om ons heen. Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming is weliswaar al jaren impliciet gestoeld op medisch-ethische principes, maar als wij ons meer bewust worden van de professionele kracht en de maatschappelijke relevantie van onze unieke competentie zal onze zelfwaarde groeien.

Als wij naast de wetenschappelijke ontwikkeling gaan streven naar een brede en expliciete ontwikkeling op het gebied van morele oordeelsvorming, kunnen we beter uitleggen dat mensen met dezelfde ziekte niet per se dezelfde rechten hebben en dat niet alles meetbaar is. Het principe van rechtvaardigheid betekent dat gelijke gevallen gelijk behandeld moeten worden en ongelijke gevallen ongelijk. Dat betekent dat niet iedereen altijd langs dezelfde meetlat kan worden gelegd. Rechtvaardigheid vraagt maatwerk en vereist het meewegen van collectieve én individuele factoren. Het is de vaste en duurzame wil van de verzekeringsarts aan ieder het zijne toe te delen.

Zo kunnen wij, als verzekeringsgeneeskundige autoriteit, garanderen dat iedere verzekerde op medisch-ethisch

maatwerk mag rekenen bij zijn claimbeoordeling. Dat zal ons medisch leiderschap in de uitvoering van de sociale zekerheid bevorderen, evenals ons aanzien in de maatschappij, de politiek en binnen UWV: ‘het eerbetoon dat de beste rechter geniet’. Het zal het vak ook aantrekkelijker maken. Als wij het karakter, de waarde en de uitdagingen van de verzekeringsgeneeskunde eerder en beter kunnen duiden aan geneeskundestudenten, net afgestudeerde artsen en nieuwe collega's, draagt dat bij aan ‘boeien en binden’, het warm maken van artsen voor ons bijzondere vak.

Literatuur en bronnen:

1. Trompert E. Een zoektocht naar een ander leven. Presentatie Muntendamsymposium 2018. Beschikbaar via: <https://www.kcvg.nl/images/kcvg/muntendam/muntendam12-2018/ennotrompert2018.pdf>. Geraadpleegd 2019 januari 9.
2. Schnabel P. Verzekeringsgeneeskunde. Rotterdam: NRC; 1996 februari 1.
3. Boer de W, Houwaart E, redacteuren. Geschiktheid gewogen, claimbeoordeling en arbeidsgeschiktheid in Nederland 1901-2005. Den Haag: TNO; 2006;p. 262.
4. Koten J. Pioniers van de verzekeringsgeneeskunde: Maarten Timmer (1925-2009). Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2015;9.
5. Timmer M. Van Anima tot Zeus. Rotterdam: Lemniscaat; 2001;p.19-20.
6. Governance & Integrity Nederland. Factsheet morele oordeelsvorming. Internet site Governance & Integrity. Beschikbaar via: <https://gi-nederlandcom.azurewebsites.net/wp-content/uploads/GI-factsheet-TMO.pdf>. Geraadpleegd 2018 november 22.
7. Bree de M, Veening E. Handleiding Moreel Beraad, praktische gids voor zorgprofessionals. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2016.
8. Weel ANH, Kelder MJ, Nauta AP. Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
9. Peeters H. Verdedigingsrede van een verzekeringsarts. In: Koffers Zeelucht. Amsterdam: De Bezige Bij; 2015; p.66-67.