



Rapport

Datum: 7 september 2001
Rapportnummer: 2001/273

Klacht

Verzoekster klaagt over de wijze waarop Gak Nederland BV, kantoor Den Haag, bij brief van 2 maart 2000 haar klacht heeft afgehandeld over de gang van zaken bij de beoordeling van haar arbeids(on)geschiktheid. Met name klaagt zij erover dat het Gak:

1. niet heeft aangegeven of het (onderdelen van) haar klacht gegrond achtte;
2. niet ingaat op haar klacht dat de verzekeringsarts haar behandelend psychologe telefonisch om informatie heeft verzocht zonder dat verzoekster de hiervoor vereiste machtiging had gegeven;
3. geen verklaring heeft gegeven voor het niet meenemen van de informatie van de behandelend psychologe bij het nemen van de beslissing van 27 januari 2000 inzake haar arbeidsongeschiktheid terwijl deze informatie wel beschikbaar was, en de arbeidsdeskundige hier in een telefonische reactie een onaannemelijke verklaring voor heeft gegeven.

Beoordeling

I. Inleiding

1. Verzoekster vroeg op 15 september 1999 een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan bij Gak Nederland BV, kantoor Den Haag (verder: het Gak). Op 22 oktober 1999 werd zij gezien door verzekeringsarts H., waar deze een rapportage van maakte. Arbeidsdeskundige C. nodigde haar uit voor een gesprek op 23 december 1999. Tijdens dit gesprek werd duidelijk dat verzoekster en het Gak van mening verschilden over de mate van belastbaarheid van verzoekster. Op 4 januari 2000 belde verzoeksters psychologe de verzekeringsarts. De genoemde verzekeringsgeneeskundige rapportage vermeldt een aantekening van 4 januari 2000, kennelijk van verzekeringsarts H., waarin staat dat de psychologe een machtiging wil en waarin wordt verzocht verzoekster een machtiging te sturen.

De psychologe schreef het Gak vervolgens bij brief van 10 januari 2000 dat verzoekster begin september 1999 was doorverwezen voor psychologische behandeling en dat het klachtpatroon destijds ongeveer gelijk was aan het huidige. De psychologe deelde verder mee dat verzoekster gezien de aard van de klachten en het persisteren ervan was doorverwezen naar de psychiater. De psychologe voegde hier aan toe dat zij verzoekster gezien de ernst van de klachten niet belastbaar met arbeid achtte. Op de brief is door de verzekeringsarts op 13 januari 2000 een aantekening gemaakt inhoudende dat de eerdere beoordeling - dat verzoekster belastbaar werd geacht met een beperking op een enkel punt - van kracht bleef.

De arbeidsdeskundige lichtte verzoekster bij brief van 27 januari 2000 in over de bevindingen van het onderzoek naar haar arbeidsongeschiktheid. Verzoekster werd met inachtneming van een aantal beperkingen in staat geacht om arbeid te verrichten. De arbeidsdeskundige kondigde verder de te nemen beschikking aangaande haar recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan. Hierbij deelde zij mee dat verzoekster een uitkering zou gaan ontvangen op basis van een vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage van 65-80%.

2. Vervolgens stelde verzekeringsarts R. op 1 februari 2000 een aanvullende verzekeringsgeneeskundige rapportage op. Hierin stond dat verzoekster vooralsnog voorlopig volledig arbeidsongeschikt moest worden geacht, daar uit de informatie van de behandelend psychologe bleek dat de aandoening van verzoekster toch ernstiger was dan ten tijde van het spreekuurcontact leek en verzoekster inmiddels ook medicatie en begeleiding door een psychiater kreeg.

3. Verzoekster schreef het Gak op 3 februari 2000 een brief waarin zij erover klaagde dat de procedures inzake de medische beoordeling niet (juist) waren gevolgd, de richtlijnen met betrekking tot de arbeidsdeskundige beoordeling niet juist waren toegepast, de informatieverstrekking met betrekking tot de te volgen procedures onvolledig was geweest en de verzekeringsarts haar psychologe tot laakbare handelingen had aangezet. Het Gak reageerde bij brief van 2 maart 2000 op haar klachten.

II. Ten aanzien van het aangeven of verzoeksters klacht (op onderdelen) al dan niet gegrond was

1. Verzoekster klaagt er in de eerste plaats over dat het Gak bij de afhandeling van haar klachten niet heeft aangegeven of het deze gegrond achtte. Het Gak deelde naar aanleiding hiervan mee dat het in zijn brief van 2 maart 2000 had aangegeven dat de beoordeling (van de arbeidsongeschiktheid) van verzoekster als geheel niet de schoonheidsprijs verdiende en dat het verontschuldigen hiervoor had aangeboden, maar dat het van mening was dat de vier punten waarop de klacht van verzoekster berustte, ongegrond waren. Dit had het puntsgewijs aangegeven in zijn brief, aldus het Gak, waarbij het opmerkte dat het inderdaad had verzuimd om dit expliciet aan te geven.

2. Zoals het Gak erkent, is er sprake van een verzuim van het Gak waar het Gak in de brief van 2 maart 2000 aan verzoekster, waarmee het haar klachten afhandelde, heeft nagelaten een oordeel te geven over de klachten. De Klachtenregeling Gak Nederland BV vermeldt onder meer dat de beslissing op de klacht een oordeel over de klacht bevat, en dat dit oordeel inhoudt dat de klacht gegrond of ongegrond wordt bevonden dan wel niet in behandeling wordt genomen (zie Achtergrond, onder 1.). Ook in de publieksfolder staat vermeld dat het Gak na het afronden van het onderzoek een brief schrijft waarin onder meer een beslissing voorzien van een uitleg staat, hetgeen nader wordt aangeduid met de opmerking dat het Gak aangeeft of het de klacht gegrond of ongegrond vindt (zie

Achtergrond, onder 2.).

Doordat het Gak in zijn brief aan verzoekster bovendien eerst had opgemerkt dat de beoordeling van haar arbeidsongeschiktheid zeker niet de schoonheidsprijs verdiende en verontschuldigen op zijn plaats waren - waaruit verzoekster afleidde dat het Gak haar klacht gegrond achtte - terwijl vervolgens bij de behandeling van de verschillende onderdelen van haar klacht van de tekst de suggestie uitgaat dat haar klachten niet gegrond werden beoordeeld, ontstond er bij verzoekster verwarring over de vraag of het Gak haar klacht nu wel of niet gegrond achtte. Deze verwarring had het Gak kunnen voorkomen door duidelijk aan te geven of het verzoeksters klacht al dan niet gegrond achtte.

Op dit onderdeel is de onderzochte gedraging niet behoorlijk.

III. Ten aanzien van het ingaan op de klacht over het verzoek om informatie aan de behandelend psychologe zonder dat verzoekster een machtiging had verleend

1. In haar brief van 3 februari 2000 aan het Gak klaagde verzoekster er onder meer over dat de verzekeringsarts niet correct had gehandeld door haar psychologe aan te zetten tot het verrichten van laakbare handelingen door te trachten haar ertoe te bewegen informatie te verstrekken zonder dat zij in het bezit was van een door verzoekster ondertekend machtigingsformulier. Verzoekster beschreef dat zij, om een einde te maken aan de verwarring over de juistheid van de door de arbeidsdeskundige gehanteerde beperkingen en de gegevens waarop deze waren gebaseerd, de arbeidsdeskundige had voorgesteld dat haar psychologe in contact zou treden met de verzekeringsarts en had gevraagd of het mogelijk was alvast een machtigingsformulier te tekenen. Volgens verzoekster had de arbeidsdeskundige aangegeven dat hiervoor een speciale brief moest worden opgesteld en dat het makkelijker was als haar psychologe op verzoeksters verzoek telefonisch contact zou zoeken met de verzekeringsarts. Dit had de psychologe gedaan, waarbij zij de verzekeringsarts te kennen had gegeven geen informatie te kunnen verstrekken zonder een machtiging van verzoekster. Volgens verzoekster had de verzekeringsarts toen sturende opmerkingen gemaakt tegen haar psychologe over tijdsdruk en het feit dat verzoekster het contact zelf had aangekaart en het overleg daarom gewoon telefonisch kon.

Het Gak deelde in zijn brief van 3 maart 2000 mee niet op dit item van verzoeksters klacht in te gaan en merkte verder op dat het Gak zich dergelijke praktijken niet kan veroorloven en dat zijn verzekeringsartsen dergelijk gedrag niet vertonen. Indien verzoeksters psychologe van mening was dat haar dit was overkomen, zou het Gak dit gaarne van haar vernemen, zo besloot het Gak.

2. Verzoekster klaagt erover dat het Gak niet is ingegaan op haar klacht. In haar verzoekschrift wijst zij er bovendien op dat op de verzekeringsgeneeskundige rapportage

van 22 oktober 1999 een notitie is gemaakt waarin staat dat de psychologe heeft gebeld en eerst een machtiging wil, met de opdracht een machtiging naar verzoekster te verzenden. Deze notitie dateert van 4 januari 2000.

3. In reactie op deze klacht stelde het Gak zich nogmaals op het standpunt dat de verzekeringsarts het door verzoekster gesuggereerde gedrag, het aanzetten tot laakbare handelingen, niet had vertoond. Het Gak stelde dat verzoekster in het onderhoud met de arbeidsdeskundige had aangegeven dat haar psychologe wellicht nadere informatie kon geven omtrent haar arbeidsongeschiktheid, en dat de verzekeringsarts op 4 januari 2000 door de psychologe was gebeld, volgens het Gak waarschijnlijk op aandringen van verzoekster, waarbij de psychologe had meegedeeld niet eerder informatie te verstrekken dan voordat zij een machtiging van verzoekster kreeg. Hierna had het Gak verzoekster onmiddellijk een machtiging gestuurd.

Verzoekster reageerde hierop door op te merken dat zij niet had aangegeven dat de psychologe wellicht aanvullende informatie kon verschaffen, maar dat zij deze met zekerheid kon verschaffen. Verzoekster benadrukte dat haar psychologe de verzekeringsarts niet op haar aandringen maar conform de suggestie van de arbeidsdeskundige had gebeld, zodat op die manier de procedure van het machtigen kon worden omzeild. Voorts wees verzoekster er nogmaals op dat de verzekeringsarts de tijdsdruk als argument had genoemd om de psychologe te overtuigen mondeling alvast alle informatie uit te wisselen. Verzoekster vond dat de arbeidsdeskundige de machtigingskwestie direct correct had moeten oppakken en haar nooit de suggestie aan de hand had moeten doen om deze procedure te omzeilen.

4. Ten aanzien van dit onderdeel van verzoeksters klacht moet ten eerste worden vastgesteld dat de behandeling ervan door het Gak de toets der kritiek niet kan doorstaan. Tot de vereisten die aan een behoorlijke klachtbehandeling worden gesteld zoals onder meer vastgelegd in de Klachtenregeling van het Gak, behoort het vereiste van een zorgvuldige behandeling van de klacht. Dit houdt onder andere in dat op alle onderdelen van een klacht moet worden ingegaan. Het Gak kon dan ook niet volstaan met de enkele ontkenning dat hetgeen waarover verzoekster klaagde, had plaatsgevonden, doch had deze klacht moeten behandelen en onderzoeken volgens de bepalingen van de Klachtenregeling.

De onderzochte gedraging op dit punt is dan ook niet behoorlijk.

5. Voorts geven de uit het onderzoek verkregen bevindingen aanleiding ten overvloede het volgende te overwegen, ter beantwoording van de vraag of de betrokken verzekeringsarts heeft geprobeerd de psychologe van verzoekster aan te zetten tot laakbaar gedrag, door haar te trachten te bewegen over te gaan tot het verstrekken van informatie over verzoekster zonder dat zij de beschikking had over een daartoe strekkende machtiging van verzoekster. De feiten wijzen uit dat hiervan in de omstandigheden van het onderhavige

geval geen sprake was. Hiertoe is het volgende van belang.

6. Daarnaast gevraagd zette het Gak in een nadere reactie uiteen wanneer in het kader van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid wordt besloten om informatie bij derden op te vragen, welke voorschriften hierbij gelden en welke procedure hierbij moet worden gevolgd. De regels hieromtrent zijn opgenomen in de Standaard "Communicatie met behandelaars", waarnaar het Gak verwees (zie Achtergrond, onder 3.). Volgens deze standaard zijn er twee indicaties om in contact te treden met behandelaars, te weten zogenaamd inhoudelijke respectievelijk formele indicaties.

7. Inhoudelijk, dat wil zeggen vanuit een oogpunt van informatieverstrekking of

-verkrijging, zag de verzekeringsarts tijdens het onderzoek op 22 oktober 1999 geen reden om contact met verzoeksters psychologe op te nemen, aldus het Gak. Terzijde merkt de Nationale ombudsman op dat de stelling van het Gak dat verzoekster op dat moment nog niet bij een psycholoog onder behandeling was, niet geheel juist is, nu verzoekster blijkens de bevindingen begin september 1999 naar de psychologe werd verwezen, en specialistische behandeling hoewel wellicht nog niet begonnen, in ieder geval wel aan de orde was.

Pas tijdens het consult bij de arbeidsdeskundige op 23 december 1999 bleek dat verzoekster zelf wel belang hechtte aan contact tussen haar psychologe en de verzekeringsarts. Daarmee was er sprake van bovengenoemde formele indicatie om contact op te nemen met de behandelend psychologe van verzoekster. Het Gak gaf aan dat zorgvuldigheidsredenen de verzekeringsarts dan meestal nopen meteen informatie op te vragen. Het Gak voegde hier aan toe dat in deze casus de psychologe zelf de verzekeringsarts had gebeld en daarbij om een machtiging had gevraagd.

8. Vervolgens merkte het Gak op dat de afhandeling van de informatie-opvraag in dit geval niet helemaal was verlopen zoals gebruikelijk is, doordat verzoekster haar voorkeur voor overleg tussen de verzekeringsarts en haar psychologe primair had uitgesproken bij de arbeidsdeskundige. Normaal gesproken stuurt de verzekeringsarts nadat een belanghebbende op het spreekuur een machtiging heeft ondertekend een inlichtingenbrief, waarbij ingesloten een machtiging met informed consent. Informed consent oftewel gerichte toestemming houdt in dat de indicatiestelling en vraagstelling met de belanghebbende worden besproken en dat de machtiging die de belanghebbende verstrekt, ziet op de verkrijging van informatie op basis van dit informed consent (zie Achtergrond, onder 3.).

Volgens het Gak had de psychologe in casu primair door verzoekster zelf gemachtigd kunnen worden en was zij in casu ook feitelijk al gemachtigd, nu verzoekster zelf de psychologe had ingelicht en had gevraagd om de verzekeringsarts te bellen. Dit betekende volgens het Gak feitelijk al het afgeven van een machtiging door verzoekster, die de

psychologe in haar eigen dossier had kunnen vastleggen. Het Gak wees hierbij op het doel van de regeling omtrent de machtigingverstrekking, te weten het beschermen van de verstrekker van inlichtingen tegen een schending van een medisch geheim waaraan een patiënt zijn behandelaar kan houden.

9. De Nationale ombudsman is van oordeel dat het Gak geen juiste toepassing heeft gegeven aan de voorschriften van de Standaard "Communicatie met behandelaars" door niet meteen toen verzoekster aangaf overleg met haar psychologe noodzakelijk te vinden, de voorzieningen te treffen voor de machtigingverlening. Op dat moment was er volgens de bepalingen van deze standaard immers een formele indicatie voor het opvragen van informatie bij de behandelaar. Zoals het Gak ook zelf heeft aangegeven, is het in een dergelijk geval voor de verzekeringsarts uit oogpunt van zorgvuldigheid meestal noodzakelijk om informatie bij de behandelaar op te vragen. Niet valt in te zien waarom hiervan zou moeten worden afgeweken uitsluitend op grond van de omstandigheid dat een verzoek van een belanghebbende om te overleggen met de behandelaar niet eerder bij de verzekeringsarts is uitgesproken maar pas bij de arbeidsdeskundige naar voren komt. Dit verandert niets aan de toepasselijkheid van deze standaard.

10. Het door het Gak aangevoerde argument dat verzoekster zelf de psychologe had ingelicht en haar had gevraagd om de verzekeringsarts te bellen, doet hier niet aan af. Weliswaar blijkt uit de Standaard "Communicatie met behandelaars" dat het mogelijk en geoorloofd is dat de behandelaar en niet de verzekeringsarts het initiatief neemt tot communicatie over een patiënt. Op grond van de regel dat degene die het initiatief tot het contact neemt, de gerichte toestemming - tot uiting komend in een machtiging - verzorgt, is in dat geval de behandelaar en niet de verzekeringsarts verantwoordelijk voor de aanwezigheid van de vereiste machtiging. Op de verzekeringsarts rust in dat geval (slechts) de taak om zich ervan te vergewissen dat de betrokkene inderdaad zijn toestemming heeft gegeven (zie Achtergrond, onder 3.).

Verzoekster heeft echter gesteld en door het Gak is niet weersproken dat het de arbeidsdeskundige was die verzoekster had verzocht om haar psychologe te vragen contact op te nemen met de verzekeringsarts, nadat het verzoekster zelf was geweest die had voorgesteld dat haar psychologe in contact zou treden met de verzekeringsarts en had gevraagd of zij hiertoe een machtigingsformulier kon ondertekenen. Er was dan ook geen sprake van overleg tussen verzekeringsarts en behandelaar op initiatief van de behandelaar, in de persoon van de psychologe, maar op initiatief van verzoekster zelf.

Het komt de Nationale ombudsman voor dat in dat geval onverkort de regel geldt dat de verzekeringsarts informatie moet opvragen op basis van en met inachtneming van de machtiging waarin de belanghebbende zijn gerichte toestemming voor het verstrekken van informatie geeft, zoals hierboven aangegeven. Het was dan ook niet juist dat het Gak in eerste instantie naliet voor de verlening van een machtiging zorg te dragen en hierin pas voorzag toen de psychologe hier op stond.

11. Niettemin brengt bovenstaande niet met zich mee dat de verzekeringsarts de psychologe van verzoekster heeft aangezet tot het verrichten van laakbare handelingen, hoe begrijpelijk en terecht verzoeksters bevreemding op zichzelf ook is over het feit dat er aanvankelijk op werd aangestuurd overleg te voeren met de psychologe zonder dat verzoekster een machtiging had verleend terwijl vervolgens, toen de psychologe hier op aandrang, er wel in een machtigingverlening werd voorzien. De algehele gang van zaken met betrekking tot de kwestie van het overleg met de psychologe verdient zeker geen schoonheidsprijs, zoals het Gak terecht heeft opgemerkt.

Vaststaat echter dat verzoekster zelf had aangedrongen op overleg tussen verzekeringsarts en psychologe, hetgeen zij steeds, zowel in haar klacht bij het Gak, als in haar verzoekschrift en in reactie op het standpunt van het Gak heeft benadrukt. Bovendien had verzoekster zelf de psychologe ingelicht en gevraagd de verzekeringsarts te bellen. Dat verzoekster dit heeft gedaan op voorstel van de arbeidsdeskundige, doet daar niet aan af. In een dergelijk geval kan het Gak worden gevolgd in zijn standpunt dat het doel van de regeling omtrent de machtigingverstrekking, te weten de bescherming van de patiënt/verstrekker tegen een schending van een medisch geheim waaraan deze zijn behandelaar kan houden, niet in gevaar is.

Er was daarom geen sprake van dat de handelwijze van de verzekeringsarts zou hebben kunnen leiden tot het verstrekken van informatie door de psychologe zonder de toestemming van of buiten medeweten van verzoekster om, zodat niet kan worden gezegd dat de verzekeringsarts de psychologe van verzoekster heeft aangezet tot het verrichten van laakbare handelingen.

IV. Ten aanzien van het geven van een verklaring voor het niet meenemen van de beschikbare informatie van de psychologe

1. Verzoekster klaagt er verder over dat het Gak geen verklaring heeft gegeven voor het niet meenemen van de informatie van haar behandelend psychologe bij het nemen van de beslissing van 27 januari 2000 inzake haar arbeidsongeschiktheid terwijl deze informatie wel beschikbaar was, en de arbeidsdeskundige hier telefonisch een onaannemelijke verklaring voor heeft gegeven. Volgens verzoekster heeft de arbeidsdeskundige in het telefoongesprek van 1 februari 2000 ziekte van verzekeringsarts H. als verklaring genoemd voor het feit dat de bijdrage van haar psychologe niet tijdens de initiële beoordeling was meegenomen, terwijl deze naderhand doorslaggevend bleek te zijn. Verzoekster vindt deze verklaring onaannemelijk, nu uit de handgeschreven aantekening van de verzekeringsarts op de brief van psychologe van 10 januari 2000, welke aantekening dateert van 13 januari 2000, blijkt dat zij van deze informatie op de hoogte was bij de initiële beoordeling van haar arbeidsongeschiktheid in januari 2000, maar in die informatie toen geen reden had gezien om haar oordeel van oktober 1999 te veranderen.

2. In reactie op dit klachtonderdeel stelde het Gak dat de ziekte van verzekeringsarts H. inderdaad niet de reden was geweest om de informatie niet mee te nemen in de beoordeling. Volgens het Gak was dit ook nooit beweerd. Het Gak wees hierbij op de genoemde aantekening van de verzekeringsarts van 13 januari 2000, dat haar eerdere visie op de arbeidsongeschiktheid van verzoekster ongewijzigd bleef.

De arbeidsdeskundige liet weten dat zij tijdens het telefonisch onderhoud op 1 februari 2000 aan verzoekster had meegedeeld dat zij nogmaals overleg had gevoerd met de stafarbeidsdeskundige en na dit overleg met de stafverzekeringsarts. Zij gaf aan er daarbij op te hebben gewezen dat zij had overlegd met de stafverzekeringsarts omdat de verzekeringsarts ziek was.

3. Vaststaat dat de verzekeringsarts de brief van de psychologe van 10 januari 2000 heeft gezien. Zij was evenwel van mening dat de daarin vervatte informatie geen reden was om haar eerdere oordeel te herzien. Zij maakte daarvan ook een aantekening op de brief. Aangenomen moet worden dat de arbeidsdeskundige (die met de stafarbeidsdeskundige en de stafverzekeringsarts over verzoeksters zaak heeft overgelegd) deze aantekening heeft gezien. Daarmee is niet aannemelijk dat de arbeidsdeskundige op 1 februari 2000 (na het hiervoor bedoelde overleg) tegenover verzoekster de ziekte van de verzekeringsarts heeft genoemd als verklaring voor het feit dat de bijdrage van haar psychologe niet tijdens de initiële beoordeling was meegenomen. Aangezien de arbeidsdeskundige tegenover verzoekster het ziek zijn van de verzekeringsarts wel heeft genoemd (zij het in een ander verband), wordt het er voor gehouden dat er aan de zijde van verzoekster sprake is geweest van een misverstand.

In zoverre is de onderzochte gedraging op dit punt behoorlijk.

4. In een nadere reactie verklaarde het Gak dat de aanvullende informatie van de psychologe voor de verzekeringsarts in eerste instantie een bevestiging was van haar visie op de situatie van verzoekster, die naar haar mening nog wel mogelijkheden had, zij het met beperkingen. Vervolgens was door de arbeidsdeskundige in overleg met de stafarbeidsdeskundige besloten om verzoeksters casus voor te leggen aan de stafverzekeringsarts R. Deze besloot na bestudering van het dossier tot nader overleg met verzekeringsarts H. Uit dit collegiale overleg, waarvan de notitie van 1 februari 2000 de weerslag vormt, is gebleken dat het hier handelde om een zogenaamd "grensgeval", dat niet goed in de "standaard" paste, zo gaf het Gak aan. In overleg is toen besloten om verzoekster alsnog volledig arbeidsongeschikt te achten, mede vanwege het feit dat haar aandoening op dat moment ernstiger was dan werd verondersteld ten tijde van het spreekuurcontact in oktober 1999, en zij inmiddels onder behandeling was van een psychiater.

Volgens het Gak had de verzekeringsarts op basis van de binnengekomen informatie gebruik kunnen maken van de grensgevalsituatie uit de standaard.

5. Met de term "standaard" wordt bedoeld op de Standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden" (zie Achtergrond, onder 4.). Hierin worden de motiveringsgronden en de protocollaire wijze van afhandelen aangegeven waarop een verzekeringsarts een belanghebbende op medische grond volledig, dat wil zeggen voor 80-100%, arbeidsongeschikt in de zin van de WAO/AAW acht. Dit betekent dat de verzekeringsarts geen duurzaam benutbare mogelijkheden voor de verzekerde om te functioneren ziet. In dat geval wordt de beoordeling van de verzekerde verder afgehandeld zonder dat er nog arbeidsdeskundig onderzoek plaatsvindt.

6. De Standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden" laat de beoordeling of er sprake is van duurzaam benutbare mogelijkheden van de verzekerde plaatsvinden door middel van een stappenschema waarin de vragen beantwoord dienen te worden of de verzekerde zijn mogelijkheden nu kan benutten en of er sprake is van duurzaamheid in de (on)mogelijkheden tot het benutten hiervan. Met het begrip "duurzaam" wordt in dit verband bedoeld een termijn van tenminste drie maanden. De term "mogelijkheden" slaat op alle mogelijkheden van een verzekerde om te functioneren; hieronder vallen niet alleen de mogelijkheden om arbeid te verrichten maar ook de mogelijkheden die noodzakelijk zijn voor het basaal leven, om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren en zich in de activiteiten van het dagelijks leven te kunnen handhaven. "Te benutten" mogelijkheden zijn de mogelijkheden die een verzekerde heeft boven het niveau van zelfredzaamheid, dat wil zeggen meer mogelijkheden dan nodig zijn voor basaal leven.

7. Als belangrijke maatstaf voor het verzekeringsgeneeskundig oordeel over het al dan niet kunnen benutten van mogelijkheden gaat de Standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden" uit van een ondergrens van zelfredzaamheid. Tussen deze ondergrens en het niveau waarop de verzekerde geacht wordt te beschikken over benutbare mogelijkheden ligt een grensgebied. Het feit dat een verzekerde zelfredzaam is, brengt immers niet in alle gevallen met zich mee dat er ook sprake is van benutbare mogelijkheden voor

deze verzekerde. Dit grensgebied vormt de professionele beoordelingsruimte van de verzekeringsarts, waarbij deze afhankelijk van de specifieke mogelijkheden van de verzekerde tot een oordeel komt over het al of niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel, en daarmee tot het concluderen tot gehele dan wel gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.

8. Het bovenstaande neemt niet weg dat verzoeksters klacht dat het Gak in zijn brief van 2 maart 2000 geen verklaring heeft gegeven voor het feit dat de informatie van haar psychologe eerst niet is meegenomen in de beslissing over haar arbeidsongeschiktheid terwijl deze informatie op dat moment al wel beschikbaar was, gegrond moet worden geoordeeld.

Blijkens haar brief van 3 februari 2000 aan het Gak richtte de klacht van verzoekster zich onder meer op het niet juist toepassen van de richtlijnen met betrekking tot de arbeidsdeskundige beoordeling. Zij voert hierbij aan dat er moedwillig informatie terzijde is gelegd. Hier gaat zij in het vervolg van haar brief nader op in, waarbij zij er nadrukkelijk haar verbazing over uitspreekt dat de reeds geruime tijd beschikbare informatie van haar psychologe eerst niet en vervolgens wel doorslaggevend werd geacht. De enige opmerking in de brief van het Gak aan verzoekster van 2 maart 2000 die hier enigszins op ingaat en duidt op een verklaring hiervoor, is de zinsnede dat de oproep voor de arbeidsdeskundige niet had plaats behoeven te vinden als de aanvullende informatie van de psychologe eerder was opgevraagd.

Dit verklaart uiteraard echter nog geenszins waarom het Gak toen de informatie van de psychologe eenmaal was opgevraagd, hieraan in eerste instantie geen en naderhand wel doorslaggevende betekenis heeft toegekend. In dit opzicht is het Gak vanuit een oogpunt van informatieverstrekking en zorgvuldigheid tekort geschoten en heeft het verzoeksters klacht niet adequaat behandeld. Niet valt in te zien waarom het Gak de uiteenzetting die het uiteindelijk in het kader van het onderzoek door de Nationale ombudsman heeft gegeven over de beoordeling van "grensgevalsituaties" niet eerder aan verzoekster heeft kunnen geven in het kader van de behandeling van haar klacht. Het is jammer dat hierdoor aan de zijde van verzoekster het onbegrip en de onduidelijkheid over de handelwijze van het Gak bij de beoordeling van haar arbeidsongeschiktheid langer hebben voortgeduurd dan nodig was.

In zoverre is de onderzochte gedraging op dit punt niet behoorlijk.

Conclusie

De klacht over de onderzochte gedraging van Gak Nederland BV, kantoor Den Haag, die wordt aangemerkt als een gedraging van het Landelijk instituut sociale verzekeringen te Amsterdam, is gegrond, behalve ten aanzien van de verklaring die een arbeidsdeskundige van het Gak op 1 februari 2000 telefonisch zou hebben gegeven voor het feit dat door verzoeksters psychologe verstrekte informatie aanvankelijk niet en vervolgens wel

van doorslaggevend belang was geacht bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van verzoekster; op dit punt is de klacht niet gegrond.

Onderzoek

Op 20 april 2000 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van mevrouw H. te Delfgauw, met een klacht over een gedraging van Gak Nederland BV, kantoor Den Haag.

Naar deze gedraging, die wordt aangemerkt als een gedraging van het Landelijk instituut sociale verzekeringen te Amsterdam, werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werd Gak Nederland BV verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben.

Vervolgens werd verzoekster in de gelegenheid gesteld op de verstrekte inlichtingen te reageren.

Tevens werd Gak Nederland BV te Amsterdam een aantal specifieke vragen gesteld.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

Verzoekster deelde mee zich met de inhoud van het verslag te kunnen verenigen.

Gak Nederland BV berichtte dat het verslag haar geen aanleiding gaf tot het maken van opmerkingen.

Bevindingen

A. feiten

1. Verzoekster vroeg op 15 september 1999 bij Gak Nederland BV, kantoor Den Haag (verder: het Gak) een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan. Op 22 oktober 1999 maakte verzekeringsarts H. een rapportage op nadat verzoekster op het spreekuur was geweest. Op de rapportage is de volgende aantekening gemaakt:

"4/1/00

Mw V., psychologe belt, wil eerst een machtiging. Vindt wel, dat zij momenteel volledig ao is, met wel een gunstige prognose.

Svp machtiging naar blh (belanghebbende; N.o.)"

2. Op 10 januari 2000 schreef de psychologe van verzoekster de verzekeringsarts:

"...Begin september vorig jaar werd uw cliënte (...) door haar bedrijfsarts (...) naar ondergetekende verwezen voor psychologische behandeling. (...)

Haar klachten waren op dat moment ongeveer gelijk aan het huidige klachtenpatroon. (...)

Diagnose

(...)

Gezien de aard van de klachten en het persisteren ervan, is betrokkene doorverwezen naar de consulterend psychiater van ons bureau. (...) Hij heeft betrokkene een

anti-depressivum voorgeschreven en zal haar een aantal malen voor controle oproepen.
(...)

Belastbaarheid met arbeid

De ernst van de klachten is op dit moment dusdanig dat betrokkene m.i. niet belastbaar is met arbeid. Om de kans op herstel te bevorderen dient het klachtenniveau eerst verder te dalen alvorens arbeid verricht kan worden. Voorts is het met het oog op terugvalpreventie van belang dat betrokkene signalen van overbelasting leert herkennen en zich er naar gaat gedragen. Enige vorm van arbeid zou, eveneens vanwege het klachtenniveau, adequaat herstelgedrag belemmeren. Op dit moment heeft klachtenreductie met andere woorden de prioriteit.

Behandeling

Klachtenreductie en terugvalpreventie vormen centrale aandachtspunten tijdens de behandeling waar hierboven naar verwezen is. Voorts wordt er bij de behandeling aandacht besteed aan agressieregulatie en aan loopbaanperspectieven..."

Op deze brief is de volgende aantekening gemaakt:

"Info gezien. 13/1/00

FIS blijft van kracht (dwz belastbaar met beperking op punt 28.)"

3. Op 20 januari 2000 maakte arbeidsdeskundige C. de volgende rapportage op:

"...2. Onderzoek

(...)

2.2 Gegevens verkregen uit onderzoek

(...)

2.2.7 Gesprek met belanghebbende op Gak-kantoor Den Haag op 23 december 1999, telefonisch gesprek.

(...)

Tevens is eventuele reïntegratie besproken: belanghebbende is momenteel onder behandeling van een arbeidspsychologe en deze heeft aangegeven dat belanghebbende momenteel niet mag werken en zeker niet bij (haar werkgever; N.o.). Belanghebbende wil dit advies opvolgen. Ik heb aangegeven dat belanghebbende zeker belastbaar wordt geacht voor fulltime werken met de door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen.

Afgesproken is dat de arbeidspsychologe contact opneemt met de verzekeringsarts.

(...)

Overleg met verzekeringsarts d.d. 14 januari 2000 na ontvangst gegevens behandelaar

Het FIS (Functie Informatie Systeem; N.o.) blijft ongewijzigd geldig..."

4. Op 27 januari 2000 schreef arbeidsdeskundige C. van het Gak verzoekster een brief waarin zij het resultaat besprak van het onderzoek dat was ingesteld naar de mate van haar arbeidsongeschiktheid. Verzoekster werd met inachtneming van een aantal beperkingen in staat geacht om arbeid te verrichten. Tevens kondigde de arbeidsdeskundige de definitieve beschikking over haar aanvraag aan die binnenkort zou volgen. Volgens deze beschikking zou verzoekster een uitkering gaan ontvangen op basis van een vastgesteld arbeidsongeschiktheidspercentage van 65-80%.

5. Op 1 februari 2000 stelde verzekeringsarts R., die in verband met ziekte van verzekeringsarts H. bij de behandeling van verzoeksters aanvraag was betrokken, een aanvullende rapportage op:

"...**Aanleiding:**

De opgevraagde informatie uit de behandelend sector is ontvangen.

Gegevens:

De behandelaar meldt in haar brief d.d. 10-1-2000 o.a. het volgende:

(...)

Consequenties:

In tegenstelling tot het geformuleerde in de rapportage van 22-10-1999 dient betrokkene vooralsnog voorlopig volledig arbeidsongeschikt geacht te worden, uit de informatie uit de behandelend sector blijkt, dat de aandoening van betrokkene toch ernstiger is dan ten tijde van het spreekuurcontact leek, zo krijgt betrokkene inmiddels ook medicatie en begeleiding door een psychiater..."

6. Vervolgens schreef verzoekster het Gak bij brief van 3 februari 2000:

"...Hierbij dien ik een klacht in met betrekking tot mijn bejegening door en de handelwijze van verzekeringsarts H. en arbeidsdeskundige C.; beiden werkzaam bij het Gak Nederland BV, kantoor Den Haag. Tijdens de procedure omtrent het vaststellen van mijn arbeidsongeschiktheid en arbeidsmogelijkheden in het kader van de WAO, naar aanleiding van mijn aanvraag d.d. 15 september 1999, hebben beide werknemers hun werk

onzorgvuldig, incompleet en onprofessioneel verricht.

Mijn klacht heeft betrekking op de volgende vier zaken:

1. het onjuist/niet volgen van de procedures m.b.t. de medische beoordeling;

Door onzorgvuldige en onvolledige informatieverzameling bleek een correcte arbeidsdeskundige beoordeling onmogelijk.

2. het niet juist toepassen van richtlijnen m.b.t. de arbeidsdeskundige beoordeling;

Door gebruik te maken van bovengenoemde onvolledige gegevens als ook het niet juist hanteren van correcte gegevens en het moedwillig terzijde leggen van informatie, heeft zowel de berekening van het maatmaninkomen, de resterende verdien capaciteit als de mate van arbeidsongeschiktheid onmogelijk correct plaats kunnen vinden.

3. het onvolledig dan wel geheel niet verstrekken van informatie m.b.t. de te volgen procedures;

4. het door de verzekeringsarts aanzetten van mijn psycholoog tot laakbare handelingen;

Hieronder treft u in een chronologisch verslag van de gehele procedure, de feiten die bovenstaande klacht ondersteunen.

Medische beoordeling:

Ik heb de verzekeringsarts, mw. H., slechts éénmaal gesproken (22-10-99) (...).

Tijdens het onderhoud heeft mw. H. niets verteld over haar rol en wat doorgaans de standaard procedure is om tot beoordelingen te komen. Zij heeft voornamelijk het door mij (uitgebreid) ingevulde formulier gelezen. Vervolgens heeft ze mij naar aanleiding daarvan vrijwel geen vragen gesteld.

(...)

Tijdens het gesprek is in het geheel *niet gesproken over mijn beperkingen*. Het belastbaarheidspatroon (pas later heb ik zelf weten te achterhalen dat het gebruikelijk is een belastbaarheidspatroon in te vullen en te bespreken met de verzekeringsarts), is derhalve noch met mij besproken, noch ingevuld in mijn aanwezigheid. Na afloop van dit gesprek is er geen uitleg gegeven over het vervolg van de procedure.

Arbeidsdeskundige beoordeling:

Het telefoontje van de arbeidsdeskundige 2 maanden later was voor mij dan ook een complete verrassing. Na twee maanden niets gehoord te hebben van het Gak, werd ik op 22 december thuis gebeld door mw. C. om een afspraak te maken voor een gesprek. Het was allemaal nogal kort dag (er was wat haast bij) en ze vroeg of het voor mij mogelijk was nog in de maand december een afspraak te plannen. We maakten een afspraak voor 23/12.

23-12-1999: tijdens mijn bezoek aan mw. C. bleek al snel dat (...) conclusies en gewekte verwachtingen door de verzekeringsarts niet of zeer summier in mijn dossier waren vastgelegd. Tevens bleek dat de door mw. C. gehanteerde beperkingen onvolledig/onjuist waren. Dit heb ik haar direct gemeld, echter mw. C. gaf aan uitsluitend te kunnen werken met de gegevens die zij van de arts aangeleverd had gekregen. Om een einde te maken aan deze onnodige verwarring, heb ik toen voorgesteld dat mijn behandelend psycholoog in contact zou treden met mw. H. Tegelijkertijd vroeg ik of het mogelijk was om het hiervoor benodigde machtigingsformulier alvast te ondertekenen, aangezien de tijd inmiddels begon te dringen.

Mw. C. gaf aan dat dit een lastige zaak was; er moest nl. een speciale brief voor worden opgesteld. Zij suggereerde dat het makkelijker was als mijn psycholoog - op mijn verzoek - telefonisch contact zou zoeken met mw. H. Dit heeft enkele dagen later plaatsgevonden.

(...)

Vervolg van arbeidskundige beoordeling:

(...)

Inmiddels had mijn psycholoog contact opgenomen met mw. H. en haar laten weten dat zij, zoals dat in medische kringen gewoon is, geen informatie kan verstrekken over cliënten zonder het daarvoor benodigde machtigingsformulier. De sturende opmerkingen van mw. H. richting mijn psycholoog over tijdsdruk en het feit dat cliënt dit contact zelf had aangekaart (en dat het dus gewoon telefonisch kon), komen op mij niet erg professioneel over. Het telefoongesprek kreeg hierdoor een minder aangenaam karakter.

Een en ander is opgelost toen mw. C. mij alsnog een *standaard machtigingsformulier* toezond, die ik na ondertekening door heb gestuurd aan mijn psycholoog. Inmiddels waren hierdoor (onnodig) kostbare dagen verloren gegaan.

10-01-2000: mijn psycholoog heeft vervolgens schriftelijk informatie verstrekt aan mw. H. Alleen om die reden is deze informatie nu nog te achterhalen. In mijn ogen is het echter niet correct (zelfs laakbaar) dat een verzekeringsarts probeert een procedure te omzeilen die benodigd is voor een behandelend psycholoog om informatie over een cliënt te mogen verstrekken.

Schriftelijke aankondiging en uitleg over aankomende beschikking:

Op 28 januari jongstleden ontving ik een brief d.d. 27 januari van mw. C. (...).

Verder valt me op dat er staat dat de medische beoordeling uitsluitend is gebaseerd op grond van mijn klachten en de bevindingen van de verzekeringsarts. Oftewel, de uitgebreide schriftelijke bijdrage van mijn behandelend psycholoog is niet meegenomen in de beoordeling. Dit blijkt overigens ook uit de aangegeven beperkingen aangezien deze tegenstrijdig zijn met de mening van de psycholoog.

(...)

Maandag 31 januari: gesterkt door telefoontjes van mijn werkgever, bedrijfsarts en behandelend psycholoog, die allemaal verklaren nog nooit zoiets te hebben meegemaakt, probeer ik me op te laden om bezwaar aan te tekenen.

Dinsdag 1 februari: tot mijn grote verbazing word ik door mw. C. gebeld, met de mededeling dat ik alsnog 100% arbeidsongeschikt word verklaard. De informatie van mijn psycholoog (reeds geruime tijd beschikbaar) bleek nu doorslaggevend. Het feit dat mw. H. ziek is/was, diende als 'verklaring' voor het feit dat de bijdrage van de psycholoog niet tijdens de initiële beoordeling was meegenomen!! Dit was voor mij toch werkelijk de druppel die de emmer deed overlopen:

- Ik heb werkelijk alles in mijn macht gedaan om mee te werken aan een correcte beoordeling ondanks dat dit mij zeer zwaar viel in mijn situatie.
- Van de kant van het Gak heb ik absoluut niet de indruk kunnen krijgen dat er op welk moment dan ook secuur, alert, en met begrip voor en inzicht in de positie van de cliënt is gehandeld tijdens deze procedure.
- Het traject wordt vooral gekenmerkt door starheid, bureaucratie en onzorgvuldigheid, met weinig gevoel voor de consequenties van uitspraken, daden en beslissingen die genomen worden voor de cliënt.
- De verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige hebben compleet langs elkaar heen gewerkt..."

7. Het Gak reageerde bij brief van 2 maart 2000 als volgt:

"...Alvorens inhoudelijk in te gaan op de vier items uit uw klacht moet ons van het hart dat de beoordeling zeker niet de schoonheidsprijs verdient en welgemeende excuses op zijn plaats zijn. Het is geenszins onze bedoeling geweest uw herstel te belemmeren en het spijt ons dan ook dat dit wel is gebeurd. De samenloop van omstandigheden, waaronder ziekte van de beoordelaars en aanvullende informatie, heeft echter een adequate afhandeling

zeker niet bevorderd.

Hieronder volgt een reactie op vier items:

1) Het onjuist/niet volgen van de procedures m.b.t. de medische beoordeling;

een gesprek met de arts hoeft niet meer tijd in beslag te nemen dan de arts nodig acht. Zij was in staat om, in de door u genoemde tijd, haar beoordeling te doen al dan niet geholpen met de door u geleverde informatie.

De procedure schrijft inderdaad voor dat uw beperkingen en de verdere procedure met u besproken moeten worden. Mevrouw H. is van mening dat zij uw beperkingen en de procedure met u heeft besproken. De procedure schrijft niet voor dat het belastbaarheidsprofiel tezamen met u ingevuld moet worden en kan derhalve ook op een later tijdstip worden ingevuld.

2) Het niet juist toepassen van richtlijnen m.b.t. de arbeidsdeskundige beoordeling;

de arbeidsdeskundige heeft wel degelijk de 'arbeidsdeskundige' richtlijnen juist toegepast. Een arbeidsdeskundige is gehouden aan de gegevens en visie van de arts. Naar aanleiding van uitspraken van mevrouw H. begrijpen wij uw verbazing over de oproep bij een arbeidsdeskundige. Als de aanvullende informatie van uw psycholoog eerder was opgevraagd had de oproep niet plaats hoeven vinden. Helaas is het anders gelopen.

De getrokken conclusie omtrent uw arbeidsongeschiktheidspercentage werd gedaan op arbeidsdeskundige gronden en was geenszins bedoeld om de arts tegen te spreken. Een dergelijke uitspraak is tevens bedoeld om de betrokkene vast voor te bereiden op de mogelijke hoogte van de uitkering.

In uw geval heeft de arbeidsdeskundige uw signaal doorgegeven aan de arts waardoor er alsnog contact werd gelegd met uw psycholoog.

(...)

3) Het onvolledig dan wel geheel niet verstrekken van informatie m.b.t. de te volgen procedures;

wij menen dit te moeten tegenspreken. Volgens de behandelaars is er wel degelijk gesproken over de procedure. Het spijt ons te moeten vaststellen dat dit in uw beleving onvoldoende is geweest en niet heeft geleid tot het wegnemen van uw vragen. Wij zijn te allen tijde bereid uw nog openstaande vragen te beantwoorden.

4) Het door de verzekeringsarts aanzetten van mijn psycholoog tot laakbare handelingen;

op dit item van uw klacht gaan wij verder niet in. Wij kunnen ons dergelijke praktijken niet veroorloven en onze verzekeringsartsen vertonen dergelijk gedrag niet.

Indien uw psycholoog van mening is dat hem/haar dit is overkomen vernemen wij dit gaarne van uw psycholoog.

Wij kunnen de gang van zaken rond uw beoordeling helaas niet terugdraaien of over doen. Wij zullen er in de toekomst alles aan doen om uw vertrouwen in onze procedures terug te winnen..."

B. Standpunt verzoekster

Voor het standpunt van verzoekster wordt verwezen naar de klachtsamenvatting onder Klacht. Verzoekster lichtte haar standpunt als volgt toe:

"...Op 3 februari jongstleden (2000: N.o.) heb ik schriftelijk een klacht ingediend bij het Gak betreffende de handelwijze van de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige tijdens mijn arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (...). Op 2 maart 2000 heb ik van het Gak hierop een antwoord ontvangen (...). In dit antwoord biedt het Gak mij haar excuses aan, echter de brief vervolgt met het ontcrachten van de door mij genoemde punten. (...)

De vier belangrijkste redenen waarom ik van mening ben dat de klachtafhandeling onvoldoende is:

1. Volgens de klachtenbrochure (...) moet duidelijk worden of de **klacht wel of niet gegrond** is. In de reactie van het Gak wordt hier geen uitspraak over gedaan.
2. Eveneens blijkt uit deze brochure dat bij een gegronde klacht (de excuses doen vermoeden dat de klacht gegrond is) het Gak eventueel te treffen **maatregelen om herhaling te voorkomen** hoort te beschrijven in de reactie. Dit is niet gebeurd.
3. Op enkele door mij genoemde punten in mijn klachtbrief wordt door het Gak niet ingegaan. Het Gak vermeldt niet waarom zij deze **punten overslaat**.
4. Sommige **reacties van het Gak** op bepaalde onderdelen van mijn klacht zijn **aantoonbaar onjuist**. Dit geeft mij aanleiding om te **twijfelen aan de zorgvuldigheid van het interne onderzoek**. Het geeft in ieder geval aan dat mijn dossier niet goed bestudeerd is aangezien de inhoud van enkele door het Gak opgestelde rapportages strijdig is met de verklaring van het Gak van een en ander.

(...)

procedure voor aanvullende informatie van behandelend psychologe

(...) ik (was) de initiatiefnemer (...) voor het regelen van het contact tussen mijn psychologe en het Gak binnen de inmiddels beperkt beschikbare tijd. Echter mijn voorstel (op 23-12-99) om hiervoor direct ter plekke het benodigde machtigingsformulier te tekenen (zodat de psychologe haar bijdrage kon leveren) werd afgedaan met het feit dat dit een *"lastige procedure"* was.

Telefonische (interne) navraag door de arbeidsdeskundige C. leerde haar dat e.e.a. te *"omzeilen"* was door de psychologe zelf contact te laten opnemen met de verzekeringsarts van het Gak. In mijn onwetendheid heb ik dit verzoek overgebracht aan de psychologe.

(...) binnen enkele dagen lukte het mijn psychologe in contact te komen met de verzekeringsarts om aan te geven dat zij zonder machtigingsformulier geen informatie over haar cliënten mocht/wilde verstrekken. Tot mijn grote verbazing bleek er toen ineens een *standaard machtigingsformulier* te bestaan. (...)

Het Gak wil op dit item van mijn brief niet eens ingaan. Zij zijn van mening dat hun verzekeringsartsen dergelijk gedrag niet vertonen.....

Mijn reactie: (...) Op de derde bladzijde (van de verzekeringsgeneeskundige rapportage van 22 oktober 1999; N.o.) staat n.b. een handgeschreven notitie van verzekeringsarts H. over het feit dat de psychologe (...) om een machtigingsformulier heeft moeten vragen.

(...)

verklaring voor foutieve uitkomst van eerste arbeidsongeschiktheids-beoordeling

Ook op dit punt is schriftelijk niet gereageerd door het Gak.

Mevrouw C. 'verklaart' telefonisch dat de eerste (onjuiste) beschikking het gevolg was van het feit dat verzekeringsarts H. niet naar de aanvullende informatie van de psychologe had kunnen kijken wegens ziekte. Deze uitleg kwam mij erg ongeloofwaardig over en mijn twijfels bleken terecht: de verklaring van mevrouw C. wordt in het Gak-dossier onderuit gehaald!

De handgeschreven notitie van verzekeringsarts H. (...), geeft aan dat zij op 13 januari de aanvullende informatie van de psychologe wel degelijk heeft gelezen en op basis hiervan geen verandering nodig vond in het reeds eerder berekende arbeidsongeschiktheidspercentage. Ruim twee weken daarna is de (foutieve) beschikking op schrift gezet (...)

Nog iets later, op 1 februari, heeft een andere verzekeringsarts (R.) gebaseerd op hetzelfde stuk van de psychologe, geconcludeerd dat ik (voorlopig) wel volledig afgekeurd moet worden (...). Dit leverde vervolgens de herziene beschikking op..."

C. Standpunt Gak Nederland BV

1. De Nationale ombudsman stelde het Gak in het kader van het onderzoek de volgende vragen:

"1. Waarom is verzuimd aan te geven welke onderdelen van verzoeksters klacht u gegrond acht?

2. Kunt u hier dit alsnog op ingaan en doen?

3. Uit de gang van zaken ten aanzien van het opvragen van informatie bij de psychologe van verzoekster zoals beschreven door verzoekster blijkt dat de verzekeringsarts de psychologe telefonisch om informatie heeft verzocht zonder dat verzoekster hiervoor een machtiging had afgegeven.

Kunt u hier alsnog op ingaan en uw visie hierop geven?

4. Volgens verzoekster kan de ziekte van de verzekeringsarts er niet de reden van zijn dat zij de aanvullende informatie van de psychologe niet heeft meegenomen in haar beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van verzoekster. Dit leidt verzoekster af uit een notitie van 13 januari 2000 op de brief van de psychologe aan de verzekeringsarts van 10 januari 2000.

a. Van wie is deze notitie?

b. Kunt u aangeven waarom de informatie van de psychologe blijkens de notitie van 13 januari 2000 kennelijk geen aanleiding vormde voor een nadere vaststelling van de arbeidsongeschiktheid van verzoekster, terwijl dit vervolgens gezien de aanvullende rapportage van 1 februari 2000 blijktbaar wel het geval was?"

2. Het Gak reageerde bij brief van 23 juni 2000 als volgt:

"...Punt 1 en 2.

In onze brief van 2 maart 2000 hebben wij aangegeven dat de beoordeling van betrokkene als geheel niet de schoonheidsprijs verdient en hebben hiervoor onze excuses aangeboden. Wij zijn echter van mening dat de vier punten waarop haar klacht berust ongegrond zijn. Dit hebben wij puntsgewijs aangegeven in onze brief. Wij hebben inderdaad verzuimd om dit expliciet aan te geven.

(...)

Punt 3.

(...)

In het onderhoud met de arbeidsdeskundige heeft betrokkene aangegeven dat haar psychologe wellicht aanvullende informatie kon geven omtrent haar arbeidsongeschiktheid. Op 4 januari is onze arts gebeld, waarschijnlijk op aandringen van betrokkene, door de psychologe en deze deelde ons mede niet eerder informatie te verstrekken voordat zij een machtiging van betrokkene kreeg. Wij hebben hierna betrokkene onmiddellijk een machtiging gestuurd.

Zoals gesteld in onze brief van 2 maart 2000 heeft onze arts het door betrokkene gesuggereerde gedrag, het aanzetten tot laakbare handelingen, niet vertoond.

Punt 4.

De ziekte van de arts is inderdaad niet de reden geweest dat de informatie niet is meegenomen in de beoordeling. Dit is door ons ook nooit beweerd. De arts heeft op 13 januari, waarvan ook een aantekening (de notitie van 13 januari 2000) in het dossier aanwezig is, beoordeeld dat haar eerdere visie op de arbeidsongeschiktheid van betrokkene ongewijzigd bleef.

Uit het collegiale overleg tussen de verzekeringsarts en de stafverzekeringsarts (zie notitie d.d. 1 februari 2000) blijkt dat het hier handelt om een grensgeval (past niet goed in de standaard). In overleg is toen besloten om betrokkene alsnog volledig arbeidsongeschikt te achten. Mede vanwege het feit dat de aandoening van betrokkene op dat moment ernstiger was dan ten tijde van het spreekuurcontact. Ons inziens is deze handelwijze niet vreemd gezien de problematiek waarin de arts zijn beoordelingen moet doen.

De behandeling van de beoordeling van betrokkene is een geval op zich. In algemene zin hebben we geen maatregelen genomen, daar onze procedures voldoen aan de eisen die zijn gesteld aan dergelijke beoordelingen.

Indien het in de toekomst komt tot een herbeoordeling zullen we ons er zeker van stellen dat betrokkene op een juiste wijze wordt behandeld. Enerzijds door het inzetten van dezelfde beoordelaars (die van de situatie op de hoogte zijn) en anderzijds door de gang van zaken specifiek met betrokkene te bespreken en te toetsen of zij zich in de procedure kan vinden. Het spreekt vanzelf dat dit tijdens het proces zal plaatsvinden..."

D. Reactie verzoekster

Verzoekster reageerde bij brief van 16 augustus 2000 als volgt op het standpunt van het Gak:

"...**ad punt 3:**

(...) als het GAK mijn dossier had gelezen dan was deze alinea niet zo opgesteld. Ik heb niet aangegeven dat mijn psychologe "*wellicht*" aanvullende informatie had maar dat zij

deze met "zekerheid" kon verschaffen. Daarnaast heb ik aangegeven dat ik het niet eens was met de gegevens waarmee de arbeidsdeskundige werkte (het door de verzekeringsarts opgestelde belastbaarheidsprofiel) en dat mijn psychologe - als behandelaar - het beste in staat was om aan te geven wat wel de juiste belastbaarheid was.

(...) heb ik haar (de arbeidsdeskundige; N.o.) tijdens dit bezoek op het GAK-kantoor direct gevraagd om een machtigingsformulier om mijn psychologe te machtigen aan de verzekeringsarts informatie over mij te verstrekken. Interne navraag leerde de arbeidsdeskundige dat dit formulier moeilijk te verkrijgen/in te vullen was en dat deze procedure als volgt omzeild kon worden: ik moest mijn behandelaar bellen en haar vragen contact op te nemen met de verzekeringsarts..... Dat mijn psychologe de verzekeringsarts op 4 januari belde, was derhalve niet op "aandringen van betrokkene" maar conform de suggestie van de arbeidsdeskundige.

In het gesprek van mijn psychologe met de verzekeringsarts op 4 januari noemde de verzekeringsarts de tijdsdruk (13 januari moest mijn beoordeling afgerond zijn) als argument om mijn psychologe te overtuigen mondeling alvast alle informatie uit te wisselen. De psychologe wilde dit echter schriftelijk doen en pas na ontvangst van de machtiging. Dat er vervolgens ineens wel een machtiging verstuurd kon worden, heeft mij toen zeer verbaasd....

conclusie: de arbeidsdeskundige had direct de machtigingskwestie correct moeten oppakken en mij nooit de suggestie aan de hand moeten doen om deze procedure te omzeilen. (...)

ad punt 4

tweede alinea: in de door het GAK aangehaalde notitie van 1 februari 2000, wordt niet gesproken over een **grensgeval**. Het betreft simpelweg een 'overrule' door de stafverzekeringsarts van het oordeel van de verzekeringsarts (d.d. 13/1/00) op medische gronden, gebaseerd op exact dezelfde informatie. Indien hij mij werkelijk als grensgeval had aangemerkt, had hij zeker additionele informatie ingewonnen.

Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het initiële oordeel van de verzekeringsarts, na het lezen van de meest recente informatie op 13/1, ongewijzigd bleef omwille van het halen van de deadline op dezelfde dag. Het blijft derhalve onduidelijk wat het GAK met "**grensgeval**" bedoelt.

De verklaring dat ik niet goed in een standaard zou passen, is me ook niet duidelijk. Volgens mij is elke betrokkene een geval op zich en bestaat er geen **standaard geval**.

De zinsnede "ons inziens is deze handelwijze niet vreemd gezien **de problematiek waarin de arts zijn beoordelingen moet doen**" begrijp ik niet. Ik vermoed dat hiermee bedoeld

wordt dat het halen van deadlines intern een hogere prioriteit heeft dan het maken van een zorgvuldige beoordeling op basis van alle aanwezige informatie die eventueel meer tijd vergt (maar ten opzichte van het corrigeren van fouten achteraf juist veel tijdswinst oplevert!).

Wat de problematiek ook moge zijn, dit mag nooit als excuus worden gehanteerd om een onzorgvuldige handelwijze te vergoelijken naar de betrokkene..."

E. Reactie Gak Nederland bv

1. Vervolgens stelde de Nationale ombudsman het Gak enige nadere vragen:

"...3.a. Wat zijn in het kader van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en het onderzoek daarnaar de voorschriften omtrent het opvragen van informatie bij derden zoals behandelend artsen?

b. Wanneer wordt besloten om informatie bij derden op te vragen?

(...)

4.a. Wat is de te volgen procedure ingeval wordt besloten om informatie bij derden op te vragen, met name ten opzichte van de betrokkene?

(...)

5. Wat waren de argumenten van verzekeringsarts H. destijds (13 januari 2000) om bij haar oorspronkelijke visie ten aanzien van de arbeidsongeschiktheid van verzoekster te blijven en om geen consequenties te verbinden aan de informatie van de psychologe?

6. Wat heeft vervolgens de doorslag gegeven om wel conclusies te trekken uit de door de psychologe verstrekte informatie?

7. In uw (brief van 23 juni 2000; N.o.) verwijst u naar overleg tussen verzekeringsarts en stafverzekeringsarts. De notitie van 1 februari 2000 vormt kennelijk de weergave van dit overleg.

a. Waarom is er besloten tot nader overleg?

(...)

8. Wat is de "standaard" waarnaar wordt verwezen (...)?

9. In welk opzicht was verzoekster een "grensgeval"?

10. Wat wordt bedoeld met de zinsnede "gezien de problematiek waarin de arts zijn beoordelingen moet doen?..."

2. Het Gak reageerde bij brief van 6 oktober 2000 als volgt:

"...Vraag 3:

A) Verwezen wordt naar de LISV standaard "Communicatie met behandelaars" (zie Achtergrond, onder 3.; N.o.).

Zie hierin met name punt 2.1.

B) Er zijn twee indicatiegebieden voor communicatie met behandelaars, namelijk inhoudelijke en formele. Dit onderscheid is niet absoluut.

De verzekeringsarts blijkt op datum onderzoek (22 oktober 2000) (bedoeld wordt 22 oktober 1999; N.o.) "inhoudelijk" geen reden te zien informatie op te vragen.

N.B. Belanghebbende was overigens op dat moment ook nog niet onder behandeling van de psycholoog.

Tijdens het consult bij de arbeidsdeskundige op 23 december 2000 blijkt dat belanghebbende voorstelt inlichtingen bij de psycholoog op te vragen. Hier treffen wij dan een formeel aspect aan.

Zorgvuldigheidsredenen nopen de verzekeringsarts dan meestal meteen informatie op te vragen. In deze casus belt de psychologe de verzekeringsarts zelf op 04 januari 2000 op, waarbij deze om een machtiging vraagt.

(...)

Vraag 4:

A) Zie hiervoor punt 2.3 Methodiek van de Standaard "Communicatie met behandelaars" en het uitgangspunt dat communicatie met behandelaars pas plaats vindt nadat dit voornemen persoonlijk met cliënt besproken is. In deze casus heeft belanghebbende dit voornemen primair geuit bij de arbeidsdeskundige waardoor de verdere afhandeling van de informatie-opvraag niet helemaal verloopt zoals standaard gebruikelijk is. Normaliter stuurt de verzekeringsarts, nadat een belanghebbende op het spreekuur een machtiging ondertekend heeft, een inlichtingenbrief waarbij dan bijgesloten een machtiging met informed consent. Zie hiervoor met name punt 2.3.2. van de Standaard.

(...)

De psychologe had in deze casus primair door belanghebbende zelf gemachtigd kunnen worden en is in deze casus ook feitelijk al gemachtigd. Belanghebbende heeft zelf de psychologe ingelicht en gevraagd de verzekeringsarts te bellen. Dit betekent feitelijk al het afgeven van een machtiging door belanghebbende. De psychologe had dit zelf schriftelijk in haar eigen dossier kunnen vastleggen. Een machtiging heeft namelijk tot doel de verstrekker van de inlichtingen te beschermen tegen een schending van een medisch geheim waaraan een patiënt zijn behandelaar kan houden.

(...)

Vraag 5:

De aanvullende informatie van de psychologe was voor mevrouw H. een bevestiging van haar visie op de situatie van belanghebbende. Hoewel zij de klachten als ernstig betitelt, was zij van mening dat belanghebbende nog wel mogelijkheden had, zij het met beperkingen. Deze beperkingen heeft zij in het dossier verwoord.

Vraag 6:

Het wel/andere conclusies trekken uit de informatie van de psychologe heeft te maken met het feit dat het hier om een 'grensgeval' gaat. Deze term wordt nader uitgelegd bij de beantwoording van vraag 9.

Vraag 7:

A) De arbeidsdeskundige heeft, in overleg met de Stafarbeidsdeskundige, besloten om de casus voor te leggen aan de Stafverzekeringsarts. Na bestudering van de casus heeft de heer R. besloten om nader te overleggen met mevrouw H.

(...)

Vraag 8:

Hier wordt bedoeld de Standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden" (zie Achtergrond, onder 4.; N.o.).

Deze standaard geeft de motiveringsgronden en de protocollaire wijze van afhandelen aan waarop een belanghebbende op medische grond 80-100% arbeidsongeschikt geacht wordt. Dit betekent in de praktijk dan een afhandeling zonder verder AD-onderzoek.

Vraag 9:

De Stafverzekeringsarts geeft met "grensgeval" aan dat, nu er nadere inlichtingen waren binnengekomen, er gebruik gemaakt had kunnen worden van een grensgevalsituatie. Dus in plaats van "Fissen" gebruik maken van de professionele beoordelingsruimte die de

Standaard "Geen duurzaam benutbare mogelijkheden" mogelijk maakt. Zie het schema op blz. 12 van deze Standaard.

Vraag 10:

Met de zinsnede 'gezien de problematiek waarin de arts zijn beoordelingen moet doen' wordt niet bedoeld dat het halen van deadlines een zorgvuldige beoordeling in de weg staat.

De problematiek die hier werd bedoeld is het feit dat de arts op 22 oktober 1999 haar zorgvuldige beoordeling (situatie en prognose van dat moment) doet en dat de situatie van belanghebbende daarna verandert en dat zij onder behandeling komt van een psychologe..."

f. verklaring van de arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige, mevrouw C., deelde het volgende op 21 juni 2001 mee:

"...Het klopt dat ik telefonisch contact heb opgenomen met (verzoekster; N.o.) omtrent het op medische gronden volledig arbeidsongeschikt zijn. Ik heb onder meer aangegeven dat ik nogmaals overlegd heb met de staf-ad en na dit overleg met de staf-va (omdat mw. H. ziek was). Ik heb aangegeven dat de situatie door de staf-va heroverwogen is met volledig arbeidsongeschikt op medische gronden als beoordeling..."

Achtergrond

1. Klachtenregeling Gak Nederland B.V.

"...8. Afhandeling

1) De beslissing op de klacht wordt schriftelijk aan klager en - indien van toepassing - de medewerker van Gak Nederland bv over wie geklaagd is, medegedeeld. Als de klacht prompt en tot genoegen van de klager in een mondeling contact werd opgelost, mag worden volstaan met het opnemen van een inhoudelijke aantekening terzake door de behandelend Gak-medewerker in het dossier.

2) De beslissing op de klacht bevat:

- een weergave van de klacht;
- een weergave van de feiten zoals Gak Nederland bv deze ziet;
- een gemotiveerde stellingname met betrekking tot de klacht;
- een oordeel over de klacht.

3) Het oordeel houdt in dat de klacht gegrond of ongegrond wordt bevonden dan wel dat de klacht niet in behandeling wordt genomen..."

2. Publieksfolder "Ik heb een klacht! Informatie over het indienen en de behandeling van klachten bij Gak Nederland"

"...5. De beslissing

Wanneer het Gak het onderzoek heeft afgerond, krijgt u een brief waarin het volgende staat:

- ◆ De feiten en omstandigheden van uw klacht, zoals u die naar voren hebt gebracht.
- ◆ De feiten en omstandigheden volgens het Gak, gebaseerd op het interne onderzoek.
- ◆ Een beslissing, voorzien van een uitleg: het Gak geeft aan of het uw klacht gegrond of ongegrond vindt.

Als uw klacht volgens het Gak gegrond was, dan krijgt u te horen wat het Gak doet (of al heeft gedaan) om herhaling te voorkomen. Ook als uw klacht volgens het Gak ongegrond is, dan wordt deze beslissing toegelicht..."

3. Standaard "Communicatie met behandelaars" (Richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars)

"... 2.1 Indicatiestelling

(...)

2.1.1 Inhoudelijke indicaties

Bij inhoudelijke indicaties staat het vragen naar of geven van informatie voorop. De verzekeringsarts heeft inhoudelijke gegevens van de behandelaar nodig om informatie die de cliënt gegeven heeft aan te vullen of te toetsen. Ook is het mogelijk dat hij de behandelaar feitelijk wil informeren over bevindingen, die in het kader van diagnostiek of therapie nadere aandacht behoeven.

(...)

2.1.2 Formele indicaties

Bij formele indicaties staan eisen van zorgvuldigheid voorop, zoals die in het algemeen door de cliënten zelf en de rechterlijke macht als redelijk ervaren worden. In deze gevallen kan de bedrijfs-/verzekeringsarts daaraan voldoen door de behandelaar mondeling of schriftelijk te informeren over zijn beoordeling. De behandelaar kan daarop reageren,

indien en voor zover hij dat zelf wenst.

1. De cliënt appelleert aan uitlatingen van zijn behandelend arts over zijn leefregels of zijn arbeidsongeschiktheid die de bedrijfs-/verzekeringsarts na eigen onderzoek niet deelt.

(...)

2. De cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar

In principe moet de cliënt zélf de feiten en argumenten aanvoeren die duidelijk maken wat zijn probleem is. De wens van de cliënt kan een teken zijn voor de bedrijfs-/verzekeringsarts dat de communicatie met de cliënt niet goed verloopt. De bedrijfs-/verzekeringsarts legt de cliënt daarom nogmaals uit, waarom hij het niet nodig vindt contact te leggen met zijn behandelaar. Indien de cliënt persisteert, honoreert de bedrijfs-/verzekeringsarts diens verzoek.

3. Er is een verschil in perceptie over de ernst van het probleem van de cliënt tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.

In deze situatie wordt niet zozeer de geloofwaardigheid van de verkregen informatie in twijfel getrokken, maar speelt de beleving van zijn klachten en mogelijkheden door de cliënt een belangrijke rol.

4. Er dreigt een conflict tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts heroverweegt bovenstaande indicaties. Indien hij meent goed en volledig geïnformeerd te zijn, legt hij in het dossier vast dat de advisering en de indicatie(s) tot communicatie zijn heroverwogen en *motiveert* expliciet waarom hij geen contact met de behandelend arts nodig acht. De bedrijfs-/verzekeringsarts stuurt in zulke gevallen minimaal het advies met de onderliggende rapportage aan de behandelaar toe, met de mogelijkheid binnen een aangegeven termijn spontaan te reageren.

2.2 Vraagstelling

De inhoud van de vraagstelling wordt bepaald door de indicatie

De bedrijfs-/verzekeringsarts *streeft naar overleg*, tenzij het doel alleen het verstrekken van informatie betreft.

Bij het streven naar overleg *verstrekt* de bedrijfs-/verzekeringsarts informatie aan de behandelaar en *vraagt* om informatie. Het verstrekken van informatie én het vragen naar informatie heeft betrekking op:

* gegevens van feitelijke aard;

* interpretatie van feiten;

* mening over de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren en de consequenties voor het beleid.

De vraagstelling moet altijd zo concreet en gericht mogelijk zijn.

(...)

2.3 Methodiek

Uitgangspunt

Communicatie met behandelaars vindt eerst plaats nadat dit voornemen persoonlijk met de cliënt is besproken.

2.3.1 Informed consent

De bedrijfs-/verzekeringsarts bespreekt de indicatie- en vraagstelling met de cliënt.

In dat gesprek komt aan de orde:

- * met welke behandelaar hij contact wil opnemen;
- * welke informatie hij denkt te vragen;
- * welke gegevens hij zelf zal verstrekken;
- * welke voorlopige mening hij kenbaar zal maken;
- * wat het verloop van de procedure daarna zal zijn.

(...) Informed consent vereist niet dat de cliënt van tevoren integraal kennis hoeft te nemen van de tekst van de brief met daarin de vraagstelling en het daaropvolgende antwoord van de behandelaar. (...)

2.3.2 Machtiging

Diegene die het initiatief neemt tot communicatie verzoekt de cliënt om een schriftelijke machtiging.

Met de machtiging staat de cliënt zowel de bedrijfs-/verzekeringsarts als zijn behandelaar toe onderling die informatie uit te wisselen vallend binnen het kader van zijn gerichte toestemming. (...)

3. TOELICHTING

(...)

Reikwijdte standaard

De standaard beperkt zich tot de *rol van de bedrijfs-/verzekeringsarts in de communicatie met behandelaars*. In die gevallen waarin behandelaars initiatief tot communicatie nemen, is de standaard onverkort van toepassing voor het handelen van de bedrijfs-/verzekeringsarts. Op grond van de regel dat de initiatiefnemer de gerichte toestemming van de cliënt verzorgt, is in deze gevallen de behandelaar daarvoor verantwoordelijk. De bedrijfs-/verzekeringsarts dient zich er in dergelijke gevallen van te vergewissen, dat de cliënt zijn toestemming gegeven heeft.

(...)

3.1 Indicatiestelling

(...)

3.1.2 Formele indicaties

Formele indicaties hebben primair een procesmatig karakter - toepassen van hoor en wederhoor - maar ook een inhoudelijk karakter: de verzameling van feiten zo volledig mogelijk maken om de marge van onzekerheid van de beoordeling te verkleinen.

1. De cliënt appelleert aan uitspraken van zijn behandelend arts over zijn leefregels of zijn arbeidsongeschiktheid die de bedrijfs-/verzekeringsarts na eigen onderzoek niet deelt.

Deze indicatie bestaat ook wanneer de behandelaar langs andere wegen zijn mening kenbaar gemaakt heeft, zoals kan blijken uit een attest.

2. De cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar.

Terughoudendheid ten aanzien van dit punt is gepast en vloeit voort uit de overweging dat het niet de bedoeling is dat de cliënt de onderbouwing van zijn aanspraken delegeert aan zijn behandelaar. Hij kan zijn behandelaar bovendien in een rolconflict brengen.

Uiteindelijk zal de wens van de cliënt om met zijn behandelaar te overleggen, gehonoreerd moeten worden. Dit berust op de overtuiging dat het verschil in positie tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en cliënt zoveel mogelijk gecompenseerd moeten worden.

3. Er is een verschil in perceptie over de ernst van het probleem van de cliënt tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.

(...)

4. *Er dreigt een conflict tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.*

De bedrijfs-/verzekeringsarts dient zich steeds bewust te zijn van de positie van de cliënt en waar mogelijk een conflict te voorkomen.

Indien een cliënt in het geval van een dreigend conflict aandringt op overleg met de behandelaar wordt verwezen naar de tweede formele indicatie.

Hier wordt bedoeld een conflict van inhoudelijke aard. Dit kan evenzeer een verschil van mening betreffen in het kader van arbo-advisering als in het kader van claimbeoordeling. (...)

3.3.2 Machtiging

De consequentie van de stellingname dat de initiatiefnemer tot overleg de machtiging verzorgt, impliceert dat de behandelaar dat doet als hij contact opneemt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts kan het contact pas aangaan, wanneer de machtiging is afgegeven..."

4. **Standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden'**

"...1 Inleiding

(...)

Concreet betekent dit alles dat een verzekeringsarts (va) ook goed dient te motiveren waarom hij zijn cliënt volledig arbeidsongeschikt acht. Als een verzekeringsarts de cliënt 'volledig ongeschikt' acht, betekent dit dat er geen duurzaam benutbare mogelijkheden gezien worden en het om die reden niet zinvol is tot arbeidskundige duiding van functies over te gaan. In principe zou in deze gevallen een belastbaarheidsprofiel van cliënten met zeer beperkte mogelijkheden opgesteld kunnen worden. Dat zou echter niet alleen moeilijk zijn, maar ook veel schriftelijke c.q. mondelinge toelichting vragen zonder dat er een resultaat in de vorm van te duiden functies tegenover staat.

Deze standaard geeft uitdrukking aan het appèl op de verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts als sociaal geneeskundige om tegenover het collectief van premiebetalers duidelijk te maken dat de beslissing om in bepaalde gevallen niet over te gaan tot functieduiding, zorgvuldig tot stand is gekomen en op inhoudelijk goede gronden is genomen.

Deze standaard beschrijft om welke groep cliënten het gaat: een beperkte groep uitzonderingen op het principe van 'altijd functieduiding', waarbij op medisch inhoudelijke functionele gronden de duiding voor de arbeidsmarkt niet zinvol wordt geacht. Indien geen functieduiding wordt verricht, is het ook niet zinvol dat de verzekeringsarts een

belastbaarheidsprofiel opstelt.

(...)

2.1 Doel standaard

Het doel van deze standaard is het vergroten van het inzicht in en van de uniformiteit van de oordeelsvorming van de verzekeringsarts ten aanzien van die cliënten bij wie de mogelijkheden zo gering zijn dat arbeidskundige functieduiding niet zinvol is. De verzekeringsarts concludeert in deze gevallen dat de cliënt geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft.

2.2 Toepassing standaard

De standaard is van toepassing op alle beoordelingen die door de verzekeringsarts in het kader van de schatting AAW/WAO worden gedaan. (...) De in de standaard beschreven situaties hebben betrekking op de mogelijkheden van alle cliënten, ongeacht specifieke aandoening, diagnose of prognose.

(...)

2.4 Inschatting duurzaamheid van mogelijkheden

Het verzekeringsgeneeskundige oordeel over de duurzaamheid van de mogelijkheden van cliënt strekt zich in het algemeen uit tot een termijn van ten minste 3 maanden.

(...)

3.1 Uitgangspunten methodiek

Deze standaard geeft richtlijnen voor de verzekeringsarts om tot de conclusie 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' te komen. (...)

Het oordeel van de verzekeringsarts komt tot stand op grond van een voortraject van ingestuurde informatie van cliënt en/of werkgever/Arbo-dienst, (spreekuur)beoordeling en informatie-inwinning door de verzekeringsarts en eventuele expertise in opdracht van de verzekeringsarts. Bij de totstandkoming van het oordeel kan raadpleging van interne en externe deskundigen bijdragen tot een zorgvuldig en juist oordeel over de mogelijkheden.

(...)

Uitgangspunt

Uitgangspunt van deze standaard is dat de verzekeringsarts voor zijn uiteindelijke oordeelsvorming zowel de huidige toestand van de cliënt ten aanzien van het op dat moment kunnen benutten van mogelijkheden meeweegt, als zijn prognose ten aanzien van de duurzaamheid van deze huidige mogelijkheden. Ook kan hij inzake de duurzaamheid oordelen dat er sprake is van blijvend wisselende mogelijkheden.

Om te beoordelen of sprake is van een uitzondering op het uitgangspunt dat van iedere cliënt altijd een FIS-belastbaarheidsprofiel wordt opgesteld, beantwoordt de verzekeringsarts de volgende twee vragen:

1 kan de cliënt zijn mogelijkheden *nu* benutten?

2 kan de cliënt zijn huidige mogelijkheden *duurzaam* (niet) benutten?

Het antwoord op vraag 1 kan 'wel' of 'niet' zijn. Bij een antwoord 'wel' beantwoordt de verzekeringsarts vervolgens de tweede vraag ('duurzaam benutten?'); bij een antwoord 'niet' beantwoordt de verzekeringsarts vervolgens de tweede vraag ('duurzaam niet benutten?'). De antwoorden op deze twee vragen leiden tot de uiteindelijke oordeelvorming van de verzekeringsarts met betrekking tot het 'al dan niet kunnen benutten van mogelijkheden' van de cliënt, de duurzaamheid van het 'al dan niet kunnen benutten', het besluit van de verzekeringsarts tot het al dan niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel en het al dan niet plannen van een heronderzoek door de verzekeringsarts. (...)

Schema 2. Benutbare mogelijkheden in de tijd bezien.

5.6 Bijlage 6: Toelichting op termen 'mogelijkheden', 'te benutten', 'duurzaam', 'aanmerkelijk' en 'blijvend wisselende mogelijkheden'

Mogelijkheden

Met 'mogelijkheden' wordt bedoeld alle mogelijkheden van een cliënt om te functioneren, dat wil zeggen ook mogelijkheden die noodzakelijk zijn voor het basaal leven, om persoonlijk en sociaal te kunnen functioneren en zich in de activiteiten van het dagelijks leven (adl) te kunnen handhaven. Mogelijkheden zijn dus niet noodzakelijk benutbaar voor arbeid (zie schema 2).

Te benutten

Met 'te benutten' mogelijkheden wordt specifiek bedoeld mogelijkheden die de cliënt heeft boven het niveau van zelfredzaamheid, dat wil zeggen meer mogelijkheden dan nodig zijn voor basaal leven (zie verder professionele beoordelingsruimte en situatie I). Als belangrijke maatstaf voor het verzekeringsgeneeskundige oordeel over het niet kunnen benutten van mogelijkheden door de cliënt gaat de standaard uit van een ondergrens van 'zelfredzaamheid' (zie schema (...) 2).

Duurzaam

Onder 'duurzaam' wordt verstaan een termijn van ten minste 3 maanden.

Aanmerkelijk

Het veranderen van de mogelijkheden van cliënt van benutbaar naar onbenutbaar of andersom.

Blijvend wisselende mogelijkheden

Een situatie van ten minste tweemaal geconstateerde aanmerkelijke verandering. De verandering heeft zich steeds binnen een tijdsbestek van 3 maanden afgespeeld.

5.7 Bijlage 7: Toelichting op situaties I (A en B), II en III

(...)

Er is een grensgebied tussen 'zelfredzaamheid' en 'wél' te benutten 'mogelijkheden'.

Dit is de professionele beoordelingsruimte tussen zelfredzaamheid en benutbare mogelijkheden (zie schema 2), waarbij de verzekeringsarts afhankelijk van de specifieke mogelijkheden van cliënt tot een oordeel komt over het al of niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel (...).

Professionele beoordelingsruimte

De professionele beoordelingsruimte van de verzekeringsarts betreft drie hoofdgebieden, namelijk:

de (gemotiveerde) afwijkingen van de standaard;

de beoordeling van het overgangsgebied tussen zelfredzaamheid en duurzaam benutbare mogelijkheden van cliënten (zie grijs gearceerd gebied schema 2);

het bepalen van de aanmerkelijk wisselende mogelijkheden (zie hierboven).

(...)

Het 'grijze' gearceerde gebied in schema 2 illustreert dat niet alle cliënten die zelfredzaam zijn ook automatisch te benutten mogelijkheden hebben.

Naast zelfredzaamheid zijn er nog andere aspecten en afwegingen die meetellen bij de oordeelsvorming van de verzekeringsarts en tot de conclusie leiden dat op dat moment wél sprake is van te benutten mogelijkheden. Er is dus een grensgebied tussen 'zelfredzaamheid' en 'wél duurzaam benutbare mogelijkheden'. In dit gebied komt de

verzekeringsarts afhankelijk van de specifieke mogelijkheden van cliënt tot een oordeel over het al of niet opstellen van een belastbaarheidsprofiel.

Voor de totale oordeelsvorming van de verzekeringsarts over het al dan niet 'duurzaam benutbaar zijn' van de mogelijkheden van cliënt is tevens een beoordeling van de prognose van de duurzaamheid van de vastgestelde mogelijkheden van belang.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt duurzaam niet 'zelfredzaam' is, komt hij in vrijwel alle gevallen tot het oordeel dat er duurzaam geen te benutten mogelijkheden zijn en stelt hij geen belastbaarheidsprofiel op (...).

Indien duurzaam geen sprake is zelfredzaamheid bij cliënt, betekent dit in het algemeen dat de verzekeringsarts geen belastbaarheidsprofiel hoeft op te stellen. Indien daarentegen duurzaam wel sprake is van zelfredzaamheid, betekent dit niet dat de verzekeringsarts automatisch wel een belastbaarheidsprofiel dient op te stellen..."