Een nieuwe aanpak bij arbeidsongeschiktheid wegens rug- of gewrichtsklachten van een zelfstandige ondernemer

H.J.M. van der Planken en M.M. de Jong***

De populatie

Zelfstandige ondernemers verzekeren zich voor arbeidsongeschiktheid bij een particuliere verzekeraar. Een aanzienlijk deel van deze groep is echter niet verzekerd en vaak is er sprake van onderverzekering, omdat de premie voor de verzekering relatief hoog is, dit in het licht van het door de verzekeraar geaccepteerde risico.
Bij Nationale-Nederlanden zijn veel verschillende beroepen voor arbeidsongeschiktheid verzekerd, waaronder dikwijls fysiek zware beroepen zoals stratenmakers, timmerlieden, stukadoors en aannemers. Niet verwonderlijk blijken rug- en/of gewrichtsklachten de meest voorkomende redenen voor arbeidsongeschiktheidsmelding te zijn bij deze verzekerde populatie.

De oude "schade" aanpak bij rug- en gewichtsklachten

Tot eind 2006 bestond de aanpak na melding van arbeidsongeschiktheid bij de verzekeraar, vaak via de verzekeringsadviseur, uit het volledig laten invullen van een schade aangifte formulier. Tegelijk werd ook een opdracht voor een zogenaamd inventariserend onderzoek door een arbeidsdeskundige verstuurd. Daarnaast werden machtigingen naar verzekerde verzonden om de medisch adviseur van de verzekeraar toestemming te geven schriftelijke informatie bij huisarts en eventuele andere behandelaars op te laten vragen. Meestal na een periode van circa 3-6 weken werd de informatie van een of meer behandelaars ontvangen. Intern was dan nog een periode van circa 2-4 weken gebruikelijk voordat de informatie door de geneeskundig adviseur beoordeeld was en de schadebehandelaar met behulp van een medisch advies verdere acties in gang kon zetten.
Een probleem dat zich hierbij voordoet is dat dit advies gebaseerd is op medische informatie welke achter loopt op de realiteit, die vooral in de beginfase van arbeidsongeschiktheid nog snel kan wijzigen!

Ook duurde het enkele weken voordat het arbeidsdeskundige rapport binnen was, waarna intern ook nog een "verwerkingsperiode" volgde.
Al met al kon het al snel enkele maanden duren voordat een goed "plan van aanpak" te maken was. Dit omdat vele aspecten voor de verzekeraar voordien nog niet duidelijk waren, zoals klachten, aard aandoening, beperkingen voor arbeid, mate van arbeidsongeschiktheid, resultaat behandeling en prognose ten aanzien van herstel en werkhervatting. Ook voor de verzekerde levert dit een lange periode van onzekerheid op. Wat kan ik van de verzekeraar verwachten? Hoe moet ik verder? Kan ik nog herstellen? En wanneer? Wat moet ik regelen ten aanzien van de continuïteit van mijn bedrijf? Daarom werd eind 2006 gekozen voor een nieuwe aanpak bij melding van arbeidsongeschiktheid bij deze populatie verzekerden, welke nader zal worden toegelicht.

De nieuwe aanpak bij rug- of gewrichtsklachten

Bij de nieuwe aanpak wordt de verzekerde direct door de schadebehandelaar gebeld en, met als richtlijn een belscript vastgesteld door de medisch adviseur, worden aan betrokkene een aantal inhoudelijke vragen gesteld over de aard van de klachten en de eventueel ingestelde behandeling en/of verwijzing via de huisarts.
Indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan (zie tabel 1), wordt een medisch specialistisch onderzoek via Verzuimdiagnostiek aangeboden aan verzekerde. Dit is een gespecialiseerd diagnostisch centrum welke medisch specialistische expertises aanbiedt, inclusief aanvullende onderzoeken. Dit centrum werkt nauw samen met medisch specialisten in Amsterdam en sinds kort in Tilburg.

Tabel 1

Voorwaarden voor aanbod verzekeraar verwijzing naar Verzuimdiagnostiek:
Er is niet verwezen door de huisarts naar een medisch specialist
Het gaat nog niet beter (met al of niet conservatieve behandeling)
Het resterende verzekerde belang is voldoende

* H.J.M. van der Planken, verzekeringsgeneeskundige RGA
** M.M. de Jong, projectmedewerkster diagnostisch centrum, mdejong@diagnostischcentrum.com

Als verzekerde akkoord gaat volgt dezelfde dag een verzoek per e-mail aan dit diagnostische centrum en wordt deze ook dezelfde dag nog gebeld door het centrum om een afspraak te maken voor diagnostisch onderzoek en een afspraak bij een medisch specialist. Meestal betreft het een neuroloog of orthopedisch chirurg, soms een reumatoloog. Het aanvullend diagnostische onderzoek is meestal beeldvormend: dikwijls een mri-scan of röntgenfoto's.
Tevens gaat er diezelfde dag een opdracht uit richting arbeidsdeskundige voor het bezoeken van verzekerde. Het diagnostische centrum garandeert levering van het onderzoeksrapport, een zogenaamd "medisch inzetbaarheidsadvies" binnen 10 werkdagen op het bureau van de medisch adviseur van de verzekeraar. Daarnaast wordt door het centrum altijd direct een kopie van het onderzoeksrapport naar de huisarts van verzekerde gestuurd. De medisch adviseur beoordeelt het rapport op de dag van binnenkomst en geeft een advies via de schadebehandelaar richting de arbeidsdeskundige. De arbeidsdeskundige heeft het advies in principe binnen vóór de afspraak met verzekerde. Alle communicatie verloopt per e-mail.
Voor verzekerden die niet akkoord gaan met het voorgestelde onderzoek of die niet aan de voorwaarden voldoen, wordt de eerder beschreven oude aanpak gevolgd.
De arbeidsdeskundige bezoekt dan verzekerde op hetzelfde tijdstip, maar zonder medisch advies! De arbeidsdeskundige kan dan dikwijls nog geen afspraken met verzekerde over eventuele werkhervatting maken.

Het medisch inzetbaarheidsadvies

In de regel worden door medisch specialisten keuringen, zogeheten "medische expertises", verricht om klachten, onderzoeksbevindingen, diagnose, beperkingen voor arbeid, prognose ten aanzien van herstel van de aandoening en eventuele resterende therapeutische opties vast te stellen. Daarnaast eventueel nog beantwoording van andere specifieke vraagstelling, van belang voor de uitkeringsrechten van verzekerde.
Het vaststellen van eventuele blijvende beperkingen voor arbeid is van groot belang omdat vervolgens de arbeidsdeskundige hiermee de mate van arbeidsongeschiktheid volgens de polisvoorwaarden beter kan vaststellen.
Bij voorkeur wordt een medische expertise dus op een moment verricht waar sprake lijkt te zijn van een medisch (vooralsnog) onveranderde situatie, meestal bij al wat langer durende arbeidsongeschiktheid. Het heeft immers weinig zin om een medische expertise te verrichten als de medische situatie van verzekerde op korte termijn weer ingrijpend kan veranderen door bijvoorbeeld een behandeling of tijdens een genezingsproces. Definitieve beperkingen zullen dan vaak nog niet vast te stellen zijn.

Echter een medisch inzetbaarheidsadvies heeft niet als doel het vaststellen van (definitieve) beperkingen. Het gaat vooral om uitgebreide verduidelijking richting verzekerde wat er met hem/haar aan de hand is en wat er het beste aan gedaan kan worden en met welke kansen op succes.
Want het is voornamelijk verzekerde zelf, die, vooral in de beginfase van de arbeidsongeschiktheid, de keuzes over zijn/haar werk maakt. Minder werken en op welke manier, stoppen en al of niet op welke termijn hervatten. Dit vaak wel na allerlei adviezen, maar de verzekerde maakt de keuzes! Dankzij een medisch inzetbaarheidsadvies kan verzekerde deze keuzes nu maken na adviezen van een echte deskundige en niet van bijvoorbeeld een familielid of "ervaringsdeskundige".

Daarnaast gaat het erom wat op dit moment nog resterende mogelijkheden voor arbeid zijn, zonder schade aan het lichaam te berokkenen. Het begrip "resterende mogelijkheden voor arbeid" lijkt slechts het omgekeerde van "beperkingen", maar is veel positiever gelabeld en in de eerste plaats gericht aan verzekerde zelf in plaats van aan de medisch adviseur van de verzekeraar.

Resultaat van de nieuwe aanpak

Binnen 3 weken na melding van de schade bij de verzekeraar zijn zowel medisch adviseur, schadebehandelaar, arbeidsdeskundige, huisarts en "last but not least", verzekerde zelf op de hoogte van alle medische zaken die voor betrokkenen van belang zijn. Dat met uiteraard volledige inachtneming van het medisch geheim. Cruciaal wordt hierbij geacht dat verzekerde volledig op de hoogte raakt van aandoening, prognose ten aanzien van herstel en gevolgen voor de continuïteit van zijn of haar bedrijf.

Wenselijkheid van een medisch specialistisch onderzoek bij rugklachten

Bij gewrichtsklachten kan medisch specialistisch onderzoek wel wenselijk zijn. De meeste rugklachten zijn evenwel aspecifiek en medisch gezien is medisch specialistisch onderzoek dan meestal niet nodig (zie huisartsen- en bedrijfsartsen richtlijnen hierover).
De huisarts zal verzekerde hiervoor dus niet vaak doorverwijzen. Echter, een zelfstandig ondernemende verzekerde heeft naast een medisch probleem ook een probleem ten aanzien van zijn/haar bedrijf. De verzekeraar heeft daarbij een schadepost die maanden tot vele jaren zelfs kan voortduren en waarvan de schade tot in de tonnen kan oplopen.
Indien er vanuit het oogpunt van de verzekeraar indicaties voor zijn, kan de verzekeraar dus een medisch specialistisch onderzoek aanbieden, los van de vraag of dit vanuit medisch oogpunt wel zo zinvol is.

Immers, de verzekerde gaat op een gegeven moment definitieve keuzes maken ten aanzien van zijn/haar arbeidsongeschiktheid en het is in ieders belang dat deze keuzes gebaseerd zullen zijn op zo goed mogelijke medische informatie.
Overigens wordt de huisarts altijd geïnformeerd over het medisch inzetbaarheidsadvies. Tot op heden hebben wij hierover geen reacties ontvangen.

Een matched control onderzoek met historische controles

Om te onderzoeken of de nieuwe aanpak resulteert in een snellere afname van de mate van arbeidsongeschiktheid en in een sneller herstel werd voor de subgroep met lage rugklachten een matched control onderzoek met historische controles verricht. De groep verzekerden met lage rugklachten vormde de grootste subgroep van naar Verzuimdiagnostiek verwezen verzekerden.

Methode

In de periode van eind 2006 tot januari 2008 werden van 34 verzekerden met lage rugklachten medisch inzetbaarheidsadviezen opgesteld. Deze 34 verzekerden werden vergeleken door middel van analyse van de cliëntendossiers met 34 verzekerden uit de periode april tot en met september 2006, waarvan de schademeldingen alle volgens de oude aanpak in behandeling genomen waren. De groepen werden "gematched" op leeftijd en eigen risico termijn. "Matching" op gevarenklasse was niet nodig: bijna alle verzekerden in beide groepen behoorden tot de hogere gevarenklassen.
De volgende variabelen werden gebruikt; schadenummer, geboortedatum, leeftijd, beroep, gevarenklasse, rubriek A (verzekerd bedrag eerste jaar), rubriek B (verzekerd bedrag tweede en volgende jaren), eigen risicotermijn, eerste ziektedag, datum eerste afname arbeidsongeschiktheid en "hersteldatum" (de datum waarop volgens de polisvoorwaarden er geen recht op uitkering meer bestaat).
De data werden ingevoerd en geanalyseerd in SPSS, een statistisch softwarepakket.

Resultaten

Alle verzekerden waren van het mannelijke geslacht. Zowel gemiddelde als mediane leeftijd bedroegen afgerond 45 jaar (range 21-59 jaar).
De follow-up van vooral de onderzoeksgroep is nog kort: gemiddeld 219 dagen (controle groep 294 dagen). Een Kaplan-Meier tijd tot eerste afname arbeids-ongeschiktheid analyse liet geen significant verschil zien tussen beide groepen (p = 0,743. Log-ranktoets). Zie figuur 1.

Echter de Kaplan-Meier tijd tot herstel analyse liet een significant verschil zien ten gunste van de onderzoeksgroep (p = 0,049. Log-ranktoets). Zie figuur 2.
Uit figuur 2 blijkt dat het verschil in herstel pas na zo'n 200 dagen arbeidsongeschiktheidsduur optreedt. In beide figuren is met een verticaal streepje "laatste dag analyse" aangegeven: bij de betreffende casus eindigt dan de "follow-up" zonder dat de onderzochte gebeurtenis plaatsgevonden heeft.

Uit een telefonische enquête die door de betrokken schadebehandelaars bij 23 van de naar Verzuimdiagnostiek verwezen verzekerden met lage rugklachten verricht werd, bleek bij 22 respondenten een hoge mate van tevredenheid.

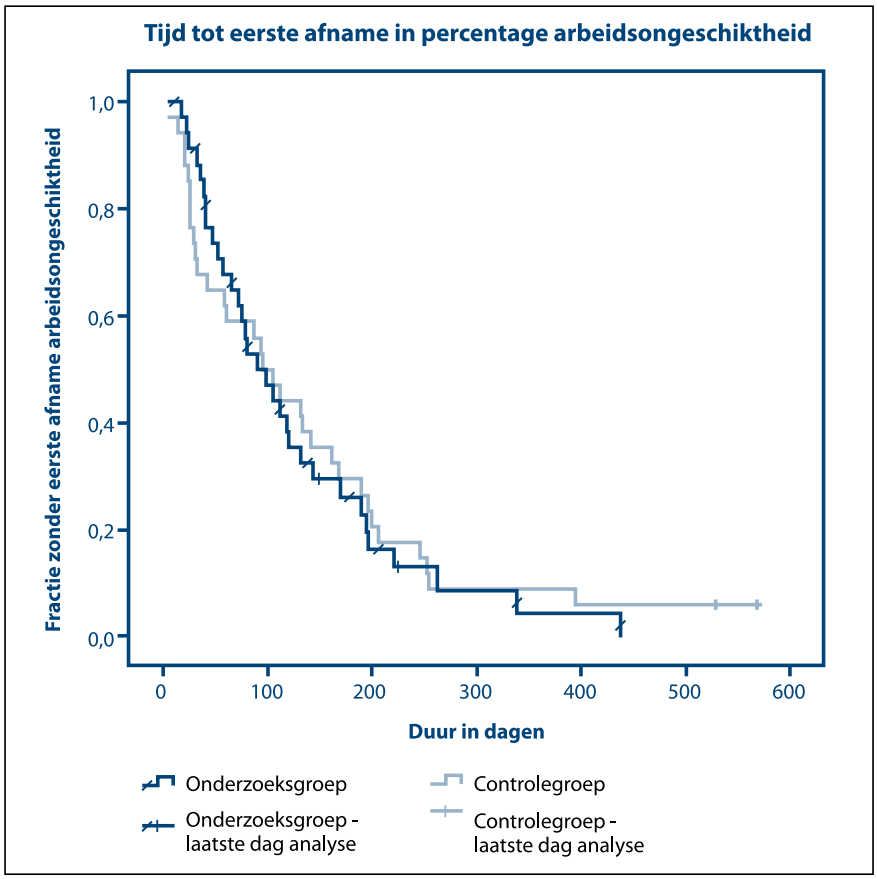
Significante invloed van leeftijd op herstel

Dat leeftijd van belang is voor de kans op herstel, bleek toen alle 68 verzekerden samen bekeken werden: de gemiddelde leeftijd van de herstelde verzekerden bedroeg 42,1 j en van de niet herstelde verzekerden 46,4 j. (p = 0,019. T-test) De herstelde verzekerden zijn dus significant jonger.

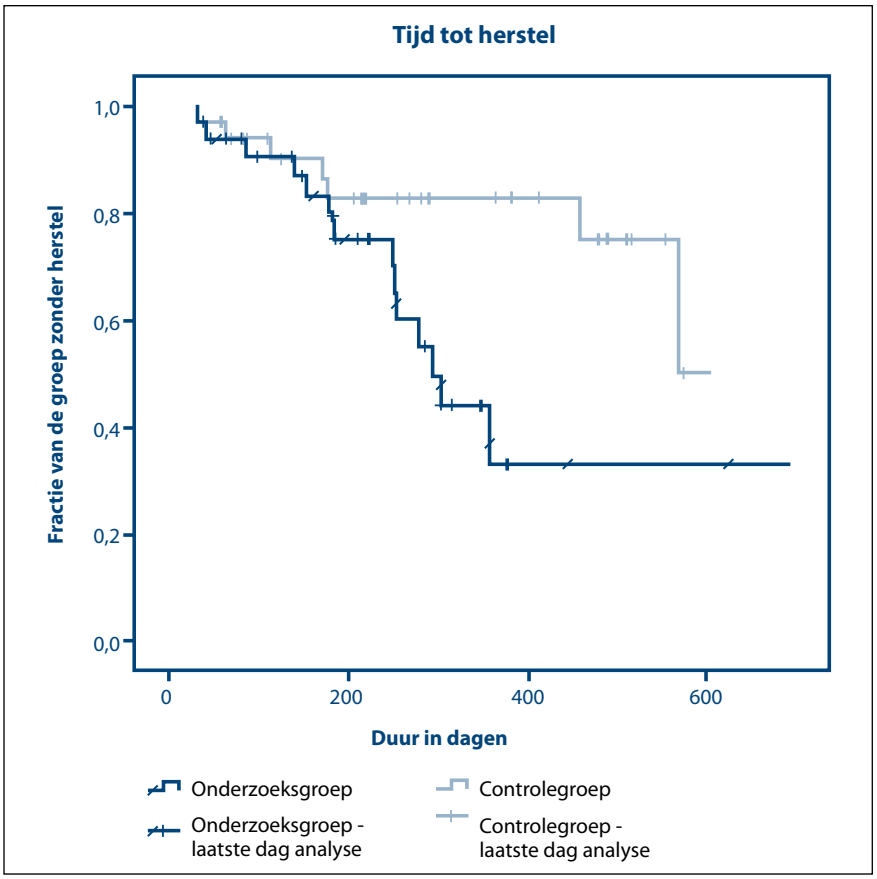
Discussie

Alleen al uit marketing overwegingen is een aanpak waar 22 van de 23 verzekerden tevreden over zijn gunstig voor de verzekeraar. Maar wat uiteindelijk telt is kostenbeheersing. Kost de nieuwe aanpak alleen maar meer dan de oude of herstellen verzekerden ook sneller of vaker en liefst ook langduriger? Zelfs een geringe mate van eerder herstel in de orde van gemiddeld 1-2 weken is al kosteneffectief.
Noodgedwongen moest gebruik gemaakt worden van historische controles: deze groep is niet geheel vergelijkbaar. Alle historische controles werden door de arbeidsdeskundige bezocht, ongeacht al of niet na verwijzing via huisarts of behandeling.
De onderzoeksgroep is een selectie van verzekerden die aan de voorwaarden van tabel 1 voldoen en ingingen op het aanbod; dit betreft 89,5 % van de verzekerden in de onderzoeksperiode met lage rugklachten. Gezien dit hoge percentage is er weinig sprake van selectie geweest.
Het plan is om op termijn de resultaten opnieuw te analyseren, aangezien op het tijdstip van onderzoek 45 van de 68 verzekerden nog niet hersteld waren. Vooralsnog lijkt medisch specialistisch onderzoek in de beginfase van arbeidsongeschiktheid bij zelfstandige ondernemers van positieve invloed te zijn op de kans op herstel en werkhervatting.

Met dank aan mevrouw J. Krikken voor het vele ondersteunende werk.



Figuur 1 Kaplan-Meier analyse tijd tot eerste afname arbeidsongeschiktheid



Figuur 2 Kaplan-Meier analyse tijd tot herstel