



Medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Richtlijn

September 1996

Colofon

Uitgave: Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica)
Buitenveldertselaan 3
1082 VA Amsterdam
Tel. 020-504 75 00, Fax 020-504 75 48

Werkgroep:
W.E.L. de Boer
N.H.Th. Croon
J. Csánky-Achilles
M. van den Toorn

Organisatie:
Tica
GAK
SFB
USZO

Eindredactie:
S. Knepper
P.A.M. van Rijn
W.E.L. de Boer

Tica
Tica
Tica

Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding	5
1.1. Voorgeschiedenis	5
1.2. Doel richtlijn	6
1.3. Ontstaanswijze	7
1.4. Inhoud	8
2. Het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium	8
3. Betekenis voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	9
3.1. Dubbele betekenis: ongeschiktheid en geschiktheid	9
3.2. Analyse medisch arbeidsongeschiktheidscriterium	9
4. Bijzondere aandachtspunten	12
4.1. Diagnose	13
4.2. Relatie sociale en arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid als uitvloeisel van ziekte of gebrek	13
4.3. Het begrip objectief	14
4.4. Het begrip consistent	14
4.5. Het begrip oorzaak	15
4.6. Problematiek rond 'moeilijk objectiveerbare' aandoeningen	15
4.7. Onderscheid niet kunnen/niet willen	16
4.8. Beoordeling psychiatrische/psychische aandoening	16
4.9. Wel kunnen, niet mogen: tot schade van de gezondheid werken	16
5. Samenvatting	17
5.1. Terreinbeschrijving	17
5.2. Betekenisgeving	17
5.3. Begrippen	17
5.4. Interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium	18
5.5. Aandachtspunten	18
Bijlage Begrippen in de richtlijn	21
Literatuurverwijzingen	25

1. Inleiding

1.1. Voorgeschiedenis

Tot augustus 1993 luidde het medische deel van het arbeidsongeschiktheids criterium dat arbeidsongeschiktheid een gevolg moest zijn van ziekte of gebrek. De vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep beschouwde ‘ongeschiktheid tot werken wegens ziekte of gebrek’ als één ongedeelde begrip dat ‘*op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten*’ moest worden^{1, 2}. Er waren geen nadere regels of uitvoeringsbesluiten.

In augustus 1993 werd de formulering van het medische criterium voor aanspraken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering gewijzigd in artikel 18 lid 1 WAO en 5 lid 1 AAW. Deze wijzigingen werkten ook door in overige arbeidsongeschiktheidsregelingen. In 1995 onderging artikel 19 lid 1 van de Ziektewet een soortgelijke verandering.

De gewijzigde bepaling luidde dat ongeschiktheid ‘*een rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek*’ dient te zijn. Deze formulering wordt beschouwd als het ‘**medisch arbeidsongeschiktheids criterium**’.

In de Memorie van Toelichting³ op de wijziging in het kader van de wet-TBA gaf het kabinet aan, dat deze zinsnede was opgenomen in navolging van een voorstel van de SER. De bedoeling was een signaal af te geven aan de uitvoeringspraktijk en de rechtspraak met betrekking tot het verband tussen de aandoening en de arbeidsongeschiktheid. Vermeden moest worden dat de begrippen ‘ziekte en arbeidsongeschiktheid’ te ruim worden geïnterpreteerd. Er zou goed nagegaan moeten worden of er niet slechts sprake was van een subjectieve beleving van de cliënt, al dan niet slechts als gevolg van sociale omstandigheden.

Zowel van de kant van de Centrale Raad van Beroep als van de kant van de artsenorganisaties werd bezwaar gemaakt tegen deze wijziging. Het jaarverslag 1992 van de Centrale Raad⁴ wees erop dat de jurisprudentie al gebaseerd wás op de eis dat er ongeschiktheid moet bestaan ‘*op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten*’. De Raad vreesde daarom dat de wijziging van het criterium tot overbodige discussies over de betekenis en de inhoud ervan zou leiden. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)⁵ schreef een door alle artsenorganisaties mede ondertekende brief, waarin betoogd werd dat een letterlijke uitleg van de inhoud van de wijziging vanuit medisch gezichtspunt onuitvoerbaar is. De oorzakelijke relatie tussen ziekte en arbeidsongeschiktheid is lang niet altijd rechtstreeks maar complex en multicausaal. Gezondheidsklachten die mensen het werken beletten zijn per definitie subjectieve belevingen.

In de Memorie van Antwoord⁶ gaf het kabinet aan dat de medische beoordeling zich moeilijk in regels laat vangen. Het was ook niet de bedoeling van het kabinet om dat te doen. Het kabinet streefde ernaar de interpretatieruimte van de medische beoordeling te laten verkleinen door protocollering, intercollegiale toetsing en second opinion. Dit werd verder aan de bedrijfsverenigingen overgelaten. Op die manier kon gewaarborgd worden dat er een objectieve en rechtmatige beoordeling plaatsvindt. De gewijzigde formulering beoogde ook niet de aanspraken van cliënten met psychische klachten te beperken. Staatssecretaris Wallage^{7, 8} benadrukte de signaalfunctie van de wetswijziging. De beoordeling moest voortaan gericht worden op wat cliënten nog wél kunnen in plaats van wat zij niet meer kunnen. Ook moest de beoordeling meerwaarde toevoegen aan de beleving van de cliënt.

In de Memorie van Toelichting⁹ van het concept-wetsvoorstel Veegwet werd in 1994 gesignaleerd dat de gewijzigde formulering misverstanden oproept, omdat gesuggereerd werd dat het oorzakelijk verband ('ten gevolge van') objectief medisch vastgesteld moest worden. Het was echter de bedoeling om aan te geven dat de ongeschiktheid het gevolg moet zijn van ziekte of gebreken, dat op medische gronden naar objectieve maatstaven bepaalbaar moet zijn.

Hiermee gaf de wetgever nogmaals impliciet aan, dat hij met de wijziging van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium geen verandering in de lijn van de jurisprudentie beoogde.

In de loop van 1995^{10, 11} blijkt echter dat een deel van de verzekeringsartsen wèl inhoudelijke consequenties aan de veranderde formulering verbindt. Zij leggen het begrip 'objectief' zo uit, dat alleen ongeschiktheid als gevolg van ziekte aangenomen wordt indien lichamelijke afwijkingen aangetoond zijn. Deze uitleg is echter onjuist. Objectiviteit omvat méér dan zichtbaarheid. Bovendien verbindt de wettekst de voorwaarde van objectiviteit niet aan de vaststelling van afwijkingen maar aan de vaststelling van ongeschiktheid.

Tica-mededeling M95-02¹² geeft al in januari 1995 aan, dat de wetgever deze uitleg niet beoogd heeft. In februari 1995 worden door toedoen van patiëntenorganisaties Kamervragen over deze kwestie gesteld. De staatssecretaris bevestigt het gezichtspunt van het Tica¹³. Daarnaast geeft de bewindsman aan dat er evenmin altijd een diagnose gesteld hoeft te zijn en dat omgekeerd het gesteld zijn van een diagnose nog niet impliceert dat er daarmee dan ook ongeschiktheid bestaat. Naar aanleiding van deze discussie verzoekt de Staatssecretaris het Tica op 30 juni 1995 een standaard over 'slecht objectiveerbare aandoeningen' te formuleren en zodoende de onduidelijkheden weg te nemen^{14, 15}.

Ook in het particuliere verzekeringsbedrijf bestaat behoefte aan verduidelijking van het begrip 'medisch vast te stellen gevolg van ziekte of ongeval'. Vanaf 1992 signaleerde de Ombudsman Schadeverzekeringen in elk jaarverslag problemen met betrekking tot de uitleg van dit begrip. In 1995 kwam het bestuur van de afdeling arbeidsongeschiktheid van het Verbond van Verzekeraars tot de conclusie dat niet goed is aan te geven wat 'ziekte in de zin der polisvoorwaarden' is. In maart 1995 verzond het Verbond een marktadvies met de formulering '*van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren*'. Een door de maatschappij aange-wezen arts stelt de stoornissen vast. En de beperkingen? Ondermeer wordt geadviseerd wél uit te keren wanneer (nog) geen diagnose is gesteld maar niettemin op medische gronden tot beperkingen kan worden geconcludeerd. Met instemming citeert de Ombudsman een grote verzekeraar die te kennen geeft dat er bij zijn bedrijf voortaan 'meer gekeken wordt naar de medisch objectiveerbare beperkingen'¹⁶.

1.2. Doel richtlijn

De thans voorliggende richtlijn beoogt door een interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium *uitgangspunten* voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te formuleren. De beoordeling zelf zal de komende jaren in diverse andere standaarden en richtlijnen worden vastgelegd.

De richtlijn heeft daarbij geldigheid voor álle verzekeringsgeneeskundige beoordelingen

en niet alleen voor ‘slecht objectiveerbare aandoeningen’. Het inhoudelijke argument daarvoor is dat zich bij aandoeningen mét duidelijk lichamelijke afwijkingen soortgelijke problemen voordoen bij de beoordeling. De polisvoorwaarden verzekeren immers geen afwijkingen, maar ongeschiktheid als gevolg van ziekte.

De richtlijn sluit verder aan bij de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep die erop is gebaseerd dat het begrip ‘ongeschiktheid tot werken wegens ziekte of gebrek’ als één ongedeeld verschijnsel op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten moet kunnen worden. Het algemeen geldende criterium ‘ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte of gebreken laat geen ruimte voor een *afzonderlijke* beantwoording van de vraag of eventueel bestaande ongeschiktheid tot werken al dan niet berust op ziekte of gebreken’¹⁷. Dit betekent dat ‘ziekte’ en ‘ongeschiktheid’ in samenhang en niet afzonderlijk beoordeeld moeten worden.

Tenslotte is nagestreefd aansluiting te vinden bij het internationale gezondheidskundig begrippenkader van de WHO. Dit is vastgelegd in de International Classification of Impairments (stoornissen), Disabilities (beperkingen) en Handicaps (ongeschiktheid) - de ICIDH¹⁸.

1.3. Ontstaanswijze

Op verzoek van het Tica gaf het Platform Verzekeringsgeneeskunde (PVG) opdracht aan een werkgroep verzekeringsartsen om de richtlijn te ontwerpen. Deze werkgroep bestond uit:

W.E.L. de Boer (Tica)
N.H.Th. Croon (GAK)
J. Csánky-Achilles (SFB)
M. van den Toorn (USZO)

Voorafgaand aan het opstellen van de richtlijn hield deze werkgroep een enquête onder 184 verzekeringsartsen werkzaam bij de uitvoeringsinstellingen, waarbij knelpunten met betrekking tot het medisch arbeidsongeschiktheids criterium geïnventariseerd werden. De respons was 80%. Van deze enquête is verslag gedaan middels een artikel in het tijdschrift TBV ‘Enquête medisch arbeidsongeschiktheids criterium’¹⁹. Vervolgens werd een concept-richtlijn opgesteld. Deze werd voor commentaar verzonden naar 50 verzekeringsartsen werkzaam bij diverse uitvoeringsinstellingen en tevens naar een groot aantal patiënten- en belangenverenigingen en instellingen waaronder de NCCZ, de CRvB, de KNMG, het Ctsv en het Ministerie van SZW. Tenslotte gaf het PVG nog commentaar.

Het commentaar werd verwerkt, de eindredactie kwam voor rekening van S. Knepper, P.A.M. van Rijn en W.E.L. de Boer, werkzaam bij het Tica. Tenslotte werd de richtlijn door het Tica-bestuur vastgesteld.

1.4. Inhoud

In hoofdstuk 2 wordt de plaats van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium binnen het integrale ongeschiktheids criterium aangegeven. De interpretatie wordt besproken in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat in op aspecten die blijken de discussies in het parlement, de enquête onder verzekeringsartsen, onderzoeken en commentaren bijzondere aandacht in de dagelijkse praktijk behoeven. De richtlijn wordt afgesloten met een samenvatting (hoofdstuk 5). Het gehanteerde begrippenkader en de literatuurverwijzingen zijn in bijlagen verantwoord.

2. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip luidt als volgt:

‘Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen’.

Met de wetwijziging van de WAO, de WAO-conforme regelingen en de AAW door de wet TBA is de bepaling ‘arbeidsongeschikt ... door ziekte of gebreken ...’ vervangen door de bepalingen ‘arbeidsongeschikt ... als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken ...’ We noemen dit het **medisch arbeidsongeschiktheids criterium**. Dit is het criterium dat de verzekeringsarts hanteert.

Vaak wordt het medisch arbeidsongeschiktheids criterium gelijkgesteld met het *hele* arbeidsongeschiktheidsbegrip. Dat is onjuist, het hele begrip is pas volledig met het **arbeidskundig arbeidsongeschiktheids criterium** dat betrekking heeft op het ‘met arbeid in staat zijn te verdienen’. Samen definiëren zij het hele wettelijke arbeidsongeschiktheidsbegrip. Beide criteria vermelden het begrip ‘arbeid’; dat is dus een aandachtsgebied waar beide deskundigen vanuit hun eigen invalshoek bemoeienis mee hebben. In de regel zal (de mate van) arbeidsongeschiktheid daarom door verzekeringsarts en arbeidsdeskundige gezamenlijk vastgesteld worden.

Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium van de Ziektewet is later overeenkomstig gewijzigd. Dat wordt gerelateerd aan een ander arbeidskundig criterium, namelijk ‘zijn arbeid’. De ZW kent daarmee weliswaar een ander arbeidsongeschiktheidsbegrip, maar daarbij zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling dezelfde uitgangspunten van toepassing.

Deze richtlijn beperkt zich tot het medisch arbeidsongeschiktheids criterium.

3. Betekenis voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

3.1. Dubbele betekenis: ongeschiktheid en geschiktheid

De richtlijn geeft nadere invulling aan het medisch arbeidsongeschiktheids criterium en daarmee aan het verzekeringsgeneeskundig aandeel in de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid die nodig is om aanspraken van cliënten op vrijstelling van arbeid, aanpassing van arbeid, uitkeringen en bepaalde reïntegratie faciliteiten volgens de wettelijke criteria te kunnen vaststellen.

Bij de behandeling van het arbeidsongeschiktheidsbegrip door de Kamer is gebleken dat de wetgever wenst dat meer accent gelegd wordt op wat cliënten nog wèl kunnen²⁰. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium beperkt de betekenis van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling dus niet tot het vaststellen van ongeschiktheid. De arbeidsongeschiktheidswetten hebben tevens een revalidatieve doelstelling, namelijk te bevorderen dat arbeidsongeschikten zoveel mogelijk voor zich zelf kunnen blijven zorgen en opgenomen blijven binnen het arbeidsproces. Hiertoe moeten zowel beperkingen als mogelijkheden vastgesteld zijn. Het gaat daarbij om de mogelijkheid werk te verrichten dat geschikt is ondanks de geschade gezondheid. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling van wat ondanks ziekte of gebreken nog wèl kan - de geschiktheid - legt in samenhang met bijbehorende arbeidskundige afwegingen de basis voor een eventueel reïntegratietraject.

3.2. Analyse medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Artikel 18 eerste lid WAO is, wat betreft het medisch arbeidsongeschiktheids criterium, als volgt te analyseren:

1. arbeidsongeschikt is hij die als gevolg van ziekte of gebreken niet in staat is;
2. dit gevolg moet rechtstreeks zijn;
3. dit gevolg moet vaststelbaar zijn;
4. dit vaststellen moet medisch zijn;
5. dit vaststellen moet objectief gebeuren.

Interpretatie van deze elementen

ad 1. arbeidsongeschikt is hij die als gevolg van ziekte of gebreken niet in staat is

Arbeitsongeschiktheid impliceert dat een cliënt zijn normale arbeid niet kan of niet mág verrichten. Een cliënt die gewoon in zijn werk functioneert kan kennelijk verdienen, ook al heeft hij ziekten of gebreken. Er bestaat geen ongeschiktheid en dus geen schade in de zin van de wettelijke voorwaarden. Een uitzondering is degeen die tot schade van zijn gezondheid arbeid zou verrichten, daar is sprake van niet met arbeid mógen verdienen.

De kern van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is de beoordeling van de (on)mogelijkheden van de cliënt om - in het algemeen - te functioneren. Daarvoor is van belang hoe de cliënt in zijn *werk* gefunctioneerd heeft, welke belemmeringen hem daar nu parten zouden spelen (de claim) en naar welke oplossingen hij zoekt of gezocht heeft om wél weer te kunnen werken (het herstelgedrag). Op die manier krijgt de

verzekeringsarts een beeld van de globale voorwaarden waaraan de voor de cliënt geschikte arbeid zou moeten voldoen. Dit is het kernpunt van de bemoeienis door de verzekeringsarts met de factor *arbeid*. In het algemeen zal de verzekeringsarts daarbij eerst tot conclusies komen over de (on)geschiktheid voor bepaald werk, nadat hij een gedegen beeld gekregen heeft van de relevante arbeidseisen; na langer durend verzuim gewoonlijk door te overleggen met een arbeidsdeskundige.

De ongeschiktheid moet een *gevolg* zijn van ziekte of gebrek. Er zijn diverse andere redenen denkbaar waarom iemand niet in staat is om te werken, zoals bijvoorbeeld werkloosheid, niet gekwalificeerd zijn of dringende andere bezigheden. Wanneer de verzekeringsarts dat vaststelt, is de enig juiste conclusie dat de cliënt geen aanspraken kan maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De verzekeringsarts kan en mag niemand als 'ongeschikt wegens ziekte' aanmerken, die dat niet is. Hij is als verzekeringsarts mede verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van het gebruik van collectieve middelen. Als arts heeft hij ook tot taak te voorkómen dat aan ziekte gevolgen toegeschreven worden die geen gevolgen van ziekte zijn. Dat is duidelijk het geval indien er geen sprake is van ziek-zijn, maar ook als de verzekeringsarts ondanks een duidelijke ziekte niet tot ongeschiktheid kan concluderen. Het behandelen van sociale problemen alsof het gevolgen van ziekte zijn terwijl dat niet zo is, leidt tot stigmatisering en medicalisering. De verzekeringsarts mag daar niet aan meewerken, ook niet als dat wel in het sociale of materiële belang van de cliënt of diens werkgever zou zijn.

In deze situaties legt de verzekeringsarts zijn conclusies aan de cliënt uit. De argumenten van de verzekeringsarts zullen beter overtuigen, naarmate hij beter in staat is een duidelijke hypothese aangaande de in het geding zijnde redenen naar voren te brengen. Afhankelijk van de situatie verwijst hij naar bijvoorbeeld de arbodienst, de arbeidsbemiddeling, rechtshulpverlening, vakbond of WW-loket.

Over de begrippen *ziekte of gebrek* is uitvoerig gepubliceerd, zie hiervoor het literatuuroverzicht²¹. Er dient sprake te zijn van een stoornis in het menselijk organisme, met een vermindering van de persoonlijke autonomie. Daarbinnen werd vroeger nog een nadere differentiatie gemaakt tussen 'ziekte' of 'gebrek'. Dat is hier niet relevant omdat de wetgever beide begrippen op één lijn stelt. In deze richtlijn kan derhalve daar waar 'ziekte' staat, telkens tevens 'gebrek' gelezen worden.

Van Dale beschrijft ziekte als "*ziek-zijn*, toestand van *ziek-zijn*", én als "elk van de bijzondere vormen waarin het *ziek-zijn* zich voordoet". Daaronder kunnen zowel het oordeel van de verzekeringsarts als de beleving van de cliënt begrepen worden. Die interpretatie is in deze richtlijn gevolgd. Daarbij beschouwt de verzekeringsarts de 'ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte' conform de jurisprudentie als één geheel. Hierover komt hij derhalve eerst tot conclusies nadat hij de uitingen van ziekte op alle niveaus van het mens-zijn onderzocht heeft. Dit zijn *stoornissen* op het niveau van het lichamelijke en geestelijke functioneren, *beperkingen* op het niveau van de gedragingen en activiteiten en *handicaps* op het niveau van de sociale rollen, toegespitst op de arbeidsrol.

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte wanneer de verzekeringsarts op drie niveaus *logisch samenhangende uitingen van ziekte* constateert. We spreken dan van *consistentie*. Wanneer de verzekeringsarts geen consistentie kan vaststellen concludeert hij conform de gekozen definitie dat er 'geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte' bestaat. En dus niet dat er 'geen ziekte of gebrek' bestaat.

ad 2. *Dit gevolg moet rechtstreeks zijn*

Een nieuw element is dat dit gevolg van ziekte of gebreken *rechtstreeks* moet zijn. Deze voorwaarde relateert arbeid aan de uitingen van ziekte. De beperkingen moeten als uitingen van ziekte rechtstreekse gevolgen hebben voor het kunnen hanteren van de eisen die de betreffende arbeid stelt. Wanneer dat niet het geval is, bestaat er geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte. Het is heel goed mogelijk dat er dan wél stoornissen, beperkingen of handicaps bestaan in andere sociale rollen, die echter geen relevantie voor de in aanmerking komende arbeid hebben.

ad 3. *Dit gevolg moet vaststelbaar zijn*

Ook nieuw is de voorwaarde van *vaststelbaarheid*. De verzekeringsarts neemt waar of de stoornissen, beperkingen en handicaps feitelijk bestaan. De beleving daarvan door de cliënt is voor de verzekeringsarts het startpunt van zijn waarnemingen. In de praktijk presenteert de cliënt geen stoornissen, beperkingen en handicaps maar *klachten*. Op het niveau van de stoornissen presenteert de cliënt gezondheidsklachten (pijn, moeheid etcetera), op dat van de beperkingen presenteert hij klachten over activiteiten (niet genoeg meer kunnen zitten, staan, lopen, relaties onderhouden) en op dat van de handicap presenteert de cliënt klachten over sociale rollen (verlies van werk, hobbies, contacten). De verzekeringsarts stelt bij zijn onderzoek vast of deze klachten aanleiding geven tot ongeschiktheid. Dat gebeurt doordat hij van het bestaan en de logische samenhang van stoornissen, beperkingen en handicaps overtuigd raakt. De verzekeringsarts gaat dus uit van de beleving van de cliënt. Maar de verzekeringsarts stelt vast - en niet de cliënt. Er is altijd een verschil in perceptie mogelijk waarbij de verzekeringsarts de situatie van de cliënt ernstiger dan wel minder ernstig in kan schatten dan de cliënt zelf. Het vaststellen heeft in de praktijk het karakter van plausibiliteit.

ad 4. *Dit vaststellen moet medisch zijn*

Een ander nieuw element is de voorwaarde dat het vaststellen '*medisch*' dient te zijn. Dat wil zeggen op in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde wijze. Dit vereist dat onderzoeksmethoden toegepast worden die in de gezondheidszorg onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd zijn. Niet elke aanvaarde onderzoeksmethode is daarmee ook geëigend. Veel onderdelen van alledaagse medische onderzoeksmethoden hebben weinig of geen aantoonbare waarde voor het vaststellen van de 'ongeschiktheid als gevolg van ziekte'. Een tweede voorwaarde is daarom dat het gebruik van onderzoeksmethoden aan dat doel gerelateerd moet kunnen worden. De belangrijkste methode is het beoordelingsgesprek met de cliënt waaraan in de verzekeringsgeneeskunde bijzondere eisen gesteld worden. Er zal een overzicht verschijnen van in de verzekeringsgeneeskunde aanvaarde onderzoeksmethoden en hun toepassing.

ad 5. Dit vaststellen moet objectief zijn

Objectief is, volgens Van Dale, “gebaseerd op feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen”. Het eerste zit al in het bepaalde ad 3. inzake vaststelbaarheid. Het tweede deel wordt als volgt uitgewerkt:

De voorwaarde van *objectiviteit* brengt als eerste voorwaarde met zich mee dat het vaststellen toetsbaar is. Dat impliceert in de praktijk dat de vaststelling vastgelegd wordt. Het Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde van het Tica geeft daar richtlijnen voor.

Een tweede voorwaarde is die van de reproduceerbaarheid. Dit betekent dat aannemelijk moet zijn dat gekwalificeerde beroepsgenoten dezelfde feiten zouden waarnemen en op grond daarvan tot dezelfde vaststelling gekomen zouden *kunnen* zijn. Dit wordt bereikt doordat de vaststelling gebaseerd is op vakkundige constatering van feiten en zo min mogelijk beïnvloed is door de vóóronderstellingen en emoties die iedere verzekeringsarts parten spelen.

Een derde voorwaarde is die van consistentie. De verzekeringsarts komt tot feiten door waar te nemen. Tot de eerste waarnemingen horen de claim en de klachten van de cliënt. De verzekeringsarts toetst deze waarnemingen op hun onderlinge samenhang en aan datgene wat hij verder bij zijn onderzoek hoort, ziet, voelt of eventueel ruikt. Hij vergelijkt deze waarnemingen en vult ze aan met die van anderen zoals bedrijfsartsen, werkgevers, behandelend artsen, (arbeids)deskundigen en collega's van de cliënt.

Waarnemingen worden aannemelijker naarmate meer verschillende bronnen overeenkomstige waarnemingen vermelden. Inconsistenties kunnen weggenomen worden door nauwkeuriger te onderzoeken en door meer bronnen te raadplegen. Als er tegenspraak blijft tussen waarnemingen wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld zijn mening dienaangaande te geven. Dat stelt hem in staat waarnemingen van de verzekeringsarts - inclusief zijn eigen mededelingen - toe te lichten of te corrigeren. De verzekeringsarts concludeert daarna welke waarnemingen naar zijn mening voldoende overeenkomen om ze als feiten op te vatten. Deze feiten moeten een logisch samenhangend geheel van relevante stoornissen, beperkingen en handicaps vormen en bovendien passen binnen de sociaal-medische kennis over het vóórkomen, de ernst en de verschijningsvormen van uitingen van ziekte. Onder deze twee voorwaarden is er sprake van *consistentie*.

Objectiviteit is dus geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie.

4. Bijzondere aandachtspunten

Onder verzekeringsartsen en een aantal betrokken organisaties is een enquête gehouden met betrekking tot de interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Deze enquête bracht een aantal aandachtspunten aan het licht waarover verzekeringsartsen in de praktijk soms verschillend lijken te denken. Ook cliënten en hun

organisaties vragen aandacht voor aspecten van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. In het navolgende wordt hierop nader ingegaan.

4.1. Diagnose

Verzekeringsartsen en anderen blijken soms verschillend te denken over de status van een diagnose. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium zegt niet dat het stellen van een diagnose voorwaarde is voor het kunnen maken van aanspraken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium laat zien dat de verzekeringsarts moet vaststellen of er stoornissen, beperkingen en handicaps (in arbeid) zijn en of die een consistent geheel vormen.

De verzekeringsarts toetst de klachten van de cliënt aan zijn sociaal-medische kennis.

Het geheel van klachten, andere symptomen, verloop daarvan, behandelbaarheid en beperkingen is meestal te rubriceren tot een diagnose: een bekende ziekte-eenheid of een te benoemen syndroom. Dit maakt de klachten en beperkingen voor de verzekeringsarts gemakkelijk herkenbaar. Het ontbreken van een diagnose ontheft de verzekeringsarts echter niet van zijn taak stoornissen, beperkingen of handicaps vast te stellen.

Een diagnose heeft ook betekenis voor de cliënt. Een diagnose betekent voor hem dat zijn probleem herkend is als een vaker vóórkomend fenomeen. Deze herkenning verschaft erkenning en daardoor een zekere geruststelling, ook als er geen effectieve therapeutische perspectieven zijn.

Een diagnose op zichzelf verschaft nooit recht op uitkering. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium vereist het vaststellen van een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps; dat is aanzienlijk meer dan het geven van een naam aan bepaalde klachten. Een diagnose zegt meestal weinig tot niets over het vermogen om met arbeid te kunnen verdienen.

4.2. Relatie sociale en arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid als uitvloeisel van ziekte of gebrek

Voor de verzekeringsarts blijkt een belangrijke bron van problemen te zijn hoe om te gaan met de relatie sociale - of arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid als uitvloeisel van ziekte of gebrek.

De wetgever heeft aangegeven dat het niet de bedoeling is dat 'subjectieve beleving, al dan niet als gevolg van sociale omstandigheden' via de arbeidsongeschiktheidsregelingen als 'rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte of gebrek' behandeld wordt.

Hoewel dit nergens concreet aangegeven wordt kan men in de sfeer van arbeidsomstandigheden denken aan onverenigbaarheid van karakters, onvoldoende gekwalificeerd zijn, arbeidsconflicten, overtolligheid, dreigend ontslag, relatieve overbelasting bij oudere werknemers, niet meer aankunnen van ploegendienst, lange reistijden of een promotie te ver (Peters Principle). En in de sfeer van de sociale levensomstandigheden aan bijvoorbeeld een te zware belasting in de thuissituatie, intensieve of gevaarlijke hobbies en het hebben van ongezonde of riskante levensgewoonten. Het enkele feit dat iemand zijn werk niet aankan is nooit voldoende om tot ongeschiktheid als gevolg van ziekte te concluderen.

De moeilijkheid voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk is dat mensen nu eenmaal mede onder druk van dergelijke sociale omstandigheden stoornissen, beperkingen en handicaps kunnen krijgen, als gevolg waarvan (tijdelijke) ongeschiktheid voor arbeid kan

ontstaan. Daarom zal de verzekeringsarts niet anders handelen dan bij elke beoordeling en vaststellen of er een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps bestaat dat tot ongeschiktheid als gevolg van ziekte leidt.

Het spreekt vanzelf dat de verzekeringsarts daarnaast een taak heeft om te signaleren wat de cliënt zelf kan doen om zijn stoornissen, beperkingen en handicaps te verminderen of op te heffen. De cliënt moet daarop ook door de verzekeringsarts worden aangesproken. Vaak zal de cliënt daar hulp voor moeten zoeken, maar het komt ook voor dat de cliënt zelf in staat te achten is zijn problemen in de arbeids- of thuissituatie op te lossen. De verzekeringsarts adviseert de cliënt hierover en verwijst hem zo nodig. Daarna volgt de verzekeringsarts de inspanningen van de cliënt en de resultaten, zolang er nog ongeschiktheid bestaat. Dit *'herstelgedrag'* geeft indicaties over de persoonlijke autonomie van de cliënt en daarmee van de ernst van stoornissen, beperkingen en handicaps. Dat kan na verloop van tijd aanleiding zijn tot een gewijzigde vaststelling van de *'ongeschiktheid als gevolg van ziekte'*.

4.3. Het begrip objectief

Het begrip 'objectief' roept vaak vragen op. Zoals gesteld is volgens Van Dale 'objectief' *"zich bepalend tot de feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen"*. Feiten worden vastgesteld door zintuiglijke waarnemingen. 'Objectief' wordt vaak uitgelegd als 'visueel waarneembaar' (zichtbare lichamelijke afwijkingen of uitslagen van diagnostisch onderzoek). Auditieve waarneembaarheid (horen wat de cliënt of anderen vertellen), sensitieve waarnemingen (voelen van spanning, angst, agressie, wanhoop, verdriet, overdrijving, bedrog), tactiele of olfactorische waarneming (ruiken van alcohol of verwaarlozing) kunnen echter even waardevolle andere zintuiglijke waarnemingen zijn. Van belang is dat de verzekeringsarts zich telkens afvraagt of zijn waarneming reproduceerbaar is. In wetenschappelijke termen spreekt men van betrouwbaarheid (intra- en interobserver reliability). Daarom is het van belang dat de verzekeringsarts bij twijfel zijn waarnemingen zoveel mogelijk toetst, primair bij de cliënt zelf, bij diens behandelend arts, collega's of werkgever. Indien de verzekeringsarts aan essentiële waarnemingen blijft twijfelen kan hij een collega inschakelen of een deskundigen-onderzoek instellen.

Objectiviteit moet opgevat worden als 'zo groot mogelijke objectiviteit', aangezien altijd subjectieve percepties en interpretaties meespelen, bij de verzekeringsarts, bij de cliënt en bij alle andere betrokkenen.

4.4. Het begrip consistent

Dit is een sleutelbegrip. Onder consistent wordt hier verstaan het zoveel mogelijk vrij zijn van innerlijke tegenspraak en in overeenstemming met medische inzichten. Voor de beoordeling brengt dat met zich mee dat de verzekeringsarts een zodanig uitgebreid en diepgaand onderzoek doet dat hij eventuele tegenspraken met betrekking tot het geheel van handicaps, beperkingen en stoornissen kan opsporen. Het is niet mogelijk deze tegenspraak altijd helemaal weg te nemen aangezien verschillen in perceptie een rol kunnen spelen. De verzekeringsarts probeert wel na te streven dat er geen tegenspraak bestaat en toetst belangrijke verschillen in waarneming daarom aan de waarnemingen van de cliënt als belangrijkste 'belanghebbende'. Ook hier geldt weer dat dat niet altijd tot overeenstemming zal kunnen leiden.

Uiteindelijk stelt de verzekeringsarts vast of er een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps bestaat en verantwoordt zich daarvoor in zijn rapportage.

4.5. Het begrip oorzaak

De formulering 'ongeschikt ten gevolge van ziekte' wordt nogal eens zo opgevat dat de verzekeringsarts een *oorzaak* voor de klachten of de ziekte zou moeten aantonen²². De interpretatie dat het bovendien om een 'objectieve oorzaak' moet gaan en dat alleen het zichtbare objectief is leidt daarna weer tot de gevolgtrekking dat er lichamelijke afwijkingen aangetoond moeten zijn. Die opvatting is herhaaldelijk door de wetgever verworpen. De Centrale Raad van Beroep heeft al in 1986 gesteld dat het, de omstandigheden in aanmerkingnemende, niet altijd nodig is een somatische of psychische oorzaak van de klachten aan te tonen²³. In twee recente uitspraken merkt de CRvB op²⁴ dat 'het onderzoek gericht dient te zijn op het objectiveren van de gestelde klachten als uiting of gevolg van een somatisch of psychiatrisch ziek zijn, dan wel van een combinatie van beiden, waarbij niet doorslaggevend is dat niet altijd exact valt aan te wijzen aan welke ziekte - of welk gebrek - deze klachten zijn toe te schrijven'²⁵.

Het 'ten gevolge van' stelt de causaliteitsvraag aan de arbeidsongeschiktheid - en niet aan de klachten of de ziekte. De ongeschiktheid moet een uiting of een gevolg van een ziekte zijn, maar de oorzaken van ziekte of de klachten zijn niet doorslaggevend. Vanuit medisch gezichtspunt is dat een gelukkige omstandigheid omdat de oorzaken van veel ziekten onbekend, speculatief of complex zijn. En zelfs als er duidelijke lichamelijke afwijkingen zijn staat nog niet altijd vast dat die de klachten veroorzaken.

Het is dus niet nodig de oorzaak van de klachten of van de ziekte aan te kunnen wijzen, indien maar vastgesteld is dat de ongeschiktheid een uiting van ziekte is.

4.6. Problematiek rond 'moeilijk objectiveerbare' aandoeningen

Hierboven is al aangegeven dat het niet de bedoeling van de wetgever is geweest om cliënten uit te sluiten van een arbeidsongeschiktheidsuitkering omdat de geneeskunde geen verklaring voor hun klachten kan geven. Dat is van betekenis voor de vaststelling van stoornissen, beperkingen en handicaps bij die aandoeningen waarbij de klachten vaak bestaan uit onbegrepen pijn of moeheid.

Het feit dat er geen lichamelijke of psychische oorzaken gemeten of aangetoond kunnen worden betekent niet dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Van belang is of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt. Dit stelt eisen aan de door de verzekeringsarts gehanteerde methoden. Methodiekontwikkeling is op dit punt dan ook een belangrijk aandachtsgebied.

In de jurisprudentie van de CRvB wordt in een enkel geval aanvaard, dat klachten zonder een duidelijke oorzaak als ziekte of gebrek kunnen worden beschouwd. Recent voegde de Raad daaraan toe dat 'een beroep op een niet-objectiveerbare ziekte' uitsluitend gebaseerd op de ernst van de ondervonden en geuite klachten niet tot het aannemen van ongeschiktheid naar de maatstaf zoals gesteld in artikel 19 ZW kan leiden²⁶. Zulks laat onverlet dat, waar in bijzondere gevallen bij de - onafhankelijk - medisch deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of welk gebrek precies die

ongeschiktheid valt toe te schrijven of al verschillen zij zelfs tot op zekere hoogte omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling van die ongeschiktheid alsdan niet zonder meer valt uit te sluiten'. Deze uitspraak komt overeen met de eerder geciteerde uitspraak van de Raad dat er geen plaats is voor *afzonderlijke* beantwoording van de vraag of eventueel bestaande ongeschiktheid tot werken al dan niet berust op ziekte of gebreken²⁷.

4.7. Onderscheid niet kunnen/niet willen

Het blijkt in de praktijk niet altijd even eenvoudig om onderscheid te maken tussen 'niet kunnen' en 'niet willen'. Voor het maken van dit onderscheid moet de verzekeringsarts zich een indruk kunnen vormen van de mate van aantasting van de autonomie van de cliënt en diens gevoel van machteloosheid. Het herstelgedrag geeft vaak belangrijke aanwijzingen.

4.8. Beoordeling psychiatrische/psychische aandoeningen

De meest belangrijke vraag bij deze groep is, waar men de scheidslijn moet trekken tussen verschijnselen, die als ziekte of gebrek moeten worden beschouwd en verschijnselen van onwelbevinden die niet voor deze kwalificatie in aanmerking komen.

Als visie van de CRvB kan worden beschouwd dat karaktertrekken en eigenaardigheden niet als ziekte of gebrek worden beschouwd, maar dat ziekte en gebrek wel aan de orde zijn, indien de betrokkene op zijn gedrag geen greep meer krijgt. In de zin van deze richtlijn nemen zij dus het karakter aan van stoornissen. Indien er ook beperkingen en handicaps vastgesteld kunnen worden kan er sprake zijn van ongeschiktheid als uiting van ziekte.

4.9. Wel kunnen, niet mogen: tot schade van de gezondheid werken

Vanwege overwegend gezondheidskundige redenen kan belasting met arbeid af te raden zijn, hoewel de cliënt formeel gesproken niet arbeidsongeschikt is. Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer er ziekte bestaat die geen ongeschiktheid met zich meebrengt, maar waarvan het herstel wel rust of zelfs opname vereist. Het kan ook gebeuren wanneer bepaalde arbeidsomstandigheden een direct gevaar voor de gezondheid vormen. Als het zeer waarschijnlijk is dat werkhervatting op korte termijn zal leiden tot *schade aan de gezondheid* dan is ongeschiktheid voor dat werk aan te nemen. De cliënt *kán* wel werken, maar *mág* het niet.

De verwachting dat er schade aan de gezondheid zal optreden moet wel heel stellig zijn. Het optreden van klachten tijdens het werk kan samenhangen met verlies van conditie, ontwenning of vermijdingsgedrag en wijst op zichzelf nog niet op schade aan de gezondheid. Teveel rust of aanpassing van activiteiten kan via het mechanisme van operante conditionering zelfs chroniciteit veroorzaken en daardoor juist schade aan de gezondheid teweeg brengen.

Het 'niet mogen' vanwege te verwachten schade aan de gezondheid moet dus heel gericht en in het algemeen hooguit tijdelijk toegepast worden. Deze periode dient om te herstellen óf om ander werk te zoeken. Het verdient aanbeveling dat de verzekeringsarts van tevoren de duur van deze periode met de cliënt afspreekt en in zijn rapportage vastlegt. Genoemde aspecten spelen vooral bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de ZW, ontslagtoetsen en WW-sancties.

5. Samenvatting

5.1. Terreinbeschrijving

Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium heeft betrekking op de ‘*arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte of gebreken*’. Het vormt samen met het arbeidskundig arbeidsongeschiktheids criterium het wettelijk arbeidsongeschiktheidsbegrip. Beide criteria overlappen elkaar in het begrip ‘*arbeid*’. De verzekeringsarts bepaalt de mate van arbeidsongeschiktheid dus gewoonlijk in samenwerking met de arbeidsdeskundige.

5.2. Betekenisgeving

De verzekeringsarts beoordeelt telkens zowel wat een cliënt *niet* meer kan (beperkingen) als wat dezelfde cliënt nog *wel* kan (mogelijkheden). Het ‘niet kunnen’ omvat tevens het ‘niet mogen’ vanwege gezondheidskundige overwegingen. Ziekte of gebrek zijn aan elkaar gelijkgesteld; conform de jurisprudentie wordt de ‘*ongeschiktheid te werken als gevolg van ziekte*’ opgevat als één geheel. Dit betekent dat de verzekeringsarts telkens de (on)geschiktheid zelf onderzoekt, naast andere uitingen van ziekte.

5.3. Begrippen

Ziekte of gebreken zijn stoornissen van het menselijk organisme met vermindering van de autonomie. Cliënten uiten ziekte in de vorm van *klachten*, die zowel op hun gezondheidsproblemen betrekking kunnen hebben als op hun achteruitgang in ervaren mogelijkheden om te functioneren. De verzekeringsarts toetst het feitelijk bestaan van deze klachten en stelt bij zijn onderzoek vast of deze klachten aanleiding geven tot ongeschiktheid. Hij doet dat met behulp van waarnemingen. Het belangrijkste instrument daarbij is het gesprek met de cliënt. Daarnaast zal hij gebruik maken van andere in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde onderzoeksmethoden. De verzekeringsarts toetst waarnemingen op hun onderlinge consistentie. Indien de waarnemingen niet met elkaar in overeenstemming zijn stelt de verzekeringsarts de cliënt in de gelegenheid om zijn mening te geven.

Er is sprake van *consistentie* wanneer de verzekeringsarts ervan overtuigd raakt dat waarnemingen feiten zijn en een logisch samenhangend geheel vormen van *stoornissen* in de lichamelijke of geestelijke structuur of functie, *beperkingen* in het dagelijks functioneren en een *handicap* in arbeid. Dat geheel moet bovendien passen binnen sociaal-medische inzichten over het vóórkomen van uitingen van ziekte. Het is niet nodig dat er lichamelijke afwijkingen aangetoond worden, omdat stoornissen zich volgens WHO-definities ook kunnen uiten als afgenomen *functies*. De verzekeringsarts beoordeelt tevens het *herstelgedrag*: wat doet de cliënt om weer beter te worden en aan het werk te blijven?

5.4. Interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Rechtstreeks impliceert dat beperkingen, als uitingen van ziekte, directe relevantie voor arbeid moeten hebben. *Medisch* impliceert het gebruik van geëigende en in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde onderzoeksmethoden. *Vaststellen* betekent met feiten onderbouwen; er kan dus een verschil in perceptie ontstaan met de cliënt. *Objectief* houdt in: zoveel mogelijk vrij van emotie en vóóronderstellingen, controleerbaar vastgelegd, reproduceerbaar, consistent. Objectief heeft de betekenis van 'plausibel'. *Als gevolg van* betekent dat de verminderde geschiktheid een aannemelijke *uiting* van ziekte is, niet dat er een *oorzaak voor de ziekte* aanwijsbaar is.

5.5. Aandachtspunten

- Een *diagnose* maakt de klachten en beperkingen voor de verzekeringsarts gemakkelijk herkenbaar. Het ontbreken van een diagnose ontheft de verzekeringsarts niet van zijn taak stoornissen, beperkingen of handicaps vast te stellen. Een diagnose op zichzelf verschaft geen recht op een uitkering.
- Voor de *relatie sociale - en arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid* als uitvloeisel van ziekte of gebrek geldt dat de verzekeringsarts niet anders moet handelen dan bij elke beoordeling en moet vaststellen of er een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps bestaat dat tot ongeschiktheid als gevolg van ziekte leidt.
- Ten aanzien van het begrip *objectiviteit* geldt dat de verzekeringsarts zich telkens af moet vragen of zijn waarneming reproduceerbaar is. Daarom is het van belang dat de verzekeringsarts bij twijfel zijn waarnemingen zoveel mogelijk toetst.
- Onder *consistent* wordt in de richtlijn verstaan het zoveel mogelijk vrij zijn van innerlijke tegenspraak en in overeenstemming met medische inzichten. Voor de beoordeling brengt dat met zich mee dat de verzekeringsarts een zodanig uitgebreid en diepgaand onderzoek doet dat hij eventuele tegenspraken met betrekking tot het geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps kan opsporen.
- Ten aanzien van het begrip *oorzaak* kan worden opgemerkt dat de causaliteitsvraag gesteld dient te worden richting arbeidsongeschiktheid en niet aan de klachten of de ziekte. De ongeschiktheid moet een uiting of een gevolg van een ziekte zijn, maar de oorzaken van ziekte of de klachten zijn niet doorslaggevend.
- In geval van een '*moelijk objectiveerbare*' *aandoening* wil het feit dat er geen lichamelijke of psychische oorzaken gemeten of aangetoond kunnen worden niet zeggen dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Van belang is of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt.
- Het blijkt in de praktijk niet altijd even eenvoudig om onderscheid te maken tussen '*niet kunnen*' en '*niet willen*'. Voor het maken van dit onderscheid moet de verzekeringsarts zich een indruk kunnen vormen van de mate van aantasting van de autonomie van de cliënt en diens gevoel van machteloosheid. Het herstelgedrag geeft vaak belangrijke aanwijzingen.
- Wat betreft de beoordeling van *psychiatrische/psychische aandoeningen* kan als visie van de CRvB worden beschouwd dat karaktertrekken en eigenaardigheden niet als ziekte of gebrek worden beschouwd, maar dat ziekte en gebrek wel aan de orde zijn, indien de betrokkene op zijn gedrag geen greep meer krijgt. Zij nemen het karakter aan van

- stoornissen, indien er ook beperkingen en handicaps vastgesteld kunnen worden; dan kan er sprake zijn van ongeschiktheid als uiting van ziekte.
- Als het zeer waarschijnlijk is dat werkhervatting op korte termijn zal leiden tot *schade aan de gezondheid* dan is ongeschiktheid voor dat werk aan te nemen. De cliënt kan wel werken, maar mag het niet. De verwachting dat er schade aan de gezondheid op zal treden moet wel heel duidelijk zijn. Het (weer) krijgen van klachten tijdens het werk betekent nog niet dat daarmee *schade aan de gezondheid* optreedt.

Begrippen in de richtlijn

Ziekte of gebrek

Een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicaps.

Stoornis (impairment)

Vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie.

Toelichting:

Dit impliceert dat manifestaties van verlies van structuur (biomedische en psychische afwijkingen) en functieverlies (klachten) gelijkwaardige symptomen zijn.

Beperking (disability)

Vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten als gevolg van een stoornis.

Toelichting:

Normaal is, wat van iemand gezien zijn leeftijd, geslacht, levensgeschiedenis en socio-culturele achtergrond verwacht mag worden. Beperkingen zijn uitingen van ziekte op het niveau van het functioneren.

Handicap (handicap)

Vermindering of verlies van normale sociale rolvulling als gevolg van een stoornis of beperkingen.

Toelichting:

Normaal is, wat van iemand gezien zijn leeftijd, geslacht, levensgeschiedenis en socio-culturele achtergrond verwacht mag worden. Arbeidsongeschiktheid is een handicap en daarmee een uiting van ziekte op het niveau van de sociale rolvulling.

Klachten

Verbale uitingen van cliënten over hun beleving van stoornissen, beperkingen en handicaps.

Toelichting:

Onder deze definitie vallen alle klachten, zowel gezondheidsklachten als klachten over belemmeringen in functioneren.

Autonomie

De mate waarin de gezondheidstoestand het iemand mogelijk maakt eigen keuzen te maken.

Toelichting:

Vermindering van autonomie door ziekte kenmerkt zich door machteloosheid (een deel van) zijn sociale rollen te vervullen met verlies van keuzevrijheid. De sociale rollen zijn geheel of gedeeltelijk verdrongen door de ziekenrol.

Werken tot schade van de gezondheid

De waarschijnlijkheid dat blootstelling aan de fysieke of sociale arbeidsomstandigheden op korte termijn ziekte teweeg zal brengen, zal onderhouden of zal doen recidiveren.

Toelichting:

Er is sprake van wel kunnen, maar niet mógen in verband met een zuiver gezondheidskundig belang. Het voordeel voor de gezondheid moet zorgvuldig afgewogen worden tegen de mogelijke nadelen, hetgeen doorgaans tot een genuanceerde en tijdelijke toepassing leidt.

Vaststellen

Het aan de hand van feiten beoordelen of er ongeschiktheid als gevolg van ziekte bestaat.

Toelichting:

Het vaststellen heeft als gevolg van verschillen in perceptie altijd het karakter van zo groot mogelijk plausibiliteit.

Consistentie

Een logisch samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps leidend tot arbeidsongeschiktheid en passend in sociaal-medische inzichten aangaande uitingen van ziekte.

Toelichting:

Geheel impliceert dat een vaststelling nooit alleen op grond van óf stoornissen, óf beperkingen óf handicaps gebaseerd kan zijn.

Objectief

Zich bepalend tot de feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen.

Toelichting:

Feiten blijken uit het toetsen van verschillende waarnemingen, die zich niet alleen beperken tot zichtbare waarnemingen. Er is sprake van een objectieve vaststelling wanneer de daarvoor aangevoerde feiten consistent, controleerbaar en reproduceerbaar zijn.

Medisch

Met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde methoden die bovendien geëigend zijn om 'ongeschiktheid als gevolg van ziekte' vast te stellen.

Toelichting:

Er verschijnt nog een overzicht van methoden en hun toepassing. De belangrijkste methode is het gesprek met de cliënt.

Herstelgedrag

Activiteiten die de cliënt onderneemt om van zijn ziekte te herstellen en om zijn arbeidsrol weer op te vatten.

Toelichting:

Herstelgedrag is breder dan het zoeken van medische behandeling; het gaat ook om de activiteiten die de cliënt onderneemt om aan het werk te komen/blijven in eigen of ander aangepast werk.

Claim

De stelling van de cliënt dat hij aanspraak kan maken op tegemoetkoming van zijn omgeving omdat hij door ziekte niet in staat is aan zijn normale verplichtingen te voldoen.

Literatuurverwijzingen

- ¹ G.E. ten Feld. *Juridische aspecten van het chronisch vermoeidheidssyndroom*. Voordracht, Arrondissementsrechtbank Amsterdam, d.d. 28-10-1995.
- ² Centrale Raad van Beroep. *CRvB AAW/WAO 1993/2494*. RSV 6, d.d. 08-06-1995.
- ³ Ministerie van SZW. *Memorie van Toelichting wet-TBA*. Kamerstuk 22824, nr.3-26; vergaderjaar 1992-1993.
- ⁴ Centrale Raad van Beroep. *Jaarverslag 1992*. CRvB, Utrecht.
- ⁵ Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. *Open brief wetsvoorstel TBA*. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1993;4;58-9.
- ⁶ Ministerie van SZW. *Memorie van Antwoord wet-TBA*. Kamerstuk 22824, nr 6-40-1, vergaderjaar 1992-1993.
- ⁷ Tweede Kamer. *Handelingen*. Kamerstuk 22824, nr.6-40; 5:39-41, 8:22-3, 10:27-8, vergaderjaar 1992-1993.
- ⁸ Eerste Kamer. *Handelingen*. Kamerstukken 33-1458; 34-1518,1521,1530; 35-1553.
- ⁹ Ministerie van SZW. *Concept-Memorie van Toelichting Veegwet, blz. 2*. Ministerie van SZW, d.d. 06-10-1994.
- ¹⁰ College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Nadere rapportage over het arbeidsongeschiktheids criterium blz. 42-43*. Ctsv Zoetermeer, oktober 1995.
- ¹¹ College van Toezicht Sociale Verzekeringen. *Toegang tot de WAO - onderzoek naar de toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium (blz. 70-71)*. Ctsv Zoetermeer, april 1995.
- ¹² Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming. *Mededeling M 95.02 'Standaard geen duurzaam benutbare mogelijkheden*. Tica Amsterdam, d.d. 26-01-1995.
- ¹³ Ministerie van SZW. *Antwoorden Kamervragen over de vermoeidheidsziekte ME*. Brief van Staatssecretaris Linschoten aan de Tweede Kamer SV/WV/0482-0404, d.d. 27-01-1995.
- ¹⁴ Ministerie van SZW. *Toepassing ao-criterium, blz. 14*. Brief van Staatssecretaris Linschoten aan de Tweede Kamer SV/WV/95/2614 d.d. 02-06-1996.
- ¹⁵ Ministerie van SZW. *Uitvoering maatregelen brief 2 juni*. Brief van Staatssecretaris Linschoten aan het Tica SV/WV/95/3123-1, d.d. 30-06-1995.

-
- ¹⁶ Prof. drs. J. van London. *Jaarverslag Ombudsman Schadeverzekeringen 1995*.
- ¹⁷ Centrale Raad van Beroep. ZW 1989/485. RSV 295
- ¹⁸ TNO-Raad voor Gezondheidsresearch. *Internationale Classificatie van Stoornissen, beperkingen en handicaps 1980*. Werkgroep Classificatie en Coderingen Ministerie WVC Den Haag, mei 1981.
- ¹⁹ W.E.L. de Boer, N.H.Th. Croon, M. van den Toorn, H.W. Csánky-Achilles. 'Enquête medisch arbeidsongeschiktheids criterium'; Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1996/4, 98-103
- ²⁰ S. Knepper. *Strenger keuren: aan het sterfbed van de WAO?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1993:137(47):2291.
- ²¹ M. van den Toorn. *Literatuuroverzicht interpretatie medisch arbeidsongeschiktheids criterium TBA*. Tica Amsterdam, 1996.
- ²² S. Knepper. *Twee jaar verder: een schrijnende WAO?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1995:139(49):2578.
- ²³ Centrale Raad van Beroep. AAW/WAO 5363. RSV 1986/201.
- ²⁴ Centrale Raad van Beroep. ZW 1994/11 AAW/WAO 1994/1 en ZW 1994/576 d.d. 1 mei 1996, Beide nog niet gepubliceerd in RSV.
- ²⁵ Centrale Raad van Beroep. AAW/WAO s 363. RSV 1986/201.
- ²⁶ Centrale Raad van Beroep. ZW 91/390 d.d. 1 mei 1996. Nog niet gepubliceerd in RSV.
- ²⁷ Idem als noot 17.