

CBBS-Basisinformatie deel 3

Snelzoekversie deel 3

CBBS Basisboek versie 5 (mei 2020) (1.0)

1. Algemeen	Uitleg van doel en werking systeem
2. Functies	Juridisch, arbeidskundig, technisch
3. Functionele mogelijkheden	Techniek medisch/verzekeringsarts
4. Arbeidsmogelijkheden	Arbeidskundige beoordeling
5. De professionele eindselectie	Regels functieduiding

Volledige index in bijlage 1

3. FUNCTIONELE MOGELIJKHEDEN

3.1 VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE CONCLUSIES

3.1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de wijze waarop de verzekeringsarts zijn conclusies in CBBS weergeeft.

Kennisname van dit hoofdstuk door de arbeidsdeskundige is noodzakelijk, omdat kennis van elkaars werkwijze een vereiste is voor een succesvolle professionele samenwerking!

Binnen CBBS heeft de verzekeringsarts daartoe als hulpmiddel de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). De FML is er in de eerste plaats voor bedoeld om de mogelijkheden tot functioneren van klant zo vast te leggen, dat op een efficiënte manier potentieel geschikte functies kunnen worden geselecteerd. Daarnaast legt de verzekeringsarts nog enkele andere gegevens en conclusies vast. Dat laatste gebeurt op het zogeheten voorblad van de FML.

Vertrekpunt voor deze beschrijving is dat de verzekeringsarts zijn oordeelsvorming heeft afgerond. Hoe hij tot zijn oordeel komt en wat belangrijke aspecten daarbij zijn, staat elders beschreven en maakt geen deel uit van (de basisinformatie over) CBBS.

Voor verdere invulling van het systeem zie 'Gebruikershandleiding VA'.

3.1.2 Conclusie

Afhankelijk van de conclusie van de verzekeringsarts verschijnt een blokje met vier (actieve) velden ter onderbouwing van (duurzaam) benutbare mogelijkheden, of een blokje met vijf velden ter onderbouwing van geen (duurzaam) benutbare mogelijkheden.

A. Bij (duurzaam) **benutbare mogelijkheden**:

- A1. Klant is in staat om het eigen werk volledig uit te voeren
- A2. Klant is in staat tot functioneren volgens de referentiewaarde (zie rubrieken)
- A3. Klant heeft beperkingen ten opzichte van functioneren volgens de referentiewaarde (zie rubrieken)
- A4. Anders, zie rapportage verzekeringsarts

*A1 Klant is in staat om het **eigen werk** volledig uit te voeren*

Het vaststellen van de geschiktheid voor eigen werk vindt na langdurig verzuim in beginsel plaats door een gecombineerd verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek. Alleen als evident is dat klant weer helemaal geschikt is voor het eigen werk kan van een arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien. Dat is het geval als aan de volgende twee voorwaarden is voldaan:

1. De verzekeringsarts oordeelt dat klant in staat is om het eigen werk volledig uit te voeren. Om tot dit oordeel te komen is een gedegen inventarisatie van de eisen die het werk stelt en een beschrijving daarvan in de rapportage noodzakelijk.
2. Klant is zelf van mening dat hij in staat is het eigen werk volledig uit te voeren.

A2 Klant is in staat tot functioneren volgens de referentiewaarde (zie rubrieken)

De verzekeringsarts klikt deze mogelijkheid aan als hij van mening is dat klant voor geen enkel beoordelingspunt een beperking heeft ten opzichte van functioneren op het niveau van de referentiewaarde.

Dit is niet hetzelfde als 'onbeperkt' of 'geen ziekte of gebreken':

(ziek zijn, zo zijn, instandhoudende factoren, Flora van den Berg)

- Er kunnen beperkingen zijn ten opzichte van het voormalige niveau van functioneren, zonder dat klant beperkt is ten opzichte van het niveau van de referentiewaarde;
- Er kunnen beperkingen zijn ten opzichte van het functioneren op het niveau van de referentiewaarde die niet samenhangen met ziekte of gebrek, maar wel een rol spelen bij

de beoordeling van arbeidsmogelijkheden (zie hierna bij Bijzondere aspecten: onderdeel Constitutie).

In de bijzondere situatie dat tevens sprake is van geschiktheid voor eigen werk klinkt de verzekeringsarts die mogelijkheid aan, omdat dat een meer specifieke conclusie is dan functioneren volgens de referentiewaarde.

De toevoeging ‘zie rubrieken’ verwijst naar de concrete mogelijkheden om te functioneren zoals die onder de zes rubrieken bij de verschillende beoordelingspunten staan beschreven.

A3 Klant heeft beperkingen ten opzichte van functioneren volgens de referentiewaarde (zie rubrieken)

De verzekeringsarts klinkt deze mogelijkheid aan als hij van oordeel is dat klant op ten minste één beoordelingspunt een beperking heeft ten opzichte van de referentiewaarde.

De toevoeging ‘zie rubrieken’ verwijst naar de concrete mogelijkheden om te functioneren zoals die onder de zes rubrieken bij de verschillende beoordelingspunten staan beschreven.

A4 Anders, zie rapportage verzekeringsarts

Deze mogelijkheid is gecreëerd voor het geval zich een situatie voordoet waarin klant weliswaar over (duurzaam) benutbare mogelijkheden beschikt, maar één van de drie andere gespecificeerde mogelijkheden niet van toepassing is.

De ervaring leert dat deze mogelijkheid vooral gebruikt wordt voor situaties waarin de verzekeringsarts van mening is dat er geen beperkingen zijn op grond van ziekte of gebrek, zonder dat evident is dat klant helemaal geschikt is voor het eigen werk.

B. Bij geen (duurzaam) benutbare mogelijkheden:

B1 Klant disfunctioneert persoonlijk en sociaal o.g.v. een ernstige psychische stoornis (bij *criterium WIA en Criterium '04-'05*) of:

B2 Klant is opgenomen in een ziekenhuis of Wet Langdurige Zorg (Wlz)-toegelaten instelling

B3 Klant is bedlegerig (grootste deel van de dag en langdurig)

B4 Klant is in grote mate ADL-afhankelijk

B5 Klant heeft sterk wisselende mogelijkheden/verlies van mogelijkheden < 3 maanden – 1 jaar

Opmerking: strikt genomen kan de laatste situatie niet worden aangemerkt als een situatie van

geen benutbare mogelijkheden, maar wordt die situatie er vanwege de consequentie aan gelijkgesteld: de verzekeringsarts kan afzien van een arbeidsdeskundig onderzoek en tot volledige arbeidsongeschiktheid concluderen (zie ook de toelichting hieronder).

B1 Klant disfunctioneert persoonlijk en sociaal o.g.v.

- *een ernstige psychische stoornis of:*
- *Klant is sterk beperkt in het persoonlijk en/of sociaal functioneren*

Hier verschilt de formulering afhankelijk van het gekozen criterium.

Het Schattingsbesluit spreekt van ‘dermate minimaal functioneren dat klant niet zelfredzaam is’.

In de Nota van Toelichting bij het Schattingsbesluit wordt het begrip ‘onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren’ gebruikt.

Omdat vrijwel altijd wel sprake is van enig functioneren, ook als klant niet zelfredzaam is, is op de FML gekozen voor de formulering ‘sterk beperkt in het persoonlijk en/of sociaal functioneren’.

Bij de wijziging van het Schattingsbesluit van oktober 2004 is als extra vereiste om ‘geen benutbare mogelijkheden’ te kunnen vaststellen geregeld dat het onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren het gevolg moet zijn van een ernstige psychische stoornis. Deze wijziging geldt ook voor alle WIA-beoordelingen. Daarom is dit element ook op de FML toegevoegd.

De verandering van de formulering van het eerste deel in ‘Klant disfunctioneert persoonlijk en sociaal’ heeft uitsluitend te maken met ruimtegebrek in het betreffende veld. Deze noodgedwongen tekstuele inkorting heeft dus geen inhoudelijke betekenis.

De rubrieken 1 en 2 zijn zodanig ontworpen dat veel voorkomende problemen in het persoonlijk en sociaal functioneren, zoals die bij deze categorie klanten voorkomen, op gestandaardiseerde wijze op de FML kunnen worden weergegeven.

Daarom worden deze beide rubrieken alleen gebruikt om functies te selecteren voor klanten met benutbare mogelijkheden.

Als de klant sterk beperkt is in het functioneren op micro- en mesoniveau, is het uitgesloten dat hij op macroniveau nog wel zou kunnen functioneren.

Functioneren in arbeid maakt deel uit van het functioneren op macroniveau. Het benoemen van voorwaarden waaronder klant nog wel in arbeid zou kunnen functioneren is dan niet zinvol en in strijd met de reeds getrokken conclusie.

Opmerking: De onderbouwing van de conclusie ‘geen benutbare mogelijkheden’ vindt plaats in

de verzekeringsgeneeskundige rapportage.

B2 Klant is opgenomen in een ziekenhuis of Wlz-toegelaten instelling

In essentie gaat het hier om het niet beschikbaar zijn van klant voor arbeid als gevolg van een zeer intensieve en langdurige behandeling.

Onder zeer intensief wordt verstaan: dagelijks, waarbij de behandeling een groot deel van de dag in beslag neemt, dan wel klant als gevolg van de behandeling te weinig energie overhoudt voor andere activiteiten of werk. Het is evident dat een opname in een ziekenhuis of Wlz-toegelaten instelling hier in ieder geval onder valt. Maar ook een dagbehandeling kan hieronder vallen, of een intensieve revalidatiebehandeling waarbij klant dagelijks een intensief revalidatieprogramma moet volgen. Als de behandeling niet dagelijks plaatsvindt en er overigens sprake is van benutbare mogelijkheden ligt het voor de hand tot een verminderde arbeidsduur te concluderen (die kan worden weergegeven in rubriek 6 'Werktijden').

Onder langdurig wordt verstaan: naar verwachting ten minste drie maanden durend. Kortdurende behandelingen die niet gepaard gaan met langdurige immobilisatie vallen dus niet onder dit criterium.

B3 Klant is bedlegerig (grootste deel van de dag en langdurig)

Onder bedlegerigheid moet in deze context worden verstaan dat klant als gevolg van ziekte of handicap zodanig beperkt is dat hij niet anders kan dan het bed houden, dan wel niet tot ander gedrag in staat is. Ook een psychiatrisch ziektebeeld kan gepaard gaan met bedlegerigheid. Het gaat erom dat er een zodanig verlies van autonomie dan wel een stringent medisch voorschrift is dat klant geen andere keus heeft dan het bed te houden.

Onder bedlegerigheid moet niet worden verstaan het nemen van enkele extra rusturen overdag, bijvoorbeeld vanwege een stoornis op energetisch gebied.

B4 Klant is in grote mate ADL-afhankelijk

Het gaat hier om een dermate afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven dat klant niet lichamelijk zelfredzaam is. Daarbij kan worden gedacht aan activiteiten als eten, drinken, zichzelf wassen, gebitsverzorging, toiletgang en aan- en uitkleden. Ook nu geldt dat een met ziekte of gebrek samenhangend verlies van autonomie aan de afhankelijkheid ten grondslag moet liggen.

De hier bedoelde situatie zal meestal in veel opzichten overeenkomst vertonen met 'detoestand van hulpbehoevendheid, welke geregelde oppassing en verzorging nodig maakt', zoals vastgelegd in artikel 22 WAO, artikel 53 en 63 in de WIA en artikel 3:9 van de Wajong. (Neem dit aspect mee in de rapportage, zodat op grond daarvan meteen kan worden besloten tot een eventuele ophoging van de uitkering).

B5 Klant heeft sterk wisselende mogelijkheden/verlies van mogelijkheden < 3 maanden – 1 jaar

Het gaat hier om drie weliswaar verschillende en in het Schattingsbesluit afzonderlijk benoemde situaties, die echter op één belangrijk aspect overeenkomst vertonen en waarvoor om die reden op het voorblad van de FML één gemeenschappelijke keuzemogelijkheid is gecreëerd.

De drie verschillende situaties worden als volgt beschreven:

B5.1 Er is bij klant sprake van een in de tijd sterk wisselende belastbaarheid.

B5.2 Klant zal zijn zelfredzaamheid binnen drie maanden zeker of zeer waarschijnlijk verliezen.

B5.3 Klant heeft een zeer slechte levensverwachting door een ziekte met terminale afloop, als gevolg waarvan een verslechtering binnen afzienbare tijd is te verwachten; daarbij kan in het algemeen worden gedacht aan een periode van ongeveer een jaar.

Deze situaties hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat op het moment van beoordeling veelal nog niet wordt voldaan aan de voorwaarde dat klant niet zelfredzaam is. Klant heeft weliswaar benutbare mogelijkheden, maar essentieel is dat deze mogelijkheden niet duurzaam zijn (duurzaam in de oorspronkelijke betekenis van de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden': naar verwachting ten minste drie maanden).

B5.1: Het gaat hier om aandoeningen met een wisselend beloop en/of een recidiverend karakter. Voorwaarde is dat periodiek langere tijd sprake is van een situatie waarin klant niet of nauwelijks zelfredzaam is.

Als hier slechts af en toe kortere tijd sprake van is, of als er weliswaar sprake is van periodes van verslechtering, maar niet zodanig dat klant zijn zelfredzaamheid verliest, dan behoren de mogelijkheden van klant wel op een FML te worden vastgelegd ten behoeve van een arbeidsdeskundige beoordeling. De verzekeringsarts neemt daarbij dan als uitgangspunt het niveau van functioneren zoals dat door klant voor langere tijd kan worden vastgehouden.

Te denken valt aan aandoeningen als de ziekte van Crohn, reumatische aandoeningen in een bepaald stadium, bepaalde psychiatrische aandoeningen met een cyclisch karakter.

Om voor langere tijd van heronderzoek af te kunnen zien zal de verzekeringsarts het

wisselende beloop daadwerkelijk moeten vaststellen aan de hand van een goed beeld van de recente ziektegeschiedenis en door eigen (her)onderzoek.

B5.2: Het gaat hier om ernstige chronische en veelal progressieve aandoeningen waarbij klant al zodanig beperkt is dat hij de grens van verlies van zelfredzaamheid naar verwachting binnen drie maanden zal bereiken.

Te denken valt aan aandoeningen als taaislijmziekte, een vergevorderd stadium van longemfyseem, een vergevorderd stadium van reumatische aandoeningen.

De verzekeringsarts gaat na verloop van ongeveer drie maanden na of de afname van mogelijkheden daadwerkelijk is opgetreden, alvorens hij concludeert dat klant blijvend niet over benutbare mogelijkheden beschikt (van een dergelijk heronderzoek kan hij afzien als de slechte prognose ten aanzien van de belastbaarheid met een grote mate van zekerheid vaststaat en als van een behandeling in dit opzicht geen positief effect meer kan worden verwacht).

B5.3: Bij een ziekte met terminale afloop kan de verzekeringsarts afzien van arbeidsdeskundig onderzoek en concluderen tot volledige arbeidsongeschiktheid. Ook als de verslechtering van de belastbaarheid niet te verwachten is binnen drie maanden.

De beoordeling hiervan kan complex zijn. De wetgever heeft enerzijds willen regelen dat klanten die in de laatste fase van hun leven verkeren, bij een zeker verlies van arbeidsvermogen schadeloosgesteld kunnen worden als waren zij volledig arbeidsongeschikt. Voor ten minste een deel van deze klanten zal werk, in vergelijking met andere zaken in het leven, weinig betekenis hebben. Vrijgesteld worden van werk geeft hen de kans om hun aandacht en energie te besteden aan zaken die in deze fase het belangrijkste zijn.

Maar anderzijds heeft de wetgever niet willen regelen dat iedereen die aan een ziekte met terminale afloop lijdt min of meer automatisch, zonder de ernst van het ziek-zijn, de mate van beperkingen en het te verwachten beloop bij de beoordeling te betrekken, recht krijgt op een uitkering naar volledige arbeidsongeschiktheid.

De problematiek die zich daarbij aandient voor de oordeelsvorming door de verzekeringsarts is de volgende. Het gaat hier niet zomaar om een wettelijke regeling, maar om één waarbij de wetgever uitdrukkelijk ruimte heeft willen creëren voor wat we 'de menselijke maat' kunnen noemen. Daarom is sprake van ruime kaders waarbinnen de verzekeringsarts tot zijn oordeel moet komen, juist om de individuele situatie van klant zo veel mogelijk 'recht' te doen. Daarbij wordt meer dan gemiddeld een beroep gedaan op zijn inlevingsvermogen en op zijn vermogen om een ethisch verantwoorde beslissing te nemen. Daar komt nog bij dat meer dan gemiddeld persoonlijke opvattingen en mogelijk ook persoonlijke ervaringen bij de afweging een rol kunnen spelen.

Bovenstaande betekent ook dat de verzekeringsarts er goed aan doet om zich bij de verantwoording van zijn besluit mede te baseren op afwegingen die niet uitsluitend het wettelijk

kader betreffen.

Om de beoordeling toch enige richting te kunnen geven zijn de volgende aspecten van belang:

- Klant is zodanig ziek of lijdt aan een zodanige aandoening of combinatie van aandoeningen, dat (vrijwel) vaststaat dat hij als gevolg daarvan binnen afzienbare tijd zal overlijden.
- Zolang sprake is van een in opzet op genezing gerichte behandeling kan dit criterium niet worden toegepast, ook al is de prognose ten aanzien van blijvend herstel uiterst onzeker. Voorbeeld: een carcinoom is behandeld en er zijn bij daarop gericht onderzoek geen signalen die wijzen op aanwezigheid van tumor of metastasen. Dit criterium kan dan niet worden toegepast, ook al is de meerjaars overlevingskans in een specifiek geval niet groot.
- De termijn van een jaar is niet absoluut, maar richtinggevend. Het gaat erom dat (vrijwel) is uitgesloten dat nog herstel plaatsvindt en dat niets erop wijst de huidige mogelijkheden en medische situatie gelijk zullen blijven.
- De verzekeringsarts verantwoordt zich in termen van beloop van mogelijkheden en beperkingen en niet (in de eerste plaats) in termen van kansen en termijnen.
- Het Schattingsbesluit spreekt van een afzienbare termijn waarbinnen verslechtering van mogelijkheden valt te verwachten. Er wordt van de verzekeringsarts dus niet verwacht dat hij zich uitspreekt over de levensverwachting.
- De verzekeringsarts hoeft dit criterium niet toe te passen, ook al biedt de situatie van klant de mogelijkheid daartoe. Als klant op gangbare arbeid of op gerealiseerde verdiensten wil worden beoordeeld, dan kan de gebruikelijke weg van de arbeidsdeskundige beoordeling worden gevolgd.

3.1.3 Prognose van de duurzaamheid van de arbeidsbeperking

Dit onderdeel verschijnt uitsluitend als het criterium 'WIA' is aangeklikt.

De mate van duurzaamheid van de (volledige) arbeidsongeschiktheid is bepalend voor de beslissing over de uitkeringsregeling waaronder klant valt.

Verzekeringsartsen spreken hun oordeel over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen uit door aan te geven wat de verwachting is ten aanzien van verbetering van de belastbaarheid:

- Verwachting verbetering van de belastbaarheid is redelijk tot goed;
- Verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten;
- Verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten.

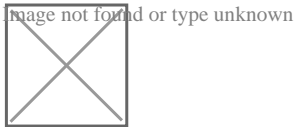
Slechts één mogelijkheid kan worden aangeklikt.

Zijn er geen benutbare mogelijkheden, dan moet de verzekeringsarts de conclusie over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen meteen invullen. Doet hij dat niet, dan volgt een

herinnering en kan de casus niet worden afgesloten.

Zijn er wel benutbare mogelijkheden, dan heeft de verzekeringsarts de mogelijkheid een conclusie over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen in eerste instantie achterwege te laten. Een uitspraak is pas vereist als op grond van een arbeidsdeskundige beoordeling is vastgesteld dat klant volledig arbeidsongeschikt is.

Schematisch overzicht invoergegevens door de verzekeringsarts:



3.2 ALLES RONDOM REFERENTIEWAARDEN

3.2.1 Inleiding

CBBS gaat als hulpmiddel voor de beoordeling van geschikte arbeid voor klant uit van de mogelijkheden van klant. De verzekeringsarts legt die vast in een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML).

Uitgaan van mogelijkheden betekent: iets pas een beperking noemen als het gewone functioneren in het gedrang komt. Het gewone functioneren ofwel het functioneren in het dagelijks leven. Daarom is ervoor gekozen om het functioneren in het dagelijks leven te kiezen als referentiepunt voor het vaststellen van de mogelijkheden en de eventuele beperkingen van klant. Dit niveau van functioneren is in de FML gedefinieerd als de referentiewaarde. We spreken pas van een beperking als klant belemmeringen ondervindt bij het functioneren in het dagelijks leven. Is er geen belemmering, dan achten we klant in staat om te functioneren volgens de referentiewaarde (norm).

Op de functionele mogelijkhedenlijst wordt de referentiewaarde aangeduid als norm.

In dit hoofdstuk worden de referentiewaarden en het gebruik ervan als volgt verder uitgewerkt:

1. Een uitwerking van het referentiewaardebegrip en de relatie met eisen in arbeid.
2. Referentiewaarden en verdienvermogen.
3. Een uiteenzetting wat het betekent als de verzekeringsarts 'referentiewaarde' scoort op de functionele mogelijkhedenlijst.
4. Het gebied boven de referentiewaarde en signaleringen bij een referentiewaarde.
5. Een instructie voor de verzekeringsarts hoe om te gaan met een beoordeling 'functioneren boven de referentiewaarde'.
6. Een instructie voor de arbeidsdeskundige hoe om te gaan met signaleringen bij een referentiewaarde

3.2.2 Referentiewaarden en eisen in arbeid

De referentiewaarden zijn deels op basis van onderzoek, deels op basis van een beredeneerde keuze vastgesteld. De referentiewaarden vertegenwoordigen een niveau van functioneren waartoe gezonde personen in de leeftijd van 16 tot 65 jaar minimaal in staat zijn. Deze waarde is in eerste instantie bij de ontwikkeling van CBBS gebaseerd op 160.000 belastbaarheidsprofielen uit het FIS*. Op grond van nieuwe medische inzichten, (nieuwe) Arbonormen, voortschrijdend inzicht en uitspraken van de CRvB zijn een aantal beoordelingspunten bijgesteld.

* Het FIS is het functie informatiesysteem dat is gebruikt tot 2001 en is de voorloper op CBBS.

Als iemand kan functioneren volgens de referentiewaarde dan betekent dat doorgaans dat hij zelfstandig aan de eisen die het dagelijks leven stelt kan voldoen. Door vast te stellen dat iemand kan functioneren volgens de referentiewaarde geeft de verzekeringsarts ook de boodschap af dat in beginsel mag worden verondersteld dat iemand dan ook kan werken. In beginsel, want het functioneren in arbeid stelt soms meer en vaak andere eisen dan het dagelijks leven.

Voor de FML heeft dit tot gevolg gehad dat een aanvullende beoordelingspunten zijn toegevoegd op het kunnen functioneren in arbeid. Voor deze beoordelingspunten geldt dat het begrip referentiewaarde niet is geassocieerd met het dagelijks leven, maar met functioneringseisen zoals die voor arbeid als 'norm' worden beschouwd. Veel van deze punten zijn te herkennen door hun naam.

Voorbeelden:

- 4.17: lopen tijdens het werk – hier gaat het om hogere eisen dan doorgaans in het dagelijks leven;
- 2.12.1: werk waarin meestal weinig of geen rechtstreeks contact met klanten vereist is – hier gaat het om andere eisen dan die in het dagelijks leven.

De keuze van de referentiewaarde als hoogste standaardwaarde heeft nog een gevolg in relatie tot de (soms hogere) eisen in arbeid. CBBS is zo ingericht dat functies, met hogere eisen dan de referentiewaarde aangeeft, niet op grond van een vergelijking met de mogelijkheden van klant kunnen worden verworpen. CBBS 'weet' immers niet of en in hoeverre klant tot meer in staat is dan de referentiewaarde aangeeft.

Er is bewust voor gekozen om dit gebied 'boven de referentiewaarde' niet verder in te vullen met waarden waarop de voorselectie verder zou kunnen worden verfijnd. Wanneer arbeid hogere eisen stelt dan het dagelijks leven, moet expliciet worden beoordeeld of deze eisen nog binnen de mogelijkheden van klant vallen.

3.2.3 Referentiewaarden en verdienvermogen

Er is geen relatie tussen het (gekozen) niveau van de referentiewaarden en het eventuele verlies aan verdienvermogen van klant. Afhankelijk van de maatman, het maatmaninkomen en andere klantkenmerken kan functioneren volgens de referentiewaarde in het ene geval betekenen dat het verdienvermogen is afgenomen, in het andere geval zal dat niet zo zijn.

Het verdienvermogen van klant in de periode voordat hij beperkt raakte bepaalt de maatman.

Het verdienvermogen van klant in de periode nadat hij beperkt is geraakt wordt medebepaald door zijn actuele, feitelijke niveau van functioneren. Dit actuele niveau van functioneren kan zowel boven, op, als onder het referentiewaardeniveau liggen.

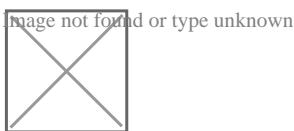
De keus die is gemaakt voor het referentiewaardeniveau heeft geen invloed op het oordeel over het actuele niveau van functioneren van klant.

Voorbeeld

Voor het beoordelingspunt lopen is de referentiewaarde ‘ongeveer een uur achtereen lopen’. Klant kan ongeveer een half uur achtereen lopen, hij is dus (licht) beperkt. Werkzaamheden waarbij hij meer dan incidenteel wat langer dan een half uur moet lopen kan deze klant niet uitvoeren.

Stel dat het niveau van de referentiewaarde was bepaald op ‘ongeveer een half uur achtereen lopen’. Dezelfde klant, in dezelfde toestand, kan nog steeds ongeveer een half uur achtereen lopen. We noemen klant nu niet beperkt, want ongeveer een half uur achtereen lopen is wat de referentiewaarde aangeeft: klant functioneert in dit opzicht op het niveau van de referentiewaarde. Voor de werkbelasting die klant aan kan maakt dat niet uit. Ook nu geldt dat hij werkzaamheden waarbij hij meer dan incidenteel wat langer dan een half uur moet lopen niet kan uitvoeren. De functieduiding zal door de andere keuze voor het referentiewaardeniveau dus niet tot een ander resultaat leiden en daarmee zal de bepaling van het (resterende) verdienvermogen ook op hetzelfde uitkomen.

Onderstaande figuur geeft een en ander grafisch weer.



Toelichting

- De verticale as geeft het niveau van functioneren aan.
- De horizontale as geeft de tijd aan.

- De dunne zwarte lijn geeft de verdeling van het globale functioneren van de Nederlandse bevolking weer.
- De groene band is het gebied waarbinnen over functioneren op het niveau van de referentiewaarde wordt gesproken; de excentrische projectie van de Gausskromme op het groene gebied laat zien dat voor de referentiewaarde een vrij laag niveau is gekozen.
- De dikke zwarte lijn laat het verloop van functioneren zien van een willekeurige klant. Deze klant functioneerde voorheen boven de referentiewaarde. Op het moment van uitval raakt hij beperkt ten opzichte van de referentiewaarde. Na herstel beweegt zijn functioneren zich binnen de referentiewaarde.

De figuur laat het volgende zien:

- Deze klant is beperkt ten opzichte van zijn voormalige niveau van functioneren.
- Deze klant functioneert (na herstel) op het niveau van de referentiewaarde.

Of sprake is van verlies aan verdienvermogen kan niet uit de figuur worden afgeleid. Dat hangt ervan af of deze klant met dit niveau van functioneren nog ongeveer hetzelfde kan verdienen of niet. 'Functioneren volgens de referentiewaarde' is dus niet hetzelfde als 'geen verlies aan verdienvermogen'.

Als de referentiewaarde op een ander niveau zou zijn vastgesteld zou dit slechts tot gevolg hebben dat de groene band naar onder of naar boven verschuift. De lijn van het niveau van functioneren na herstel kan dan boven of onder de groene band komen te liggen: je zou dan dus moeten zeggen dat klant boven de referentiewaarde functioneert, respectievelijk beperkt is. De klantkenmerken, inclusief het niveau van functioneren, veranderen door die verschuiving echter niet. En daardoor zal ook de bepaling van het resterende verdienvermogen op hetzelfde uitkomen.

3.2.4 Betekenis van de score functioneren volgens de referentiewaarde op de FML

Voor die beoordelingspunten waarbij een belasting in het gebied boven de referentiewaarde kan voorkomen, heeft een score 'norm' op de FML de volgende, inhoudelijke, betekenis:

1. Klant is in staat tot datgene wat de referentiewaarde aangeeft.
2. Klant kan tevens structureel een marginaal hogere belasting aan dan wat de referentiewaarde aangeeft.
3. Klant kan tevens incidenteel een piekbelasting aan boven het aangegeven niveau.
4. Klant is tot meer in staat dan wat de definitie van de referentiewaarde aangeeft, tenzij sprake is van één van de volgende situaties:
5. De verzekeringsarts heeft voor het betreffende beoordelingspunt expliciet aangegevendat wat de referentiewaarde exact aangeeft de bovengrens is en/of dat een incidentele piekbelasting niet is toegestaan;
6. Een structureel hoge totaalbelasting ten opzichte van de referentiewaarde;
7. Een extreme piekbelasting.

Hieronder volgt per punt een toelichting.

Toelichting bij 1

(Klant is in staat tot datgene wat de referentiewaarde aangeeft)

Hoe de referentiewaarde is gedefinieerd staat in deze basisinformatie per beoordelingspunt vermeld. Daaronder vallen niet alleen de mate of de duur, maar ook de frequentie van de activiteit, voor zover CBBS daar bij de voorselectie rekening mee houdt.*

* Waar de frequentie de variabele is zal in de informatie bij het beoordelingspunt eventueel nadere informatie over de mate of de duur van de belasting worden gegeven, waarmee bij de voorselectie rekening wordt gehouden.

Toelichting bij 2

(Klant kan tevens structureel een marginaal hogere belasting aan dan wat de referentiewaarde aangeeft)

Dit is inherent aan de systematiek van de FML, waarbij is gekozen voor een globale omschrijving van de mogelijkheden en beperkingen.

Toelichting bij 3

(Klant kan tevens incidenteel een piekbelasting aan boven het aangegeven niveau)

Dit is een afspraak, gemaakt bij de ingebruikname van de FML, die expliciet bovenaan elke FML staat vermeld.

Toelichting bij 4

(Klant is tot meer in staat dan wat de definitie van de referentiewaarde aangeeft, tenzij sprake is van één van de volgende situaties)

In de praktijk blijkt CBBS bij de voorselectie bij diverse referentiewaarden heel vaak signaleringen af te geven. Bij beschouwing van het totaalbeeld van de functiebelasting op dit punt blijkt dan in het algemeen geen sprake van een extreme piekbelasting en/of structureel hoge totaalbelasting op het betreffende beoordelingspunt. Meestal gaat het om een hogere frequentie dan die in het interpretatiekader van de referentiewaarde is opgenomen, terwijl de mate of duur van de belasting ruim onder het niveau van de referentiewaarde ligt. De totale belasting ligt dan binnen de mogelijkheden van klant.

Toelichting bij 4a

(De verzekeringsarts heeft voor het betreffende beoordelingspunt expliciet aangegeven dat wat de referentiewaarde exact aangeeft de bovengrens is en/of dat een incidentele piekbelasting niet is toegestaan)

Deze situatie is een inperking van de mogelijkheden van klant ten opzichte van de gebruikelijke betekenis, zoals hierboven onder 2 en 3 weergegeven.

Dit is geen beperkende toelichting. Daarvan is pas sprake als de verzekeringsarts in zijn toelichting een beperking opneemt ten opzichte van wat de referentiewaarde zelf aangeeft. Situatie 4a doelt daarentegen op een beperking ten opzichte van het gebied boven de referentiewaarde.

Toelichting bij 4b en 4c

(Een structureel hoge totaalbelasting ten opzichte van de referentiewaarde; een extreme piekbelasting)

Deze situaties moeten als overschrijding van de gebruikelijke betekenis van de referentiewaarde worden beschouwd en zijn alleen beargumenteerd toegestaan.

3.2.5 Het gebied boven de referentiewaarde en signaleringen bij een referentiewaarde

Omdat de referentiewaarden op een relatief laag niveau zijn vastgesteld komt het vaak voor dat de belastbaarheid van een klant (op onderdelen) daar bovenuit gaat. Ook de belasting in arbeid vereist nogal eens meer dan wat het functioneren in het dagelijks leven vergt.

Op de FML kan de verzekeringsarts niet op gestandaardiseerde wijze een belastbaarheid weergeven die uitstijgt boven het niveau van de referentiewaarde. Gevolg is dat in dit zogenaamde gebied boven de referentiewaarde geen geautomatiseerde voorselectie van functies op potentiële geschiktheid plaatsvindt. Bij een FML-score 'norm' moeten functies met een belasting die uitstijgt boven het niveau van de referentiewaarde dan ook altijd nader op

hun geschiktheid worden beoordeeld.

Als hulpmiddel voor de beoordeling genereert CBBS in dit soort situaties een signalering. Een signalering wijst de arbeidsdeskundige er in dat geval op dat de functiebelasting het niveau van de referentiewaarde overstijgt.

3.2.6 Oordeel verzekeringsarts: functioneren boven de referentiewaarde

De verzekeringsarts kan van mening zijn dat klant op onderdelen tot meer in staat is dan de referentiewaarde uitdrukt. Er zijn nu twee mogelijkheden:

1. De mogelijkheden van klant zijn wel begrensd, maar deze liggen duidelijk boven de referentiewaarde.
2. De mogelijkheden van klant zijn niet beperkt als gevolg van ziekte of gebrek.

In beide situaties geeft de verzekeringsarts dit weer in een toelichting op de FML of in de rapportage. Als het gaat om slechts één of enkele beoordelingspunten geeft de verzekeringsarts een toelichting bij de betreffende beoordelingspunten op de FML.

Een veel voorkomende situatie zal zijn dat klant ten aanzien van een cluster van beoordelingspunten of ten aanzien van alle beoordelingspunten in een rubriek geen beperkingen ondervindt ten gevolge van ziekte of gebrek. In dat geval geeft de verzekeringsarts dit weer in de beschouwing van zijn rapportage. Dit is praktisch, omdat dan niet per beoordelingspunt een toelichting hoeft te worden gegeven. Het is ook beter, omdat de rapportage bedoeld is om een totaalbeeld te schetsen van de mogelijkheden van klant. Daarin passen ook overwegingen in de trant van: 'om die en die redenen is klant voor wat betreft 'dynamische handelingen' in het geheel niet beperkt als gevolg van ziekte of gebrek'. De verzekeringsarts moet zich daarbij wel realiseren dat in dat geval de mogelijkheden boven de referentiewaarde van klant niet zichtbaar worden op de afdruk van de (kritische) FML.

3.2.7 Beoordeling door de arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige wordt per voorgeselecteerde functie nogal eens met een aantal signaleringen geconfronteerd. Het is de taak van de arbeidsdeskundige om deze signaleringen op waarde te schatten in het perspectief van de beoordeling: is een functie geschikt voor deze klant of niet?

Een aantal van de signaleringen betreft signaleringen bij referentiewaarden. Gelet op het belang van een goede interpretatie tegen de achtergrond van de betekenis van een score 'norm' wordt aan deze signaleringen afzonderlijk aandacht besteed.

Beoordelingsproces

De arbeidsdeskundige zet de volgende stappen om in een concrete situatie tot een juiste

weging van een signalering te komen:

1. Hij stelt vast wat de referentiewaarde inhoudt;
2. Hij gaat na waarom het systeem een signalering afgeeft door vast te stellen of de signalering een beoordelingspunt betreft waarvoor geldt dat belasting en belastbaarheid in maat en getal worden uitgedrukt of niet:
 1. Als belasting en belastbaarheid in maat en getal worden uitgedrukt is sprake van een overschrijding van het niveau van de referentiewaarde; de arbeidsdeskundige stelt vast op welk aspect van de referentiewaarde de signalering betrekking heeft;
 1. Als belasting en belastbaarheid niet in maat en getal worden uitgedrukt heeft de signalering mogelijk betrekking op de toelichting van de verzekeringsarts;
3. Hij stelt vast of voor deze klant sprake is van een mogelijke of daadwerkelijke overschrijding.

Toelichting bij 1

(Hij stelt vast wat de referentiewaarde inhoudt)

De definitie zoals die op het scherm verschijnt is vaak niet volledig. Voor de volledige definitie kan de arbeidsdeskundige de beschrijving per beoordelingspunt in deze Basisinformatie raadplegen of gebruik te maken van op het scherm bij de signaleringen.

Toelichting bij 2

(Hij gaat na waarom het systeem een signalering afgeeft door vast te stellen of de signalering een beoordelingspunt betreft waarvoor geldt dat belasting en belastbaarheid in maat en getal worden uitgedrukt of niet)

Een signalering bij een referentiewaarde kan twee oorzaken hebben:

- De belasting in de functie overstijgt het niveau van de referentiewaarde. Onder het niveau van de referentiewaarde wordt verstaan de exacte waarde die bij de vergelijking van functiebelasting met de FML-score wordt aangehouden. Bij het beoordelingspunt 'zitten' bijvoorbeeld: norm = kan ongeveer twee uur achtereen zitten; de daarbij behorende exacte waarde is twee uur.
- De verzekeringsarts heeft de score 'referentiewaarde' voorzien van een toelichting.

Per beoordelingspunt geldt dat een signalering bij de referentiewaarde altijd het gevolg is van of de ene of de andere oorzaak.

Beoordelingspunten waarvoor geldt dat belasting en belastbaarheid in maat en getal worden uitgedrukt kennen uitsluitend signaleringen op basis van overschrijding van het niveau van de referentiewaarde.

Beoordelingspunten waarvoor geldt dat belasting en belastbaarheid niet in maat en getal worden uitgedrukt kennen uitsluitend signaleringen op basis van een toelichting van de verzekeringsarts bij de referentiewaarde.

Toelichting bij 3

(Hij stelt vast of voor deze klant sprake is van een mogelijke of daadwerkelijke overschrijding)

I. De signalering heeft betrekking op overschrijding van het niveau van de referentiewaarde.

De arbeidsdeskundige stelt eerst vast of de verzekeringsarts een toelichting heeft gegeven bij de betreffende referentiewaarde, of in de beschouwing extra aandacht heeft geschonken aan bepaalde clusters beoordelingspunten of bepaalde rubrieken, welke van toepassing zijn op het betreffende beoordelingspunt.

Er kunnen nu drie situaties worden onderscheiden:

- a. De verzekeringsarts heeft bij het betreffende beoordelingspunt geen aanvullende opmerkingen gemaakt. In dat geval gaat de arbeidsdeskundige na of de signalering verwijst naar een extreme piekbelasting of een structureel hoge totaalbelasting. Indien dit niet het geval is stelt de arbeidsdeskundige vast dat hier geen sprake is van een overschrijding. Indien dit wel het geval is oordeelt de arbeidsdeskundige dat sprake is van een overschrijding. De arbeidsdeskundige overweegt of hij zelf tot besluitvorming kan komen, of dat nader overleg met de verzekeringsarts aan de orde is.
- b. De verzekeringsarts heeft aangegeven dat klant op het betreffende beoordelingspunt geen beperkingen ondervindt als gevolg van ziekte of gebrek. De arbeidsdeskundige oordeelt op grond van de overige door hem verzamelde en hem bekende gegevens of de functie-eisen binnen de mogelijkheden van klant vallen.
- c. De verzekeringsarts heeft wel aanvullende opmerkingen gemaakt in de zin van nadere grenzen aangegeven, ofwel op ofwel boven het niveau van de referentiewaarde. In dat geval oordeelt de arbeidsdeskundige of sprake is van een mogelijke of daadwerkelijke overschrijding. De arbeidsdeskundige overweegt of hij zelf tot besluitvorming kan komen of dat nader overleg met de verzekeringsarts aan de orde is.

II. De signalering is het gevolg van een toelichting van de verzekeringsarts bij de referentiewaarde. De arbeidsdeskundige stelt vast of de belasting in de functie binnen de mogelijkheden van klant valt, zoals die mede blijken uit de door de verzekeringsarts gegeven toelichting.

De arbeidsdeskundige overweegt of hij zelf tot besluitvorming kan komen of dat nader overleg met de verzekeringsarts aan de orde is.

Inhoudelijke afweging

De arbeidsdeskundige tracht altijd in eerste instantie zijn eigen oordeel te vormen. Hij baseert zich daarbij, behalve op de rapportage van de verzekeringsarts, ook op:

1. De informatie over klant en het beeld dat hij van klant heeft. Hij kan zich hiervoor oriënteren op:
 1. De wijze waarop klant het eigen werk uitvoerde;
 1. De belasting van voorheen door klant uitgeoefende functies;
 1. Activiteiten die klant doorgaans privé onderneemt.
2. Hoe hij de belasting in de functie ten aanzien van het betreffende beoordelingspunt weegt in de context van het geheel aan eisen die de functie stelt.

Er kunnen geen harde grenzen worden aangegeven voor de beoordelingsruimte van de arbeidsdeskundige. Die wordt namelijk voor een deel bepaald door de context van de individuele beoordeling.

Er kunnen wel enkele gedragsadviezen worden geformuleerd die aangeven of overleg met de verzekeringsarts in het algemeen gewenst is:

- Als de 'harde' gegevens de arbeidsdeskundige doen concluderen dat de belastbaarheid bij de uitoefening van een functie daadwerkelijk wordt overschreden, terwijl hij op grond van andere overwegingen de functie toch als geschikt zou willen beoordelen, zal meestal overleg met de verzekeringsarts gewenst zijn;
 - Als sprake is van twijfel kunnen argumenten ontleend aan de hierboven onder 1.a, 1.b en 1.c genoemde gegevens zodanig overtuigend zijn dat overleg met de verzekeringsarts weinig of geen toegevoegde waarde heeft;
 - Als de 'harde' gegevens niet wijzen op een overschrijding van de belastbaarheid, maar het beeld van klant in relatie tot de functiebelasting de arbeidsdeskundige doet overwegen de functie als niet passend te beoordelen, is overleg met de verzekeringsarts gewenst om tot een definitief oordeel te komen;
 - Als de arbeidsdeskundige, ondanks de omstandigheid dat hij zelf overtuigd is van zijn oordeel, kan inschatten dat zijn oordeel bij anderen vragen kan oproepen, zal overleg met de verzekeringsarts in een aantal gevallen kunnen bijdragen aan versterking van de onderbouwing van het oordeel; dit geldt vooral als de arbeidsdeskundige voor zijn oordeel mede een beroep doet op eigen waarnemingen betrekking hebbend op de mogelijkheden van klant.
- BIJZONDERE ASPECTEN BIJ HET VASTLEGGEN VAN DE MOGELIJKHEDEN VAN KLANT**

3.3.1 Inleiding

De FML is een beperkte weergave van de mogelijkheden van klant. Beperkt om ten minste twee redenen:

- Niet alle aspecten van de mogelijkheden van klant kunnen binnen een limitatieve lijst als de FML worden gevangen;
- De mogelijkheden van klant kunnen voor een belangrijk deel slechts op een aantal standaardniveaus worden vastgelegd.

Eenzijds schetst de FML dan ook geen volledig en genuanceerd beeld van de mogelijkheden van klant. Anderzijds is het werken met standaardniveaus noodzakelijk om de FML als hulpmiddel binnen de CBBS-omgeving te kunnen gebruiken om uit een veelheid van functies die functies te selecteren die potentieel geschikt zijn voor klant. Daarom heeft de FML ook eigenschappen die het mogelijk maken om als dat middel te fungeren.

Die eigenschappen en de beperkingen van de FML dragen er niet altijd toe bij dat de FML een 'correct' beeld schetst van de mogelijkheden van klant. Sterker nog: soms is het nodig niet voor de meest voor de hand liggende weergave van de mogelijkheden van klant op de FML te kiezen om te bereiken dat CBBS als selectie-instrument zo efficiënt mogelijk werkt.

Dit hoofdstuk gaat over die aspecten van het gebruik van de FML die speciale aandacht behoeven om ervoor te zorgen dat CBBS binnen het geheel van het beoordelingsproces optimaal wordt ingezet. Daarbij zullen ook enkele punten worden aangeroerd die minder 'FML-specifiek' zijn.

Inhoud

In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen behandeld:

1. Beperkende toelichtingen – algemeen
2. Hogere of lagere waarde
3. Links-rechts-verschillen
4. Rolstoelafhankelijkheid
5. (Liever) geen toelichting
6. Conditie, constitutie en het vermogen vaardigheden te ontwikkelen

3.3.2 Beperkende toelichtingen – niet gewenst en erg inefficiënt voor het werk van de arbeidsdeskundige

CBBS is geen zuiver selectie- en ordeningsinstrument.

Selecteren van potentieel geschikte functies en deze volgens bepaalde criteria ordenen is wel de belangrijkste functie van CBBS.

CBBS heeft daarnaast nog een aantal andere mogelijkheden en kenmerken die van invloed

zijn op de producten die CBBS levert en op de wijze waarop met deze 'output' moet worden omgegaan. In dit verband zijn de volgende kenmerken relevant:

- CBBS fungeert voor een deel tevens als registratie-instrument; dit geldt bijvoorbeeld voor een aantal beoordelingspunten die niet worden gebruikt in de geautomatiseerde voorselectie en dus geen deel uitmaken van CBBS als selectie-instrument (de niet geautomatiseerd vergeleken punten); en het geldt bijvoorbeeld ook voor gegevens over de diagnose en het type beoordeling;
- CBBS biedt een uitgebreide mogelijkheid tot het geven van toelichtingen, dat geldt voor de FML, maar dat geldt ook voor de functiebeschrijvingen; ook voor deze toelichtingen geldt dat zij wel worden geregistreerd, maar geen onderdeel uitmaken van de selectie.
- CBBS genereert signaleringen in de volgende situaties:
 - a. De verzekeringsarts '(sterk)beperkt' scoort op de FML en de waarde aan de functiekant in enigerlei mate hoger is (matchend beoordelingspunt). De standaardwaarde '(sterk)beperkt' die de verzekeringsarts invult is nooit exact maar 'ongeveer', bovendien vult de verzekeringsarts altijd de lagere waarde in ten opzichte van de mogelijkheden van klant en geeft een verruimende toelichting.
 1. De verzekeringsarts 'norm' scoort op de functionele mogelijkhedenlijst (klant heeft geen beperkingen) en de waarde aan de functiekant hoger is dan de referentiewaarde (matchend beoordelingspunt). De referentiewaarden zijn vrij laag vastgesteld dus dit komt regelmatig voor.
 1. De verzekeringsarts een nadere toelichting op de FML geeft (matchend beoordelingspunt). Voor een aantal beoordelingspunten geldt dat er dan een signalering komt.
 1. De verzekeringsarts '(sterk)beperkt' scoort op de FML en als aan de functiekant dit beoordelingspunt niet wordt beoordeeld, de zogenaamde niet matchende beoordelingspunten. Dus er komt altijd een signalering ook al komt deze belasting aan de functiekant niet voor.

Bij de eindselectie betreft de arbeidsdeskundige altijd alle aspecten die relevant zijn voor beantwoording van de vraag of een functie voor een bepaalde klant geschikt is. Tot die aspecten behoren in ieder geval ook de door de verzekeringsarts gegeven toelichtingen, de eventuele beperkingen ten aanzien van niet-geautomatiseerd vergeleken beoordelingspunten en de beoordeling van de betekenis van de verschillende signaleringen (zie de standaard Professionele eindselectie arbeidsdeskundige en de hoofdstukken 3.2 en 4.1 van deze Basisinformatie).

CBBS is enkele keren onderwerp van bespreking geweest bij zittingen van de Centrale Raad van Bestuur (CRvB). Steeds weer stonden de inzichtelijkheid en de toetsbaarheid van de beoordelingen hoog op de agenda en stelde de Raad extra eisen aan beoordelingen die hieraan niet in alle opzichten op het door de Raad gewenste niveau voldeden. Verdere aanpassingen van CBBS volgden en hadden onder andere tot consequentie dat het aantal

signaleringen toenam.

In de context van de besprekingen bij de CRvB is ook het begrip ‘beperkende toelichting’ ontstaan.

Onder een beperkende toelichting wordt een toelichting verstaan waaruit blijkt dat klant ten opzichte van het op de FML aangegeven niveau *beperkt is. Het gevolg daarvan is dat functies kunnen worden gepresenteerd met een belasting die uitstijgt boven het niveau van de mogelijkheden van klant zonder dat CBBS dat door middel van een signalering inzichtelijk maakt.

*Hiermee wordt de exacte waarde bedoeld waarop CBBS geautomatiseerd vergelijkt met de belasting zoals die in een functie voorkomt.

De CRvB heeft geoordeeld dat daardoor het risico ontstaat dat functies worden geaccepteerd met een belasting die uitstijgt boven de mogelijkheden van klant, terwijl het lijkt of de functie geschikt is, omdat CBBS geen signalering afgeeft. In dit verband wordt ook wel gesproken van een ‘verborgen beperking’, die door de CRvB als ongewenst wordt beschouwd.

Door het werken met beperkende toelichtingen is de kwaliteit van de in beginsel niet noodzakelijkerwijs in het geding. De arbeidsdeskundige betreft immers alle toelichtingen bij de eindselectie. De kans dat hij een aspect overslaat lijkt in theorie wel groter dan wanneer maximaal van de mogelijkheid tot signalering door CBBS gebruik wordt gemaakt. Bovendien vergroot het achterwege laten van beperkende toelichtingen de efficiëntie: een handmatige vergelijking van belasting en belastbaarheid op detailniveau kan achterwege blijven en de arbeidsdeskundige kan zich meteen richten op de inhoud van de toelichting.

Zowel het oordeel van de CRvB als de overwegingen van efficiëntie waren aanleiding om het gebruik van beperkende toelichtingen tot onjuiste werkwijze te verklaren. Nadere analyse van de werking van CBBS en de inrichting van de geautomatiseerde vergelijking van de verschillende beoordelingspunten dwong echter tot het formuleren van uitzonderingen op deze hoofdregel, zoals uit het vervolg zal blijken.

Het fenomeen van de beperkende toelichting maakt duidelijk dat het geven van een beschrijving van de mogelijkheden en beperkingen die zo goed mogelijk aansluit bij de conclusies van de beoordeling er op belangrijke onderdelen anders kan uitzien dan de beschrijving die nodig is om een hulpmiddel als CBBS optimaal te gebruiken.

Optimaal is in dit verband:

- zorgen voor de scherpst mogelijke voorselectie,
- zorgen dat de arbeidsdeskundige bij de eindselectie zo min mogelijk ‘handwerk’ moet verrichten door de mogelijkheden van het systeem maximaal te benutten en
- ervoor zorgen dat de output de voor klant, gebruikers, kwaliteitsbeoordelaars en

toetsende instanties maximaal mogelijke inzichtelijkheid verschaft.

Bij een aantal van de hiernavolgende onderwerpen spelen dergelijke aspecten een rol.

Bij enkele andere gaat het om de vraag hoe met bepaalde klantkenmerken om te gaan in het perspectief van het vastleggen van de mogelijkheden van klant.

3.3.3 Hogere of lagere waarde

Achtergrond

CBBS is gevuld met een groot aantal gestandaardiseerde beoordelingspunten en daarbij behorende referentiewaarden. De mogelijkheden van klant worden door de verzekeringsarts niet altijd op een 'standaard' niveau ingeschat. De vraag is dan wat de verzekeringsarts op de FML moet invullen.

De betekenis van hetgeen de verzekeringsarts invult, reikt verder dan de standaardwaarde die hij op de FML invult. De verzekeringsarts geeft immers aan wat ongeveer of ten minste de mogelijkheden van klant zijn, terwijl een incidentele piekbelasting eveneens is toegestaan. Meestal is dat voldoende om, rekening houdend met de mate van nauwkeurigheid waarmee de verzekeringsarts uitspraken kan doen, de mogelijkheden en beperkingen van klant op één van de standaardniveaus vast te leggen.

Er zijn twee redenen waarom de verzekeringsarts er toch behoefte aan kan hebben mogelijkheden en beperkingen op een ander niveau te bepalen dan de referentiewaarden op de FML aangeven:

1. Bij sommige beoordelingspunten van de FML is sprake van een zodanig groot verschil tussen opeenvolgende referentiewaarden dat het in de praktijk nogal eens voorkomt dat de hoogste van de twee ruimschoots meer aangeeft dan wat voor klant mogelijk is, terwijl de laagste een te beperkte inschatting van de mogelijkheden van klant vertegenwoordigt.
2. De specifieke situatie van klant maakt duidelijk dat zijn mogelijkheden op een niveau liggen dat niet als referentiewaarde voorkomt op de FML; vaak zal het dan gaan om aanwijzingen uit de praktijk, door klant opgedane concrete ervaringen, die een in zekere zin nauwkeuriger inschatten van de mogelijkheden toelaten.

Voor die situaties is het dus de vraag wat de verzekeringsarts op de FML moet invullen: de hogere of de lagere waarde ten opzichte van het door hem ingeschatte niveau.

Uit wat hierboven over beperkende toelichtingen is beschreven blijkt dat de verzekeringsarts de lagere waarde moet invullen. De verzekeringsarts geeft in een toelichting aan op welk (tussenliggend) niveau hij de mogelijkheden van klant met betrekking tot het specifieke beoordelingspunt inschat.

Meer in detail kan de keus om in dit soort situaties de lagere waarde in te vullen als volgt worden uiteengezet.

CBBS selecteert niet alleen functies tot het door de verzekeringsarts aangegeven niveau, maar meestal ook minimaal één niveau hoger. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen

- dagelijks en niet dagelijks voorkomende belasting en
- algemeen of bijzonder voorkomende belasting (al dan niet het merendeel van de werkdag – zie verder hoofdstuk 5).

De wijze van selecteren door CBBS garandeert dus dat alle potentieel geschikte functies worden gepresenteerd.

Zodra in een functie meer van klant wordt geëist dan de door de verzekeringsarts bij het betreffende beoordelingspunt ingevulde waarde aangeeft, wordt die functie met een signalering gepresenteerd. Dat geldt altijd, los van het gegeven of de verzekeringsarts nog een aanvullende toelichting heeft gegeven. De arbeidsdeskundige moet zich in dit soort situaties dus ook altijd afvragen wat de betekenis is van de betreffende signalering.

Zou de verzekeringsarts de hogere waarde invullen dan heeft dit drie belangrijke nadelen:

1. Er worden tevens functies geselecteerd (te) ruim boven de belastbaarheid van klant (de FML-score inclusief de beperkende toelichting); uit de voorselectie komen relatief veel functies die bij nadere beschouwing moeten worden verworpen omdat zij te hoge eisen blijken te stellen (vergeleken met het invullen van de lagere waarde).
2. De functies die qua belasting vallen binnen de door de verzekeringsarts ingevulde FML-score, maar boven de belastbaarheid van klant zoals blijkt uit de toelichting, worden zonder signalering gepresenteerd. Consequentie is dat de arbeidsdeskundige alle functies tijdens de eindselectie op het desbetreffende beoordelingspunt aan een nadere beschouwing moet onderwerpen. Het is immers op voorhand niet duidelijk bij welke functies de belastbaarheid wel en bij welke niet kan zijn overschreden. Het invullen van de hogere waarde door de verzekeringsarts heeft dan ook tot gevolg dat CBBS als selectie-instrument minder efficiënt werkt.
3. Als gevolg van 1 en 2 vereist deze werkwijze een grotere inspanning van de kant van de arbeidsdeskundige, zonder dat dit de kwaliteit van de beoordeling ten goede komt.

Hieronder volgt een meer specifieke uiteenzetting van de te volgen werkwijze, waarbij een onderscheid is gemaakt naar rubrieken.

Rubrieken 1 en 2 (persoonlijk functioneren en sociaal functioneren)

Niet geautomatiseerd vergeleken punten

Voor de rubrieken 1 en 2 geldt dat een groot deel van de beoordelingspunten geen deel uitmaakt van de geautomatiseerde voorselectie. Een keus voor een hogere of lagere waarde heeft dan ook geen invloed op de voorselectie. Het is uit oogpunt van consequent handelen gewenst ook bij deze punten dezelfde systematiek toe te passen.

Tweekeuzepunten met uitsluitend signalering

De overige punten van de rubrieken 1 en 2 zijn vaak tweekeuzepunten, waarbij bovendien geldt dat bij een beperking een functie niet wordt verworpen. Bij deze punten moet altijd beperkt worden gescoord met een toelichting, zodra de referentiewaarde niet zonder meer van toepassing is.

Overige punten

Resteren nog de volgende beoordelingspunten:

- 2.8 Omgaan met conflicten
- 2.9 Samenwerken
- 2.12.2 Werk waarin meestal weinig of geen direct contact met patiënten of hulpbehoevenden vereist is
- 2.12.4 Werk waarin meestal geen direct contact met collega's vereist is
- 2.12.5 Werk dat geen leidinggevende aspecten bevat

Zie voor deze beoordelingspunten de beschrijving in hoofdstuk 5.

Rubriek 3 (aanpassing aan fysieke omgevingseisen)

Voor rubriek 3 geldt dat het hier steeds tweekeuzepunten betreft waarbij de beperking door de verzekeringsarts moet worden omschreven, zodat de keus voor een hogere of lagere waarde zich niet voordoet.

Rubrieken 4 en 5 (dynamische handelingen en statische houdingen)

Een groot deel van de beoordelingspunten van de rubrieken 4 en 5 zijn meerkeuzepunten waarop de hoofdregel van toepassing is. Daarnaast zijn er enkele tweekeuzepunten waarvoor geldt dat altijd beperkt moet worden gescoord met een toelichting, zodra de referentiewaarde niet zonder meer van toepassing is.

Dan resteren er nog enkele beoordelingspunten die een bijzondere of uitzonderingspositie innemen:

- 4.1 Dominantie
- 4.2 Lokalisatie beperkingen
- 4.15 Hoofdbewegingen maken

Zie voor deze beoordelingspunten de beschrijving in hoofdstuk 5.

Rubriek 6 (werktijden)

Het gaat hier om de eerste drie beoordelingspunten. Op 6.2 (uren per dag) is de hoofdregel van toepassing.

Afwijkende instructies zijn van toepassing op:

- 6.1 Perioden van het etmaal
- 6.3 Uren per week

Zie voor deze beoordelingspunten de beschrijving in hoofdstuk 5.

3.3.4 Links-rechts-verschillen

Hier is de vraag aan de orde of de verzekeringsarts bij het invullen van de FML de mogelijkheden van de best functionerende zijde moet weergeven of die van de slechtst functionerende zijde.

Als de verzekeringsarts de FML invult afgaande op de mogelijkheden van de best functionerende zijde ontstaat het probleem dat bij de voorselectie een overmaat aan functies aan de arbeidsdeskundige zal worden gepresenteerd waarvan er bij nader inzien vele niet geschikt blijken. De FML geeft immers te ruime mogelijkheden aan voor klant. CBBS is de arbeidsdeskundige ook verder niet tot hulp, omdat geen signaleringen worden gegenereerd in het gebied dat onder het op de FML aangegeven niveau ligt.

Als de verzekeringsarts daarentegen de FML invult afgaande op de mogelijkheden van de slechtst functionerende zijde ontstaat het probleem dat bij de voorselectie veel functies kunnen worden verworpen die potentieel geschikt zijn. Klant zal immers in het algemeen tot meer in staat zijn dan op de FML staat aangegeven. De mate waarin potentieel geschikte functies worden verworpen hangt samen met het verschil in mogelijkheden tussen de best en de

slechtst functionerende zijde en met de vraag of functies met een belasting tot het eerstvolgende of ook tot het daaropvolgende niveau (met signalering) worden gepresenteerd.

Een sluitende oplossing is voor dit vraagstuk niet te geven. Niet binnen CBBS, maar waarschijnlijk ook niet binnen elk ander enigszins vergelijkbaar systeem. Dat heeft ermee te maken dat CBBS databestanden vergelijkt door het niveau van elk onderdeel binnen het ene bestand te vergelijken met het niveau van het vergelijkbare onderdeel van het andere bestand. Bij het werken met twee handen/armen (of twee benen) speelt ook de interactie tussen links en rechts een rol. Die interactie wordt bij beperkingen met een links-rechts-verschil op een manier verstoord die niet uitsluitend kan worden uitgedrukt in de niveaus waarlangs CBBS vergelijkt. Dat is onder andere hieruit af te leiden dat klanten met een forse beperking aan één zijde zeer verschillende mogelijkheden hebben. Dit geldt in zijn algemeenheid altijd voor de relatiestoornis – beperking – handicap, maar vanwege het interactieaspect bij links-rechts-verschillen in grotere mate.

Bij een éézijdige beperking kan ook overbelasting van de andere ('normale') zijde ontstaan wanneer van die 'normale' zijde uitgegaan wordt van functioneren op het niveau van de referentiewaarde (die doorgaans gebaseerd is op gebruik in het dagelijks leven van beide lichaamszijden, in samenwerking of afwisselend).

Instructie voor het invullen van de FML

De best-practice oplossing is dat de verzekeringsarts een beperking aangeeft op een niveau dat tussen dat van de best en de slechtst functionerende zijde in zit.

In de praktijk zal vrijwel altijd kunnen worden volstaan met score 1. In een toelichting omschrijft de verzekeringsarts het links-rechts-verschil en geeft aan dat activiteiten waarvoor twee goed functionerende armen (of benen) een voorwaarde zijn, niet mogelijk zijn.

De score 'norm' kan alleen worden gegeven als het prestatieniveau van beide zijden samen op dat niveau (of hoger) ligt. Ook dan omschrijft de verzekeringsarts in een toelichting het links-rechts-verschil.

Zijn beide zijden beperkt met een score lager dan 1 dan houdt de verzekeringsarts het niveau van de best functionerende zijde aan – wat praktisch neerkomt op score 2.

De verschillen tussen individuele klanten zijn groot en dat geldt ook voor de verschillen in geautomatiseerde vergelijking en signalering tussen de beoordelingspunten van de FML. Daarom moet bovenstaande instructie worden gezien als een richtlijn die in de meeste situaties tot het beste resultaat leidt of in ieder geval tot een acceptabel resultaat – in termen van efficiënt gebruik van het systeem en voorkomen van verwerpen van potentieel geschikte functies.

De feitelijke gegevens kunnen aanleiding zijn om in afwijking van deze instructie bij bepaalde

beoordelingspunten op een ander niveau te scoren. De mate waarin klant in staat is gebleken het functieverlies te compenseren kan hiertoe bijvoorbeeld aanleiding zijn. Ook de omstandigheid of de dominante of de niet-dominante zijde (meer) beperkt is, is in dit verband van belang.

Tot slot kan een onverwachte of onbedoelde uitkomst aanleiding zijn de FML op onderdelen aan te passen. Dit zal met name het geval kunnen zijn wanneer CBBS bepaalde typen functies heeft verworpen waarvan werd verwacht dat die nu juist wel geschikt zouden zijn.

Aanpassen van de score op de FML betekent in dit geval niet dat de mogelijkheden van klant op een ander niveau worden vastgelegd, maar dat die op een voor het gebruik van CBBS adequatere wijze op de FML worden ingevuld. Uiteindelijk gaat het erom dat de motivering waarom een functie geschikt is, plausibel is in relatie tot hetgeen in de verzekeringsgeneeskundige rapportage staat beschreven.

Bij links-rechts-verschillen zal de arbeidsdeskundige alle voorgeselecteerde functies aan een nadere beschouwing moeten onderwerpen, ook als op voor dit aspect relevante beoordelingspunten geen signalering plaatsvindt.

3.3.5 Rolstoelafhankelijkheid

Als klant rolstoelafhankelijk is kan hij (vrijwel) niet lopen. De definitie van lopen luidt: het zich te voet verplaatsen. Uitgaande van deze definitie ontstaan bij het gebruik van CBBS de volgende problemen:

- De FML biedt niet de mogelijkheid volledig onvermogen in te vullen; de minimale score is 'sterk beperkt' (kan minder dan ongeveer 5 minuten achtereen lopen; mutatis mutandis geldt hetzelfde voor het beoordelingspunt lopen tijdens het werk);
- Als op de FML bij deze punten 'sterk beperkt' wordt ingevuld vervallen zeer veel functies, waarvan vele potentieel geschikt zijn.

Immers, voor rolstoelgebruikers geldt dat niet alleen sprake is van functieverlies maar ook van compensatiegedrag, in belangrijke mate mogelijk gemaakt door het hulpmiddel rolstoel. De rolstoelgebruiker kan weliswaar niet lopen, maar zich in het maatschappelijk verkeer in veel opzichten net zo goed verplaatsen als degene die wel kan lopen.

Om voor een rolstoelafhankelijke klant CBBS optimaal te gebruiken is het noodzakelijk de beoordelingspunten die op lopen betrekking te hebben te lezen als 'zich per rolstoel verplaatsen'. De verzekeringsarts scoort dan hoe lang achtereen klant zich per rolstoel kan verplaatsen (4.16 Lopen) respectievelijk het totaal aantal uren dat klant zich gedurende een volledige werkdag per rolstoel kan verplaatsen (4.17 Lopen tijdens het werk).

Voor het beoordelingspunt vervoer (2.10) is het verlies van de loopfunctie op zich niet relevant. De kern van dit beoordelingspunt is of klant in staat is zich zelfstandig te verplaatsen en niet de

manier waarop hij dat doet. Zo kunnen bijvoorbeeld mensen met een ernstige fobie meestal goed lopen, terwijl zij zich toch niet zelfstandig over straat kunnen begeven. Veel rolstoelgebruikers kunnen dat wel.

Alleen als klant-rolstoelgebruiker binnen de gebruikelijke tijd de werkplek niet kan bereiken geeft de verzekeringsarts hier een beperking aan.

In geval van rolstoelafhankelijkheid geldt voor diverse andere beoordelingspunten dat sprake is van (vrijwel) volledig onvermogen (o.a. staan, knielen, hurken). De optie 'sterk beperkt' schetst dan een te positief beeld van de mogelijkheden van klant.

In al dit soort situaties is een nadere specificatie van de (on)mogelijkheden van klant door middel van een toelichting vereist.

In de rapportage van de verzekeringsarts moeten zaken als transfers en andere specifieke aspecten uitvoerig belicht en toegelicht worden.

Van de arbeidsdeskundige mag worden verwacht dat hij de bij de voorselectie gepresenteerde functies altijd beoordeelt op geschiktheid en toegankelijkheid voor een rolstoelgebruiker, waarbij hij tevens rekening houdt met klant specifieke aspecten, zoals beschreven in de verzekeringsgeneeskundige rapportage.

Vaak zal aanvullend overleg tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige nodig zijn.

3.3.6 Geven van een toelichting

CBBS genereert bij de vergelijking van de mogelijkheden van klant met de functie-eisen een aantal signaleringen. Deze signaleringen hebben tot doel de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts erop te wijzen dat belasting en belastbaarheid mogelijk niet op elkaar aansluiten en dat daarom aan het betreffende beoordelingspunt gericht aandacht moet worden besteed.

De signaleringen vergemakkelijken het beoordelen van de geschiktheid van functies in zoverre dat het systeem de aandacht vestigt op een mogelijke discrepantie, waar anders punt voor punt handmatig eventuele discrepanties zouden moeten worden onderkend.

In CBBS zijn een aantal opties ingebouwd voor het geven van een toelichting, namelijk:

- Een toelichting bij dit beoordelingspunt is verplicht
- Een toelichting bij dit beoordelingspunt is optioneel
- Een toelichting bij dit beoordelingspunt is niet mogelijk

Deze laatste optie is voornamelijk aan de orde als de functionele mogelijkhedenlijst aangeeft dat er geen beperkingen zijn. In die situatie is het niet mogelijk om een toelichting te geven, omdat het dan vaak gaat om een beperkende toelichting. In die situatie zal altijd '(licht) beperkt'

moeten worden aangegeven met een toelichting tot wat mogelijk is.

Bij beoordelingspunten waar toelichting optioneel is, geldt dat in een aantal gevallen een signalering uitsluitend het gevolg kan zijn van een toelichting door de verzekeringsarts op de FML. De verzekeringsarts moet zich, gelet op de nadelen verbonden aan de signaleringen die het gevolg zijn van zijn toelichtingen, twee dingen afvragen:

1. Is de toelichting als aanvulling op wat de FML als standaard vermeldt wel zinvol?
2. Is de FML wel de beste plek voor de informatie die de toelichting vermeldt?

Ook al kan er een goede reden zijn om de mogelijkheden van klant niet op een standaardniveau in te schatten, de verzekeringsarts zal zich altijd moeten afvragen of daarmee niet te veel een schijnnaauwkeurigheid in de oordeelsvorming wordt gesuggereerd.

Een tweede belangrijk aandachtspunt is of de informatie, die in de vorm van een toelichting op de FML kan worden gegeven, niet even goed of beter onderdeel kan uitmaken van de beschrijving van de belastbaarheid van klant in de beschouwing van de rapportage. Daarvoor zijn in algemene zin twee goede redenen:

1. De beschouwing behoort een goed en compleet beeld te geven van de belastbaarheid. Het is daarom niet gewenst om elders (i.c. op de FML) informatie weer te geven die een wezenlijk onderdeel van de beschouwing behoort uit te maken.
2. De essentie van CBBS als hulpmiddel bij de claimbeoordeling is het selecteren van potentieel geschikte functies en het verwerpen van evident ongeschikte functies. Toelichtingen hebben geen enkele invloed op die selectie en er is wat dat betreft dan ook geen noodzaak om aanvullende gegevens in de vorm van toelichtingen op de FML te vermelden*.

* In het verleden is betoogd dat het voor de hand ligt om bij elkaar behorende gegevens ook bij elkaar te zetten. Ofwel: aspecten die specifiek een bepaald beoordelingspunt betreffen juist in een toelichting op de FML te vermelden. **Nu het inzicht is gegroeid dat een verdergaande detaillering van het beschrijven van de mogelijkheden van klant dan op de FML kan worden weergegeven meestal niet gewenst is en dat het schetsen van een totaalbeeld van klant des te noodzakelijker is om richting te kunnen geven aan de beoordeling door de arbeidsdeskundige**, blijft het vermelden van een toelichting op de FML grotendeels beperkt tot die beoordelingspunten waarvoor geldt dat een toelichting verplicht is om de aard van de beperking duidelijk te maken (bijvoorbeeld: zien: beperkt, namelijk...).

Er is dus alle aanleiding, zowel vanuit professionele invalshoek als vanuit overwegingen van een 'zuiver' gebruik van CBBS, om ervoor te zorgen dat de beschouwing bepalend is voor het beeld van de mogelijkheden van klant. Daarbij gaat het om een schets op hoofdlijnen met accenten op die aspecten die kritisch zijn voor de bepaling van de arbeidsmogelijkheden. In dat geval is de FML niet zozeer een meer gedetailleerde uitwerking van de mogelijkheden van klant, maar vooral het hulpmiddel dat, binnen de kaders van CBBS, een scherpe selectie van

potentieel geschikte functies mogelijk maakt. De aldus geselecteerde functies moeten primair aan het in de beschouwing geschetste beeld van klant worden getoetst. Als de overwegingen er dan toe leiden dat een functie voor klant geschikt wordt bevonden kan als laatste stap een toets plaatsvinden aan de hand van de door CBBS gegenereerde signaleringen. De beoordeling van die signaleringen – in ieder geval van die welke hun oorsprong vinden in een overschrijding van het op de FML vastgelegde niveau – kan ook pas in dit stadium plaatsvinden. Die beoordeling is namelijk alleen goed mogelijk in de context van een goed beeld van zowel de essentie van de mogelijkheden en kenmerken van klant als de essentie van de functie-eisen.

Op basis van bovenstaande overwegingen luidt de instructie dan ook:

- dat de verzekeringsarts alle informatie van belang voor het schetsen van een beeld van de mogelijkheden van klant onder de beschouwing van de rapportage moet onderbrengen;
- dat de verzekeringsarts het gebruik van toelichtingen op de FML, waar deze niet verplicht is, zo veel mogelijk moet beperken tot de velden waar dat noodzakelijk is.

3.3.7 Conditie, constitutie en het vermogen vaardigheden te ontwikkelen

Inleiding

Een discussie die met enige regelmaat wordt gevoerd is die rondom de vraag of met bepaalde kenmerken van klant die niet voortvloeien uit ziekte of gebrek rekening moet worden gehouden bij de beoordeling van de geschiktheid van een functie. De vraag die daaruit voortvloeit is of de invloed van dergelijke kenmerken op het functioneren van klant op de FML tot uitdrukking moet komen.

De vraag dringt zich nog sterker op omdat de FML uitgaat van referentiewaarden als maatstaf voor de mogelijkheden tot functioneren in het dagelijks leven van mensen die tot de beroepsbevolking behoren. De referentiewaarden zijn op een vrij laag niveau bepaald, omdat in beginsel ieder gezond persoon tussen de 16 en de 65 jaar (zie 3.2.2) geacht wordt op het niveau van de referentiewaarden te kunnen presteren.

De vraag is dan ook relevant of aspecten die geen verband houden met ziekte of gebrek aanleiding kunnen geven tot het vaststellen van beperkingen ten opzichte van dit normale niveau van functioneren.

Wettelijke context

In de Nederlandse arbeidsongeschiktheidswetgeving is (het krijgen van) ziekte of gebrek als zodanig niet verzekerd, noch (het krijgen van) eventueel daaruit voortvloeiende handicaps. Wel verzekerd is het verlies van verdienvermogen dat het gevolg is van ziekte of gebrek. Om dit vast te stellen beoordelen we wat iemand op de reguliere arbeidsmarkt kan verdienen en hoe

zich dat verhoudt tot wat hij voorheen kon verdienen, gegeven de kenmerken die hij heeft, welke worden samengevat als zijn krachten en bekwaamheden.

Onder de 'krachten' vallen eventueel ook beperkingen die niet voortvloeien uit ziekte of gebrek. De stelling dat dergelijke kenmerken niet verzekerd zijn en dat er daarom geen rekening mee moet worden gehouden bij het opstellen van de FML is dus niet juist. Dat dergelijke kenmerken op zich niet verzekerd zijn (geen deel uitmaken van het verzekerd object) is juist. Zij maken echter wel deel uit van het geheel van klantkenmerken dat bepalend is voor het verzekerd object i.c. hetgeen iemand voorheen kon verdienen. Deze kenmerken kunnen dan niet, op het moment dat het eventuele verlies aan verdienvermogen moet worden vastgesteld, buiten de beoordeling worden gelaten. Er zouden dan in feite verschillende grondslagen worden gehanteerd voor het bepalen van het verdienvermogen vóór respectievelijk na het optreden van de schade.

Conditie

Het begrip conditie kan twee verschillende achtergronden hebben:

1. Conditie gerelateerd aan ziekte of gebrek. Van een verminderde conditie kan sprake zijn bij een infectie die heftig verloopt of bij een chronisch, al dan niet stabiel ziekteproces. Bijvoorbeeld een verminderde conditie bij reumatoïde artritis, bij kanker, maar bijvoorbeeld ook bij een langer durende depressie.
2. Conditie zoals gehanteerd in het dagelijks spraakgebruik: we spreken van een goede of slechte conditie. Of iemand een goede conditie heeft hangt vaak samen met enerzijds de mate van algeheel welbevinden ('het gaat goed met mij'), anderzijds met de mate waarin hij is getraind (waarbij de hoeveelheid lichaamsbeweging en activiteiten als fitness, training en sport een rol spelen).

In eerstgenoemde situatie kan de verminderde conditie beperkingen in het dagelijks leven met zich meebrengen, waarmee de verzekeringsarts rekening moet houden bij het opstellen van de FML.

In de tweede situatie kan ook sprake zijn van een zekere mate van beperkt functioneren in het dagelijks leven of ten opzichte van het voormalig niveau van functioneren. Hier hoeft echter bij het vastleggen van de functionele mogelijkheden geen rekening mee te worden gehouden. De eventuele beperkingen zijn nogal betrekkelijk en niet het gevolg van 'niet kunnen' maar hangen vaak samen met gebrek aan lichaamsbeweging, gewenning en passiviteit. Klant is in staat wat aan zijn conditie te doen en kan zo zijn mogelijkheden om te functioneren te vergroten. Daarbij zal er veelal weinig voor nodig zijn om in ieder geval het niveau van het normale functioneren te bereiken.

Concreet betekent dit dat de verzekeringsarts in laatstgenoemde situatie geen beperking ten opzichte van de referentiewaarde hoeft aan te geven.

De vraag kan worden gesteld in hoeverre de arbeidsdeskundige rekening moet houden met een (beroep op een) slechte conditie van klant bij de beoordeling van functies met een belasting boven de referentiewaarde.

De arbeidsdeskundige kan zich voor die beoordeling immers mede oriënteren op de activiteiten die klant doorgaans privé onderneemt (zie hoofdstuk 3.2 Alles rondom referentiewaarden). Dit laatste moet echter niet zo worden geïnterpreteerd dat een relatief laag activiteitsniveau (bijvoorbeeld als gevolg van een matige conditie) op zich voor de arbeidsdeskundige aanleiding kan zijn een functie te verwerpen. Ook de arbeidsdeskundige moet ervan uitgaan dat van klant verwacht mag worden dat hij zo nodig zijn activiteitsniveau verhoogt. De arbeidsdeskundige moet dus kritisch omgaan met hetgeen klant hem over zijn functioneren vertelt.

Samengevat speelt een slechte conditie bij de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden alleen een rol als de verzekeringsarts oordeelt dat er een relatie is met ziekte of gebrek en dat de mogelijkheden van klant daardoor beperkt zijn. Door klant ervaren belemmeringen als gevolg van een slechte conditie anderszins zijn voor de verzekeringsarts geen grond om beperkingen ten opzichte van de referentiewaarden aan te geven.

Constitutie

Een ander woord voor constitutie is gestel. Ofwel: het geheel van eigenschappen van het organisme die men als een eenheid beschouwt. Onder constitutie verstaan we dan ook niet alleen persoonskenmerken die te maken hebben met het lichamelijk functioneren, maar ook persoonskenmerken die te maken hebben met het psychisch en sociaal functioneren. Een andere veel gebruikte term is ook 'zo-zijn'.

Voor het begrip constitutie geldt onverkort wat hierboven onder wettelijke context naar voren is gebracht. Bij het opstellen van de FML wordt dus ook rekening gehouden met die eigenschappen die leiden tot een niveau van functioneren dat ligt onder het niveau van de referentiewaarden. De vraag of een bepaalde eigenschap samenhangt met ziekte is dan in dit verband een academische.

Voorbeeld 1

Een lichaamslengte van 130 cm beschouwen wij voor een volwassen persoon als abnormaal en kan in die zin als een gebrek worden betiteld. Het antwoord op de vraag waar de grens ligt valt niet te geven. Dat is ook niet relevant als het gevolg van de beperkte lichaamslengte in termen van functioneren centraal staat en niet de lichaamslengte als zodanig.

Voorbeeld 2

Iemand wordt in zijn persoonlijk functioneren gekenmerkt door een rigide opstelling. Hij heeft het dagelijks leven zo vormgegeven dat hij daarvan eerder gemak dan hinder ondervindt. Hij

zal echter geen werk kunnen doen waarbij bijvoorbeeld intensief moet worden samengewerkt. De vraag of wij mogelijk te maken hebben met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis of dat 'slechts' sprake is van een 'zo-zijn' is voor het beantwoorden van de vraag of wij met de geconstateerde beperkingen rekening moeten houden niet relevant.

Samengevat houdt de verzekeringsarts bij het opstellen van de FML rekening met alle constitutionele eigenschappen.

Vermogen vaardigheden te ontwikkelen

De arbeidsdeskundige betreft bij de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden op twee niveaus de bekwaamheden van klant:

1. de bekwaamheden waarover klant moet beschikken om aan de aanvangseisen van een functie te voldoen;
2. de bekwaamheden waarover klant moet kunnen beschikken om een functie (op termijn) goed te kunnen blijven uitoefenen.

Voorbeeld

Aan de functie van magazijnbediende kan de eis worden gekoppeld dat hij in staat moet zijn een heftruckrijbewijs te halen. Bij zijn beoordeling of de functie geschikt is betreft de arbeidsdeskundige of klant, gelet op opleiding, ervaring en reeds verworven bekwaamheden in staat is dit rijbewijs te halen.

Het vermogen om dergelijke vaardigheden te ontwikkelen wordt in eerste instantie bepaald door vast te stellen of klant over de vereiste opleiding, ervaring en overige bekwaamheden beschikt die nodig zijn om deze nieuwe vaardigheden te ontwikkelen. Dat klant, gelet op zijn mogelijkheden in staat is, zoals in het voorbeeld, een heftruck te besturen, is onvoldoende om de functie geschikt te achten, ook al heeft klant geen beperkingen die hem hinderen bij het besturen van een heftruck.

Het vermogen om dergelijke vaardigheden te ontwikkelen kan wel medebepaald worden door de beperkingen van klant. De arbeidsdeskundige betreft relevante beperkingen zo nodig bij zijn oordeelsvorming.

Voorbeeld

Voor het volgen van een cursus zal in het algemeen een redelijke tot goede concentratie vereist zijn.

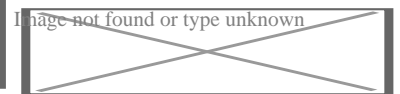
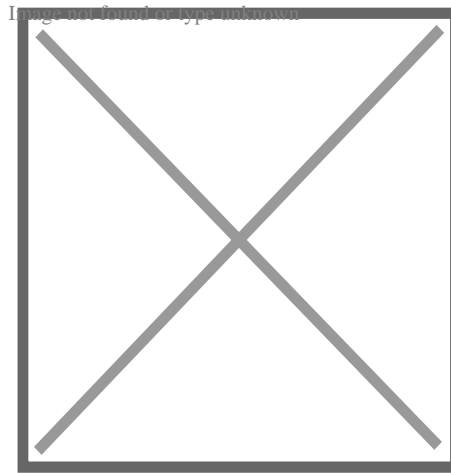
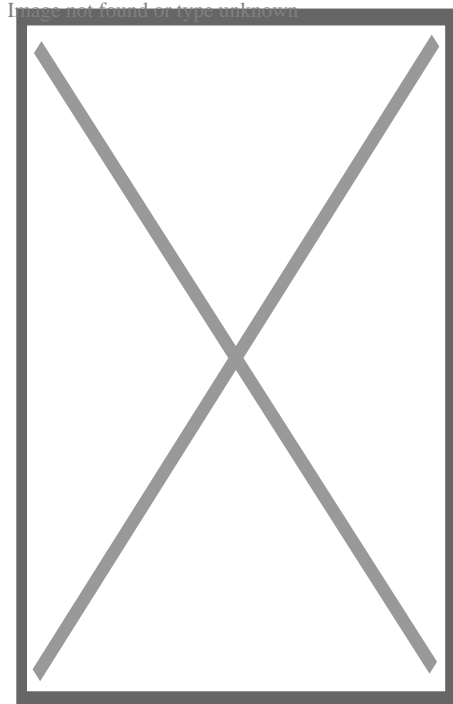
Het betreft hier klantkenmerken die ter beoordeling staan van de arbeidsdeskundige. De verzekeringsarts spreekt zich dus niet uit over het vermogen vaardigheden te ontwikkelen, omdat dit, voor zover bepaald door de beperkingen van klant, daarvan een afgeleide is.

- I. In beginsel geldt dat klant, gelet op opleiding, ervaring en reeds verworven bekwaamheden, ten minste in staat moet zijn om aan de aanvangseisen van een functie te voldoen. Als klant zich daartoe nog vaardigheden moet eigen maken en dus pas op termijn aan de aanvangseisen van een functie kan voldoen, is de functie op het moment van de beoordeling niet geschikt.
- II. Met de wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten per 1 oktober 2004 is een uitzondering gemaakt voor twee vaardigheden:
- III. Mondelinge beheersing van de Nederlandse taal. Hieronder wordt verstaan: het verstaan en spreken van de Nederlandse taal voor zover dit nodig is bij functies waarvoor geen opleiding dan wel een opleidingsniveau tot afgerond basisonderwijs is vereist.
- IV. Eenvoudig computergebruik. Hieronder wordt verstaan: het bedienen van computerapparatuur voor zover dit nodig is bij functies waarvoor geen opleiding dan wel een opleidingsniveau tot afgerond basisonderwijs is vereist en waarvoor geen schriftelijke taalbeheersing nodig is.
- V. Als een klant niet over deze vaardigheden beschikt kan de arbeidsdeskundige een functie waarvoor dergelijke vaardigheden zijn vereist dus wel voor de schatting gebruiken.

Samengevat beoordeelt de arbeidsdeskundige het vermogen van klant vaardigheden te ontwikkelen voor een (uiteindelijk) goede uitoefening van een functie. De verzekeringsarts spreekt zich hierover niet afzonderlijk uit. De arbeidsdeskundige gaat na in hoeverre de beperkingen van klant van invloed zijn op de mogelijkheid om een specifieke vaardigheid te ontwikkelen.

Bijlage 1

inhoudsopgave



Datum

27 maart 2022

Auteur

Flora van den Berg