

LISV Richtlijn Medisch AO-criterium (MAOC), snelzoekversie

MAOC, Richtlijn september 1996

De gehele richtlijn is te vinden op: https://www.nvvg.nl/files/1152/06_MAOC_Lisv.pdf

Inhoudsopgave:

1. Inleiding

- 1.1. Voorgeschiedenis
- 1.2. Doel richtlijn
- 1.3. Ontstaanswijze
- 1.4. Inhoud

2. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium

3. Betekenis voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

- 3.1. Dubbele betekenis: ongeschiktheid en geschiktheid
- 3.2. Analyse medisch arbeidsongeschiktheids criterium

4. Bijzondere aandachtspunten

- 4.1. Diagnose
- 4.2. Relatie sociale en arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid als uitvloeisel van ziekte of gebrek
- 4.3. Het begrip objectief
- 4.4. Het begrip consistent
- 4.5. Het begrip oorzaak
- 4.6. Problematiek rond 'moeilijkobjectiveerbare' aandoeningen
- 4.7. Onderscheid niet kunnen/niet willen
- 4.8. Beoordeling psychiatrische/psychische aandoening
- 4.9. Wel kunnen, niet mogen: tot schade van de gezondheid werken

5. Samenvatting

- .1. Terreinbeschrijving
- 5.2. Betekenisgeving
- 5.3. Begrippen
- 5.4. Interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium
- 5.5. Aandachtspunten

Bijlagen: Begrippen in de richtlijn (definiëring) Literatuurverwijzingen

In snelzoekversie uitgelicht:

2. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip luidt als volgt:

‘Arbeitsongeschikt, 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 ‘arbeitsongeschikt ... 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 arbeidsongeschiktheidscriterium 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.....

Deze richtlijn beperkt zich tot het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium.

3. Betekenis voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

3.2. Analyse van artikel 18 lid 1 WAO;

1. Arbeitsongeschikt 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.

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

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 wel 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.

De ongeschiktheid moet een **gevolg zijn van ziekte of gebrek**, en niet anderszins, dus niet vanwege werkloosheid, onvoldoende kwaliteiten, etc.

Over medicalisering

...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.

Er dient sprake te zijn van een stoornis in het menselijk organisme, met een

vermindering van de persoonlijke autonomie. 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 álle niveaus van het mens-zijn onderzocht heeft. Dit zijn;

- stoornissen op het niveau van het lichamelijk en geestelijk 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.

ad 3. Dit gevolg moet vaststelbaar zijn

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. Op het niveau van de;

- stoornissen presenteert de cliënt gezondheidsklachten (pijn, moeheid etcetera),
- beperkingen presenteert hij klachten over activiteiten (niet genoeg meer kunnen zitten, staan, lopen, relaties onderhouden),
- handicap presenteert de cliënt klachten over sociale rollen (verlies van werk, hobby's, 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

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. 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.

ad 5. Dit vaststellen moet objectief zijn

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.

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 vóór onderstellingen 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

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 voorkomend 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.

4.3. Het begrip objectief

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 artsen, collega's of werkgever. Indien de verzekeringsarts aan essentiële waarnemingen blijft twijfelen kan hij een collega inschakelen of een deskundigenonderzoek 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 aantonen. 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 aanmerking nemende, niet altijd nodig is een somatische of psychische oorzaak van de klachten aan te tonen. In twee uitspraken merkt de

CRvB op 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.

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 leiden. 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 gebreken.

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 afsprekt en in zijn rapportage vastlegt. Genoemde aspecten spelen vooral bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de ZW,

ontslagtoetsen en WW-sancties.

Datum

09 januari 2022

Auteur

Flora van den Berg