

## Dagverhaal

De Standaard Onderzoeksmethoden, oktober 2000, van het LISV (zie ook: [https://www.nvvg.nl/files/1154/08\\_Onderzoeksmethoden\\_Lisv.pdf](https://www.nvvg.nl/files/1154/08_Onderzoeksmethoden_Lisv.pdf)) is expliciet gericht op het onderzoeken van mogelijkheden van een werknemer en sluit daarbij aan op het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) en andere standaarden. Dit betekent dat de Standaard is toegesneden op onderzoek van de mogelijkheden om te functioneren en niet op de verklaring van het ziektebeeld.

Het gaat dus om belastbaarheid, maar hoe onderzoekt een bedrijfsarts of verzekeringsarts die?

Doel van een medisch onderzoek door een verzekeringsarts is om aanvullend op de beschikbare gegevens en mededelingen van de cliënt een beeld te vormen van de mogelijkheden tot functioneren en de plausibiliteit en consistentie van de gegevens/informatie te toetsen.

Elementen van een onderzoek door de verzekeringsarts volgens de standaard:

- Observaties
- Gerichte anamnese
- Lichamelijk onderzoek

De **anamnese** is een gesprek waarin vragen over de geschiedenis van de problemen, stoornis of aandoening aan de 'patiënt zelf' worden gesteld. De anamnese is de ziektegeschiedenis, zoals die kan worden afgeleid uit mededelingen van de patiënt, of –als hij daartoe niet in staat is– uit mededelingen van anderen. De anamnese komt meestal tot stand door een vraaggesprek met de arts en behoort behalve vragen over de specifieke klachten (speciële anamnese) ook vragen in te houden van meer algemene aard (algemene anamnese).

Op de site van het UWV staat over het gesprek bij de verzekeringsarts:

[\(Op gesprek bij UWV | UWV | particulieren | UWV | Particulieren\)](#)

De verzekeringsarts beoordeelt uw klachten door met u in gesprek te gaan. Het gesprek duurt ongeveer een uur. Hij stelt u tijdens het gesprek een aantal vragen, bijvoorbeeld: wat voor activiteiten doet u? Heeft u hobby's? Heeft u veel of weinig contact met familie en vrienden? Kunt u zelfstandig wonen? Als het nodig is, doet hij ook een kort, lichamelijk onderzoek. Misschien vraagt de verzekeringsarts of hij mag overleggen met uw huisarts of specialist. Maar dat doet hij alleen als u hier toestemming voor geeft.

Zoekend in de Standaard Onderzoeksmethoden kom ik (de rol van) het dagverhaal in het

---

onderzoek niet uitgewerkt tegen. In de rapportages van de verzekeringsarts zie ik wel flarden van het dagverhaal/algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) terugkomen, maar zelden in een beschouwing/weging. Het is altijd moeilijk te achterhalen hoe de afweging is geweest, en of de verzekeringsarts het dagverhaal heeft uitgevraagd en op welke wijze. Dat is jammer want het dagverhaal heeft ook betekenis voor de arbeidsdeskundige. Als arbeidsdeskundige gebruik ik het in gesprekken bijna altijd, om de brug te slaan van bezigheden en belasting thuis naar werk. Je kunt de Functionele Mogelijkheden Lijst heel makkelijk vertalen in bv. een pak melk uitschenken, het journaal kijken en de schoenen aantrekken en op die manier de gezette kruisjes een betekenis geven in een genuanceerde context.

Het belang van het uitvragen van een dagverhaal, dan wel een omschrijving van de mogelijkheden en beperkingen in ADL, is onder verzekeringsartsen geregeld een discussiepunt. De antwoorden van de werknemer zijn namelijk niet altijd compleet of juist, of vanuit het juiste perspectief verwoord. Het kan een klachtcontingente uiteenzetting zijn, die te weinig objectiveerbaar is. Dat is waar, maar desondanks kun je MAOC en het dagverhaal goed aan elkaar koppelen, als de interviewer doorvraagt en de juiste vragen stelt. Het uitvragen, gedurende het gesprek, zonder veel nadruk, kan een bijdrage leveren aan de toets die er moet komen wat betreft consistentie en plausibiliteit, die naast objectiveerbaarheid in MAOC de hoofdrol spelen. Het geeft de werknemer ook het idee dat hij wordt gehoord, dat het gaat om hem en wat hij nog kan.

Bedrijfsartsen zie ik niet vaak een dagverhaal vastleggen, maar ze zullen het wel geregeld gericht uitvragen. Immers, de bedrijfsarts heeft een Inzetbaarheidsprofiel in te vullen. De verzekeringsarts is de specialist wat betreft het vaststellen van de belastbaarheid middels een Functionele Mogelijkheden Lijst. Samen leveren zij de arbeidsdeskundige aan wat de werknemer medisch gezien zou moeten kunnen. Daar zit hun specifieke expertise, het beoordelen van de functioneringsmogelijkheden. Het dagverhaal kan niet ontbreken en zou in de samenwerking tussen arts en arbeidsdeskundige zelfs een verbindende rol kunnen spelen.

Lastig is het hoe het dagverhaal samengaat met de privacyregels. Dat is wel oplosbaar, maar dat vergt wat handigheid en vooral de wil om breder te kijken dan de Functionele Mogelijkheden Lijst enerzijds en het klachtenverhaal van de werknemer anderzijds met een diagnose en medische toelichting via informatie van de behandelaar.

Al langere tijd neem ik wat basisgegevens van het dagverhaal die voor de arbeidsdeskundige relevant zijn op in het arbeidsdeskundig conceptrapport, bijvoorbeeld over autorijden of motorische vingervaardigheden als een rijstkorrel pakken, de mobiel bedienen of het journaal kijken. Alleen met toestemming van de werknemer blijft deze informatie staan in de definitieve rapportage. Als ik het niet opneem mist de werknemer vaak een samenhang, die er in het gesprek wel was. Zo wordt mij ook steeds gevraagd waarom er in het rapport van de arbeidsdeskundige en het verzekeringsgeneeskundig rapport niet staat wat hen mankeert. Poets ik het dagverhaal later weg in het definitieve rapport om privacyredenen dan is dat geen probleem. Meestal blijft het (met toestemming van de werknemer) staan.

Mijns inziens is het een grote verarming als die belangrijke verbinding mist in de gesprekken en rapporten. Het arbeidsdeskundig onderzoek wordt meestal erg procesmatig en kaal opgeleverd. Zeker ook tot irritatie van werkgevers. Daarnaast moet ik als arbeidsdeskundige zonder gesprekken over het dagverhaal blind varen op het hulpmiddel, de Functionele Mogelijkheden Lijst. Bij klachten bv. als gevolg van niet aangeboren hersenletsel (NAH) is dat een ontoereikend hulpmiddel.

In de praktijk zie ik dat artsen niet de tijd nemen of kunnen nemen om het dagverhaal goed uit te vragen. Zo rijdt een werknemer die zijn rijbewijs niet kwijt wil volgens de verzekeringsarts nog auto, terwijl hij al meer dan een jaar niet gereden heeft. De aanvulling “ja maar, dat doe ik op een aangepaste manier, in tien stappen, alleen als ik er een uur de tijd voor neem” komt soms niet aan bod, of pas in een bezwaarprocedure. Andersom, de subtiele tussenvragen die oplossingen maar ook mogelijkheden, vermijding en omwegen tonen, mis ik geregeld. Niet alleen de verzekeringsarts maar ook de werknemer moet de vragen en antwoorden niet uit de losse pols stellen of geven. Hier kunnen misverstanden ontstaan met soms grote gevolgen. Werknemers zijn zich niet bewust van de gevolgen van het weglaten van het “ja maar”.

Het uitvragen van een dagverhaal is onder andere specialisten/artsen minder gewoon. Revalidatieartsen zijn bezig met functionele mogelijkheden in ADL, huisartsen en geriater/artsen ouderengeneeskunde in beperkte mate. De overige artsen/specialisten worden er niet voor opgeleid en hoeven dat ook niet verder te beheersen dan hun eigen specialisatie. Daarbij kijkt een longarts, cardioloog of orthopeed, net als vele collega's, vaak liever, in ieder geval eerst, naar scans en andere meetwaarden. Evidence-based gaat voor.

Het UWV heeft een tekort aan artsen. Er komt dus nieuwe instroom. Mijn hoop is dat zij conform de Standaard bereid zijn het dagverhaal te gaan gebruiken, en vooral dat ze leren wat daar allemaal voor interessants voorbij komt aan oplossingen, of comorbiditeit. Naast observeren hoort vragen stellen over ADL tot het basisonderzoek van de verzekeringsarts. In ieder geval volgens het UWV zelf. En bij gebrek aan tijd zou dit ook door arbeidsdeskundigen uitgevraagd kunnen worden. Het is immers geen specifiek medisch onderwerp, en een ervaren arbeidsdeskundige heeft ook de kennis om dit gericht uit te vragen en het belang te zien.

Als arbeidsdeskundige ben ik niet medisch geschoold, maar spreek ik met zieke mensen over hun ziekte en de gevolgen daarvan. Van oorzaken weet ik niets, diagnoses geven me een indicatie. Ik heb wel een beeld gekregen van de stadia, de soorten behandelingen, de beperkingen in ADL, in werk, en de prognose van het ziektebeeld. Het dagverhaal heeft mij veel geleerd, net zoals bereidwillige bedrijfs- en verzekeringsartsen die mijn gerichte vragen wilden beantwoorden en dat deden in belang van werkgever en werknemer en in overeenstemming met alle regels omtrent privacy.

Uiteindelijk is de samenwerking arts-arbeidsdeskundige mijns inziens belangrijk. Er is geen regel te vinden die toestaat dat een re-integratie- of een WIA-beoordeling in gesplitste onderzoeken plaatsvindt. Het zijn multidisciplinaire onderzoeken, juridisch-medisch-arbeidskundig.

Jaren geleden maakte ik een checklist met bezigheden in ADL, gekoppeld aan de Functionele Mogelijkheden Lijst voor arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen. Deze komt binnenkort beschikbaar.

**Datum**

09 januari 2022

**Auteur**

Flora van den Berg