

## Aan de directies van de uitvoeringsinstellingen

Dames en heren,

Hierbij bieden wij u de verzekeringsgeneeskundige standaard 'verminderde arbeidsduur' aan. De standaard geeft richtlijnen voor het door de verzekeringsarts aannemen van vanwege ziekte of gebrek verminderde duur van de inzetbaarheid in arbeid. De standaard beoogt de huidige praktijk te normeren en beter toetsbaar te maken. De ontwikkeling heeft drie jaar geduurd en legt in grote lijnen de huidige 'the state of the art' vast. Zoals gebruikelijk is de standaard opgezet door een werkgroep praktiserende verzekeringsartsen en één bedrijfsarts op verzoek van het Platform Verzekeringsgeneeskunde. Het initiatief berustte oorspronkelijk bij een ICT-groep (onderlinge toetsing) in Amsterdam. De ontwikkeling heeft in nauwe samenspraak met het veld en betrokken andere partijen waaronder patiënten-organisaties plaats gevonden.

Conform de afspraken die gemaakt zijn tijdens de twee conferenties over de kwaliteit van de claimbeoordeling in het najaar van 1999 is voorzien in een korte samenvatting die u op bladzijde 11 aantreft.

De standaard benadrukt de noodzaak telkens na te gaan in hoeverre een cliënt *in het algemeen* zou kunnen functioneren. Het is dus niet de bedoeling de beoordeling te baseren op een gerealiseerde parttime werkhervatting, zoals in de praktijk wel gebeurt. Telkens zal de verzekeringsarts zich moeten afvragen in hoeverre de cliënt in staat zou zijn *voltijds* te functioneren in *gangbare arbeid*. Het theoretische aspect van die benadering maakt de beoordeling niet altijd even eenvoudig; de bedoeling is dat de standaard in dergelijke omstandigheden enig houvast biedt. De standaard vult daarmee de lacune tussen geschiktheid voor de normale arbeidsduur en volledige ongeschiktheid op verzekeringsgeneeskundige gronden conform de standaard '*geen duurzaam benutbare mogelijkheden*' uit 1996 (Mededeling M.96.97).

De standaard is een hulpmiddel bij het invullen van de rubriek 'afwijkend arbeidspatroon' op het FIS-belastbaarheidspatroon. Tevens kan de standaard gebruikt worden bij de beoordeling van de vraag of een cliënt 'arbeidsgehandicapt' is. Dat is namelijk het geval bij ongeschiktheid om - in het algemeen - voltijds te werken.

De standaard geeft geen criteria voor de beoordeling van de geschiktheid méér dan normale arbeidsduur werkzaam te zijn. Na veel discussie is besloten een onderscheid te maken tussen mogelijkheid om gemiddeld ongeveer 2, ongeveer 4 en ongeveer 6 uur per dag in arbeid te kunnen functioneren. De casuïstiek is op verzoek van de uitvoering toegevoegd en als beeldvorming bedoeld, niet als sjabloon voor het kunnen aannemen van een verminderde arbeidsduur in al deze situaties.

Aangezien de standaard 'the state of the art' vastlegt menen wij dat er geen meerkosten aan de uitvoering verbonden hoeven te zijn afgezien van instructie. Op onze vraag hierover aan de uitvoeringsinstellingen en sectorraden heeft ons hier ook geen concrete andere indicatie over bereikt. Derhalve achten wij invoering per 1 juni 2000 mogelijk.

Het Lisv zal de implementatie van de standaard volgen via de nog dit voorjaar te houden regionale discussiebijeenkomsten met de perifere stafmedewerkers.

Hoogachtend,

drs. R. de Groot,  
directeur

bijlage

# Verminderde arbeidsduur standaard

Januari 2000

## **Colofon**

Uitgave

**Landelijk instituut sociale verzekeringen**

Postadres

**Postbus 74765**

**1070 BT Amsterdam**

Bezoekadres

**Gebouw Metropolitan**

**Buitenveldertselaan 3**

**1082 VA Amsterdam**

Internet adres

**[www.lisv.nl](http://www.lisv.nl)**

Algemeen telefoonnummer

**020 504 75 00**

## Verminderde arbeidsduur

### Verzekeringsgeneeskundige standaard

Deze standaard is in opdracht van het Lisv ontwikkeld door  
P.M.M. Gallee, bedrijfsarts, BGD VU Ziekenhuis  
S. Knepper, verzekeringsarts, Lisv  
W.C. Otto, verzekeringsarts, Cadans  
J. Schipper, verzekeringsarts, WOSM.  
R.J. van den Oever, GUO.  
De eindredactie lag in handen van W.C. Otto.

Januari 2000

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Kern van de standaard</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Voorgeschiedenis en totstandkoming van de standaard</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Probleemstelling</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Literatuuroverzicht en -bespreking</b>	<b>9</b>
<b>5.1</b>	Gegevens	9
<b>5.2</b>	Bespreking	10
<b>6.</b>	<b>Toelichtend deel van de standaard</b>	<b>11</b>
6.1	Doel van de standaard	11
6.2	Kaders en definities	11
6.3	Vertrekpunt	12
6.4	Uitgangspunt	13
6.5	Onderzoek en weging van gegevens	13
6.5.1	Onderzoek - algemeen	13
6.5.2	Onderzoek - specifiek	13
6.5.3	Weging van gegevens	16
6.6	Indicaties	17
<b>I.</b>	<b>Energetisch</b>	<b>17</b>
<b>II.</b>	<b>Beschikbaarheid</b>	<b>17</b>
<b>III.</b>	<b>Preventief aspect</b>	<b>18</b>
6.7	Mate van beperking in arbeidsuren	18
6.8	Rapportage	20
6.9	Tijdelijke beperking in arbeidsuren	21
<b>7.</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>22</b>
7.1	Bijlage I: beoordelingstraject	22
	<b>Fase 1: hypothese beperking in arbeidsuren</b>	<b>22</b>
	<b>Fase 2: toetsing van de hypothese</b>	<b>22</b>
	<b>Fase 3: besluit</b>	<b>22</b>
7.2	Bijlage II: voorbeeldcasus	23
7.3	Bijlage III: uitwerking kwantitatieve en kwalitatieve veranderingen	24
7.3.1	Kwantitatief	24
7.3.2	Kwalitatief	25
<b>8.</b>	<b>Lijst van geraadpleegde literatuur</b>	<b>27</b>

## 1. Inleiding

Voor u ligt de standaard Verminderde arbeidsduur. De standaard bestaat uit een kern en een toelichtend deel. Deze vormen één geheel en kunnen niet los van elkaar worden gezien.

De kern van de standaard wordt ook als 'bureau-exemplaar' uitgebracht.

Het toelichtend deel hoe met geeft aan hoe met de Verminderde arbeidsduur moet worden omgegaan door het geven van definities, het verduidelijken van begrippen en het uiteenzetten van de te volgen werkwijze.

Het toelichtend deel wordt voorafgegaan door drie hoofdstukken met achtergrondinformatie. Daarmee wordt onder andere het belang van deze standaard in een breder kader geplaatst en informatie verstrekt die is gebruikt bij de ontwikkeling van de standaard. De standaard krijgt daardoor meer reliëf.

De bijlagen zijn vooral bedoeld om het praktisch gebruik van de standaard te vergemakkelijken.

Het geheel wordt afgesloten met een lijst van geraadpleegde literatuur.

## 2. Kern van de standaard

### 1. Vertrekpunt

De verzekeringsarts stelt vast dat cliënt conform de richtlijn *Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium* over verminderde mogelijkheden beschikt.

### 2. Uitgangspunt

De verzekeringsarts overweegt het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken in de volgende gevallen:

1. Cliënt is van mening hoe dan ook niet voltijds te kunnen werken in gangbare arbeid.
2. De verzekeringsarts veronderstelt, op basis van de gegevens die hij vergaart, dat cliënt wellicht niet voltijds kan werken in gangbare arbeid.

### 3. Onderzoek

De verzekeringsarts volgt de werkwijze zoals die in de standaard *Onderzoeksmethoden* is vastgelegd. Aan bepaalde delen van het onderzoek moet de verzekeringsarts extra aandacht besteden:

- dagverhaal;
- verzuimhistorie/historie van het functioneren;
- gewenningsaspecten;
- keuzevrijheid, herstelgedrag en verantwoordelijkheid;
- persoonlijkheidsaspecten en psychodynamische mechanismen;
- waarnemingen door derden.

Bij twijfel of onduidelijkheid is aanvullend onderzoek geboden.

### 4. Indicaties

De verzekeringsarts kan op grond van de volgende indicatiegebieden het aantal uren dat cliënt kan werken beperken:

- I. Energetisch;
- II. Beschikbaarheid;
- III. Preventief.

### 5. Mate van beperking in arbeidsuren

De verzekeringsarts beoordeelt de theoretische mogelijkheden van cliënt in gangbare arbeid te functioneren in stappen van ongeveer twee uur per dag, respectievelijk ongeveer tien uur per week. Een andere conclusie is mogelijk als daar concrete, specifieke redenen voor zijn.

### 6. Rapportage

Als de verzekeringsarts heeft overwogen het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken verwijst hij in de rapportage, in het bijzonder bij het onderdeel *Beschouwing*, naar één of meer van de hierboven vermelde indicatiegebieden.

Als de verzekeringsarts besluit het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken onderbouwt hij de mate waarin hij de cliënt beperkt acht.



### 3. Voorgeschiedenis en totstandkoming van de standaard

Het beoordelingspunt 'urenbeperking' vormt al sinds jaar en dag een vast en expliciet onderdeel van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingspraktijk. Ook vóór de introductie van het Functie Informatie Systeem (FIS) moest de verzekeringsarts zich hierover uitspreken.

Opmerkelijk is dat er tot nu toe geen afspraken in breed verband zijn gemaakt hoe hier mee om te gaan. Ook in de opleiding tot verzekeringsarts wordt aan dit onderdeel niet systematisch aandacht besteed.

De praktiserend verzekeringsarts die zich toch wat verder wil oriënteren, zal vrijwel tevergeefs zoeken naar literatuur op dit gebied, zoals hieronder duidelijk zal worden.

Het beoordelingspunt urenbeperking is dan ook de laatste jaren voorwerp van studie geweest binnen verschillende intercollegiale toetsingsgroepen.

Geruime tijd geleden ontving de projectgroep verzekeringsgeneeskundige standaarden van het toenmalige Tica van één van deze toetsingsgroepen het voorstel een standaard te ontwikkelen ten behoeve van het beoordelingspunt beperking in arbeidsuren. De ICT-groep had na een groot aantal bijeenkomsten criteria ontwikkeld die de verzekeringsartsen in staat stelden op dit punt onderbouwde en in zekere zin toetsbare conclusies te formuleren.

Het Lisv, als opvolger van het Tica, besloot vervolgens een ontwikkelgroep in te stellen met als opdracht een richtlijn te ontwerpen. Gelet op hetgeen onder 'probleemstelling', is geschetst werd ook een bedrijfsarts gevraagd zitting te nemen in de ontwikkelgroep.

De ontwikkelgroep stelde na zeven bijeenkomsten een conceptrichtlijn vast. Deze werd, volgens de gebruikelijke procedure, ter becommentariëring voorgelegd aan enkele tientallen verzekeringsartsen, alsmede aan personen en organisaties die vanwege hun achtergrond of deskundigheid een zinvolle inhoudelijke bijdrage kunnen leveren. Op grotere schaal dan gebruikelijk werd ook het bedrijfsgezondheidskundig beroepsveld om commentaar gevraagd.

Na verwerking van het commentaar stelde de ontwikkelgroep in twee bijeenkomsten een concept eindversie vast. Besloten werd in het vervolg over een *standaard* te spreken, omdat onderwerp en uitwerking een concreet, inhoudelijk beoordelingspunt in de verzekeringsgeneeskundige praktijk betreffen en in die zin ook zal aansluiten op eerder verschenen standaarden.

## 4. Probleemstelling

Verzekeringsartsen hebben vrijwel dagelijks te maken met beoordelingen waarbij zij zich moeten uitspreken over het aantal uren dat cliënt kan werken. Hoewel exacte gegevens ontbreken is wel duidelijk dat zij bij dergelijke beoordelingen uiteenlopende maatstaven hanteren.

De behoefte aan respectievelijk de noodzaak tot een standaard voor de beoordeling van dit aspect is dan ook groot. Het werken volgens een standaard vergroot de inzichtelijkheid van de beoordelingen en komt de uniformiteit ten goede.

Vanuit historisch oogpunt bezien is er ook een reden om tot de formulering van een standaard over te gaan. Met het totstandkomen van de standaard *Geen duurzaam benutbare mogelijkheden* is het beoordelingspunt urenbeperking braakliggend terrein geworden. Genoemde standaard geeft richtlijnen voor situaties waaronder een verzekeringsarts een cliënt volledig arbeidsongeschikt kan achten. Regelmatig komen er situaties voor waarin cliënt weliswaar zelfredzaam is en ook wel over benutbare mogelijkheden beschikt, maar toch verminderd inzetbaar is in wat voor arbeid dan ook. In een dergelijke situatie kan het aantal uren dat cliënt kan werken beperkt zijn. Met het ontwikkelen van criteria voor dit beoordelingspunt ontstaat meer duidelijkheid over de vraag hoe de beoordeling tot stand komt tussen de uitersten 'volledig belastbaar voor gangbare arbeid' en 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'.

Bovendien is de verzekeringsarts er volgens de standaard *Geen duurzaam benutbare mogelijkheden* in beginsel aan gehouden de mogelijkheden en beperkingen van cliënt vast te leggen. Daartoe moet hij een scoreformulier ten behoeve van het FIS invullen. Eén van de beoordelingspunten betreft het arbeidspatroon, waarbij moet worden aangegeven hoeveel uren per dag en per week cliënt tot werken in staat is in geval van een beperking.

Een ander punt van belang is de nauwe relatie die er bestaat tussen (verzuimbegeleiding, reïntegratie-inspanningen, claimbeoordeling en uitkeringsrecht. De laatste jaren heeft er binnen de sociale verzekering een accentverschuiving plaatsgevonden van volume- en kostenbeheersing naar reïntegratie-inspanningen. Deze verschuiving heeft haar voorlopige 'bekroning' gevonden in de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (Wet REA), die sinds 1 juli 1998 van kracht is. In het kader van deze wetgeving moet (onder andere) worden vastgesteld of een cliënt 'arbeidsgehandicapt' is. Dit is bijvoorbeeld het geval als de verzekeringsgeneeskundige beoordeling uitwijst dat cliënt een beperkt aantal uren kan werken.

(Re)integratie kan het best worden bereikt als het traject van claimbeoordeling en het vaststellen van uitkeringsrecht zo min mogelijk aan spanningen onderhevig is. Daarvoor is duidelijkheid nodig. Een potentieel spanningsveld is gelegen in het vaststellen van een eventuele beperking in arbeidsuren. De verzekeringsarts stelt immers vast of het aantal uren dat cliënt kan werken beperkt is voor arbeid in het algemeen, terwijl de cliënt zijn beperkingen veelal refereert aan de werkzaamheden die hij (heeft) verricht of waarvoor hij is opgeleid of zichzelf geschikt acht.

Dit komt het duidelijkst tot uitdrukking als cliënt gedeeltelijk werkzaam is. Bij een urenbeperking gekoppeld aan (de zwaarte van) het eigen werk zal het daardoor geleden inkomensverlies in een deel van de gevallen niet of nauwelijks door een

arbeidsongeschiktheidsuitkering (gedeeltelijk) worden gecompenseerd. Cliënt is immers in staat gangbare arbeid te verrichten voor het oorspronkelijk aantal uren en zijn theoretische verdien capaciteit zal daardoor niet of nauwelijks zijn afgenomen. Wanneer dan de beoordeling daarvan niet plaatsvindt volgens heldere en toetsbare criteria bestaat het gevaar dat de inspanningen van cliënt en zijn omgeving zich vooral gaan richten op het verkrijgen van een (hogere) uitkering. Terwijl het misschien zo is dat de werkgever zich onvoldoende heeft ingespannen om de cliënt voor een groter aantal uren in ander, meer passend werk te reïntegreren, omdat dit in verband met allerlei aspecten van de bedrijfsvoering slechter uitkomt dan het accepteren van een verminderde inzetbaarheid.

Ook de bedrijfsarts kan in dit verband deel uitmaken van een spanningsveld: 'onvoorwaardelijke' acceptatie door de bedrijfsarts van een in uren beperkte inzetbaarheid kan aanleiding geven tot misverstanden bij de WAO-beoordeling.

Cliënt kan zich onbegrepen voelen en zich fixeren op een aanvankelijk geaccepteerde beperking. Het (verdere) herstel en daaraan gekoppelde reïntegratiemogelijkheden kunnen aldus worden geblokkeerd. Goede afstemming van activiteiten van bedrijfsarts en verzekeringsarts is dan van cruciaal belang. Dit beter als ook voor bedrijfsartsen helder is welke indicaties verzekeringsartsen kunnen stellen voor het vaststellen van een beperking in het aantal uren dat cliënt kan werken en hoe de toetsing van een dergelijke claim plaatsvindt.

## 5. Literatuur overzicht en bespreking

### 5.1 Gegevens

De beschikbare literatuur kan als volgt worden onderverdeeld:

- een verzekeringsgeneeskundige scriptie, die zich specifiek richt op het onderwerp 'beperking in arbeidsuren';
- verslagen van enkele intercollegiale of onderlinge toetsingsgroepen van verzekeringsartsen (ICT- of OT-groepen)
- literatuur die raakt aan het onderwerp 'beperking in arbeidsuren', merendeels besproken in genoemde scriptie.

Van den Oever<sup>1</sup> onderzocht geruime tijd geleden zo'n honderd dossiers op factoren die van invloed zijn op het verzekeringsgeneeskundig oordeel dat er sprake is van een beperkte belastbaarheid in arbeidsduur. Zijn hypothese dat het oordeel veelal zou zijn gebaseerd op pragmatische gronden kon hij op basis van de door hem onderzochte argumentaties in de rapportages niet onderbouwen. Een argumentatie ontbrak namelijk vrijwel volledig in bijna de helft van de rapportages. Voor het overige was de conclusie van de verzekeringsarts meestal gebaseerd op een veronderstelde relatie met de ziekte of de klachten van cliënt. Toch vond Van den Oever steun voor zijn hypothese: tweederde van zijn onderzoekspopulatie bestond uit cliënten die gedeeltelijk in eigen werk hadden hervat respectievelijk hadden doorgewerkt. Dit gegeven moet impliciet haast wel een belangrijke rol hebben gespeeld bij de beoordeling van de verzekeringsarts. Twee andere bevindingen waren in lijn met de literatuurgegevens:

- de leeftijd van cliënt bleek een predisponerende factor: ruim de helft was ouder dan vijftig jaar;
- de aard van de diagnose bleek eveneens een predisponerende factor: ongeveer een kwart leed aan een cardiale aandoening, ongeveer een derde betrof psychische problematiek, merendeels met de diagnose surmenage of depressie.

In zijn literatuuroverzicht komt Van den Oever terug op de analyse van Aarts en De Jong<sup>2</sup>, die berekenden dat een reductie van arbeidsuren bij vijftigplussers de WAO-instroom van deze groep met tientallen procenten zou doen afnemen. Enerzijds is het een pleidooi voor het inzetten van het middel arbeidsurenbeperking ter preventie van (toenemende) arbeidsongeschiktheid. A. anderzijds is het een bevestiging van het model waarbij een verminderde arbeidsduur leidt tot een betere handhaving van het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid.

Dit is ook in lijn met het model belasting-belastbaarheid zoals Vroege<sup>3</sup> dit interpreteerde. Overbelasting kan in zijn visie op drie manieren optreden:

- door een te grote belasting per tijdseenheid;
- door een normale belasting over te lange tijd;
- door onvoldoende hersteltijd (zoals vrije tijd).

Op basis van een jaarlang inventarisatie via het bespreken en analyseren van casus formuleerde de ICT-groep GAK Kronenburg<sup>4</sup> een aantal criteria waaraan moet worden voldaan om het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken.

Er zou dan tenminste aan één van de volgende voorwaarden moeten zijn voldaan:

- een relatief grotere belasting als gevolg van de normale dagelijkse activiteiten door de verminderde belastbaarheid van cliënt, waardoor minder tijd en/of energie resteert voor arbeid;
- als gevolg van de verminderde mogelijkheden van cliënt kost het hem veel meer moeite c.q. energie onder de condities van een arbeidssituatie te functioneren; hij is daardoor sneller aan het eind van zijn mogelijkheden in dit opzicht.

De ICT-groep geeft verder een overzicht van de overwegingen die bij de beoordeling door de verzekeringsarts een rol hebben gespeeld om het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken, waaronder:

- de aard en het beloop van de klachten/symptomen;
- het optreden van overbelastingsverschijnselen bij toenemend activiteiten- en inspanningsniveau;
- een beduidend verminderd persoonlijk en sociaal-maatschappelijk functioneren ten opzichte van voorheen;
- de aanwezigheid van externe stressfactoren.

Verder heeft de ontwikkelgroep nog een aantal verslagen bereikt van OT- en ICT-groepen die primair bestemd waren voor intern gebruik. De belangrijkste conclusies en aandachtspunten die men op grond van de onderlinge besprekingen formuleert zijn de volgende:

- de diagnose is *geen* criterium (bij sommige diagnoses kan een urenbeperking wel meer voor de hand liggend zijn; er zijn geen diagnoses bekend waarvan gesteld kan worden dat er geen urenbeperking mee gepaard kan gaan);
- als de verzekeringsarts tot een urenbeperking concludeert gaat het meestal om een beperkt aantal klachten: moeheid, pijn, labiliteit (psychisch of somatisch), concentratiestoornissen, angst;
- motivatie en herstelgedrag zijn vaak van belang voor de beoordeling;
- aanpassingsvermogen en persoonlijkheidsaspecten spelen een rol;
- de noodzaak tot recuperatie vormt vaak een aanwijzing;
- de consistentie van het geheel aan gegevens, in samenhang met de klachten, is sterk bepalend voor het al dan niet beperken van het aantal uren dat cliënt kan werken; het dagverhaal kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Tot slot stelt één van de groepen dat alleen in globale zin het aantal uren dat cliënt kan werken kan worden beperkt: 'halve dagen'. Een precieze conclusie is uitsluitend mogelijk als betrokkene feitelijk een beperkt aantal uren werkzaam is.

## 5.2 Bespreking

Zoals in de inleiding aangegeven is er nauwelijks literatuur voorhanden. Het overzicht maakt duidelijk dat de beschikbare gegevens niet het resultaat zijn van wetenschappelijk onderzoek, maar de neerslag vormen van praktijkervaring, bestudering van dossiers en enige theorievorming. Het is in dit stadium dan ook niet mogelijk een standaard te ontwerpen anders dan op basis van (de neerslag van) opgedane ervaringen.

Die ervaringen, zoals hierboven weergegeven, wijzen overigens op belangrijke onderdelen in dezelfde richting. De verminderde mogelijkheden van cliënt op het energetische vlak staan daarbij voorop. Deze kunnen niet nauwkeurig worden

gemeten, maar de claim van eenveronderstelde beperking in arbeidsuren moet aan de hand van een uitgebreide afweging van gegevens worden beoordeeld.

## 6. Toelichtend deel van de standaard

- Dit deel omvat een toelichting op de onderdelen van de kern van de standaard en nog enkele andere onderdelen en is als volgt opgebouwd.
- kader en definities;
- vertrekpunt;
- uitgangspunt;
- onderzoek en weging van gegevens;
- indicaties;
- mate van beperking in arbeidsuren;
- rapportage;
- tijdelijke beperking in arbeidsuren.

### 6.1 Doel van de standaard

De standaard heeft tot doel concrete en zoveel mogelijk eenduidige indicaties te geven voor situaties waarin de verzekeringsarts kan concluderen dat cliënt verminderde mogelijkheden heeft voltijds te werken in gangbare arbeid.

### 6.2 Kaders en definities

Bij het opstellen van de standaard zijn de volgende kaders en definities gehanteerd:

1. Er is sprake van een beperking in arbeidsuren als cliënt niet in staat is voltijds te werken.
2. Onder voltijds wordt verstaan een werkweek van 35 - 40 uur, waarbij cliënt minimaal vier van de zeven dagen kan werken.
3. De standaard bepaalt zich tot de beoordeling van de verminderde geschiktheid van cliënt om in het algemeen voltijds te kunnen werken in wat voor arbeid dan ook - tijdelijk of duurzaam.
4. De standaard spreekt zich derhalve niet uit over de verminderde geschiktheid van cliënt om in specifieke situaties casu quo het eigen werk voltijds te kunnen werken.

#### **Toelichting bij punt 1**

Het is voor de beoordeling van de mogelijkheden van cliënt niet van belang of cliënt voltijds werkzaam was, deeltijds werkte of misschien nog nooit gewerkt heeft (denk daarbij onder andere aan WAJONG-beoordelingen). De standaard heeft betrekking op alle mogelijke uitgangssituaties.

Voor de bepaling van het arbeidsongeschiktheidspercentage kan het natuurlijk wel veel uitmaken wat in dit opzicht de uitgangssituatie is.

#### **Toelichting bij punt 2**

Als gevolg van grootschalige arbeidsduurverkortung in Nederland kan de voltijdse werkweek niet meer op een voor iedereen geldend vast aantal uren worden bepaald. Vandaar dat voor de definitie van voltijds een bandbreedte wordt gehanteerd waar de meeste voltijdse banen binnen vallen (ook al bestaan er inmiddels ook al vol-

tijdse contracten van minder dan 35 uur). Ook een werkweek van 4 x 9 uur valt dan binnen deze bandbreedte.

Dit betekent dat in het algemeen het aantal uren dat cliënt kan werken niet beperkt is als hij minimaal in staat is arbeid van een dergelijke omvang te verrichten.

Slechts wanneer er specifieke argumenten zijn om binnen deze bandbreedte een beperking op een exact aantal uren te bepalen (bijvoorbeeld 36 uur per week) moet dit op het FIS-scoreformulier worden aangegeven bij het onderdeel *niet toegestaan arbeidspatroon* (zie ook *7.1 Bijlage I, Fase III: besluit*).

Hetzelfde geldt in geval cliënt niet in staat is tenminste 8 uur per dag te werken.

Dan is het voor de functieduiding van belang dit op het FIS-scoreformulier aan te geven, ook al hoeft strikt genomen niet sprake te zijn van een beperking in arbeidsuren volgens de hier gehanteerde definitie.

#### **Toelichting bij punt 3 en 4**

Bij de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage geldt als selectie criterium de algemeen geaccepteerde of gangbare arbeid waarmee cliënt het meest kan verdienen. Consequentie daarvan is dat de verzekeringsarts bij het beoordelen van de beperkingen en mogelijkheden van cliënt zich niet moet richten op specifieke situaties, zoals -het eigen werk.

Dit betekent overigens niet dat de verzekeringsarts geen oordeel kan - en misschien ook wel moet - hebben over het aantal uren dat cliënt kan werken ten aanzien van bijvoorbeeld gerealiseerde werkhervatting. De verzekeringsarts kan ook aan dergelijke praktijkgegevens argumenten ontleen om voor gangbare arbeid het aantal uren dat cliënt kan werken al dan niet te beperken.

Dit betekent ook niet dat de verzekeringsarts door zich uit te spreken over de mogelijkheden van cliënt in gangbare arbeid te functioneren, zich daarmee impliciet ook uitsprekt over het eventueel niet kunnen of zelfs mogen doorwerken in de eigen functie. In de praktijk komt het regelmatig voor dat gedeeltelijk doorwerken in eigen werk niet alleen vanuit het oogpunt van reïntegratie als maximaal haalbaar resultaat moet worden beschouwd, maar ook meer verdienen oplevert dan de theoretisch bepaalde mogelijkheden.

#### 6.3 Vertrekpunt

Om het aantal uren dat cliënt kan werken te kunnen beperken moet de verzekeringsarts in ieder geval hebben vastgesteld dat cliënt over verminderde mogelijkheden beschikt. Dit moet gebeuren conform de richtlijn *Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium*. Alles wat in deze standaard staat beschreven gaat ervan uit dat aan deze voorwaarde is voldaan.

Ter verduidelijking: als onder indicatie *III. Preventief aspect* staat aangegeven: “door meer uren te werken komt cliënt onvoldoende toe aan zijn privé-leven” betekent dit dat cliënt verminderde mogelijkheden heeft waardoor de tijd en energie die cliënt overhoudt voor zijn privé-leven onder een aanvaardbaar niveau dreigt te komen (Wat een aanvaardbaar niveau is is individu-afhankelijk en kan op grond van premorbide functioneren, persoonlijkheidsaspecten en dergelijke worden ingeschat).

Het gaat dus niet om de cliënt die een zodanig druk privé-leven heeft, door bijvoorbeeld kinderen, sport, hobby, verenigingsactiviteiten en dergelijke dat hij er geen voltijdse baan bij kan hebben en dan overbelast raakt.

Ook is er bij de opstelling van deze standaard ervanuit gegaan dat beoordelingen - binnen de kaders van bestaande standaarden en overige regelgeving worden uitgevoerd. Cliënt moet dus bijvoorbeeld over voldoende duurzaam benutbare mogelijkheden beschikken.

#### 6.4 Uitgangspunt

Als cliënt op enig moment tijdens de beoordeling claimt hoe dan ook niet voltijds te kunnen werken is de verzekeringsarts er altijd aan gehouden deze claim verder te onderzoeken en te beoordelen. Eerst gaat de verzekeringsarts met cliënt na of hij bedoelt zijn eigen werk niet voltijds te kunnen verrichten of arbeid in het algemeen.

Daarnaast komt het voor dat cliënt geen claim neerlegt, maar dat de gegevens die de verzekeringsarts vergaart voor hem aanleiding zijn zelf de hypothese te formuleren dat cliënt niet voltijds kan werken. Soms kan de verzekeringsarts een dergelijke hypothese al voor het feitelijke onderzoek formuleren, bijvoorbeeld op grond van de gegevens van de bedrijfsarts. Soms komen tijdens het onderzoek zaken naar voren die hiertoe aanleiding geven.

#### 6.5 Onderzoek en weging van gegevens

##### 6.5.1 Onderzoek - algemeen

De werkwijze die de verzekeringsarts volgt om het aantal uren dat cliënt kan werken vast te stellen, verschilt niet wezenlijk van de methodiek zoals die in het algemeen wordt gehanteerd bij een onderzoek naar de mogelijkheden van cliënt. In dit verband kan met een verwijzing naar de standaard onderzoeksmethoden worden volstaan.

##### 6.5.2 Onderzoek - specifiek

Voor de beoordeling van een eventuele beperking in het aantal uren dat cliënt kan werken behoeven bepaalde delen van het onderzoek een zwaarder accent of een bijzondere nuancering. De verzekeringsarts moet aan één of meer van deze onderdelen extra aandacht besteden.

#### Dagverhaal

Het dagverhaal is van meer belang naarmate de medische gegevens minder duidelijk zijn. Cliënt heeft wel een klacht, maar de diagnose biedt weinig houvast.

- wat doet cliënt zoal?
- hoe verhouden activiteit en rust zich tot elkaar?
- wat zijn verschillen tussen werk- en 'rust'dagen, tussen doordeweeks en weekend?
- hoe is het slaappatroon, wat zijn eventuele slaapstoornissen?



### **Verzuimhistorie/historie van het functioneren**

- heeft cliënt in het verleden vaak en/of langdurig verzuimd?
- hoe is hij hier zelf mee omgegaan?
- hoe zijn werkgever en bedrijfsarts ermee omgegaan - werd het wel of niet geaccepteerd?
- wat zijn de ervaringen van cliënt met meer uren werken, wat gebeurt er dan met hem?

Het kan van belang zijn hierover ook bij werkgever en/of bedrijfsarts informatie te vragen. Hierbij kan de arbeidsdeskundige eventueel worden ingeschakeld. Ook de volgende vragen zijn dan van belang:

- hoe is het gesteld met lange-termijn-functioneren en arbeidsprestatie van cliënt?
- wat zijn de indrukken van collega's en leidinggevende?

Dergelijke gegevens kunnen licht werpen op de plausibiliteit van het verzuim en daarmee op de indicatie het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken.

Ook als het gaat om preventieve overwegingen behoort de verzuimhistorie een vast onderdeel van het beoordelingsgesprek te vormen.

Wanneer cliënt langdurig werkloos is of nooit heeft gewerkt moet de verzekeringsarts zich ook een beeld vormen van het functioneren van cliënt in het verleden en eventuele verslechtering daarvan in de loop der tijd:

- waaruit bestonden de activiteiten van cliënt naast die noodzakelijk voor het dagelijks leven?
- hield cliënt zich meer of minder intensief bezig met hobby's, verenigings- of buurtwerk, politieke activiteiten, vrijwilligerswerk?
- in hoeverre was daarbij sprake van een duidelijke structuur?
- hoe heeft een en ander zich ontwikkeld?

### **Gewenningsaspecten**

- is er een bepaalde gewenning opgetreden bij het minder uren werken?
- heeft deze gewenning te maken met zaken die niet primair de mogelijkheden van cliënt betreffen maar wellicht de aard van het werk, het werkklimaat, de werkorganisatie of factoren buiten het werk?
- als cliënt langdurig in het geheel niet heeft gewerkt of volledig uit het arbeidsproces is geweest: speelt de gewenning aan het niet werkzaam zijn een belangrijke rol bij de claim minder uren te kunnen werken?

### **Keuzevrijheid, herstelgedrag en verantwoordelijkheid**

Praktische aspecten kunnen een rol spelen als cliënt te kennen geeft dat hij minder uren kan werken. De verzekeringsarts vraagt dan ook naar bijvoorbeeld:

- belastende aspecten in de thuissituatie (zoals het opvoeden van kinderen, de verzorging van zieken en dergelijke);
- redenen om op bepaalde dagen niet te kunnen respectievelijk te willen werken.

Maar ook in ander opzicht moet de verzekeringsarts zich afvragen of de mate van verminderde activiteit daadwerkelijk een gevolg is van de verminderde mogelijkheden of dat cliënt een bepaalde mate van keuzevrijheid heeft:

- kan cliënt er iets aan doen?
- welke inspanningen verricht cliënt of heeft cliënt verricht om verandering in zijn situatie aan te brengen?
- is sprake (geweest) van maximaal (effectief) herstelgedrag? (overigens een onderwerp dat ten behoeve van de verzekeringsgeneeskundige praktijk nog verder wordt uitgewerkt)
- is het minder uren (hoeven) werken een uitvlucht om minder verantwoordelijkheid te hoeven nemen?
- zo ja, is cliënt ook daadwerkelijk niet in staat om meer verantwoordelijkheid te nemen?
- verleent het ziek-zijn cliënt in zekere zin een nieuwe identiteit - zijn er redenen aan te nemen dat cliënt zich in de ziekenrol wil begraven (secundaire ziekte-winst)?

Van cliënt mag worden verwacht dat hij zijn grenzen verkennt, pogingen onderneemt zijn activiteitsniveau te verhogen. Als cliënt nog werkzaam is mag worden verwacht dat hij het aantal uren dat hij werkt probeert uit te breiden. Het is dan de taak van de verzekeringsarts nauwkeurig, samen met cliënt, te evalueren welke uitwerking dit heeft op functioneren en welbevinden van cliënt. Langs de weg van 'trial and error' (in het vervolg: proberen en mislukken) kan dan een evenwicht worden bereikt.

#### **Persoonlijke aspecten en psychodynamische mechanismen**

Bij 'onverklaard' energieverlies moet de rol van eventuele psychische factoren uitdrukkelijk worden onderzocht. Juist in dergelijke situaties kunnen deze onbewust en voor de cliënt zelf niet herkenbaar een rol spelen.

Het op het spoor komen van psychische factoren kan het de verzekeringsarts vergemakkelijken tot een weloverwogen beoordeling te komen. Er moet echter voor worden gewaakt dat de problematiek van cliënt onnodig en/of onterecht wordt 'verpsychologiseerd'. Evenmin is het toekennen van een verklaring vanuit psychische factoren voor de problematiek van cliënt een voorwaarde om het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken.

#### **Waarnemingen door derden**

Te denken valt aan:

- informatie van meegekomen familieleden, burens en dergelijke, vaak spontaan geventileerd, over verminderd functioneren van cliënt. Niet alleen de feitelijke informatie is van belang, maar ook de indrukken die de mensen geven over cliënt;
- informatie van de bedrijfsarts over reeds afgelegd traject van proberen en mislukken (zie 7.2 *Bijlage II*, voorbeeldcasus 1); over persoonlijkheid en motivatie van cliënt;
- informatie van de huisarts: naast de medische informatie eveneens informatie over functioneren van cliënt in thuis- en gezinssituatie.

Bij twijfel of onduidelijkheid is aanvullend onderzoek of het opvragen van aanvullende informatie geboden. Het vaststellen van een beperking in het aantal uren dat cliënt kan werken is immers een ingrijpende beslissing. In het bijzonder valt te denken aan onderzoek dat speciaal licht werpt op duurbelastingsaspecten:

- gegevens van inspanningsonderzoek bij cardiaal lijden;
- gegevens van capaciteits- en functie-onderzoek bij pulmonaal lijden;
- 'functional capacity evaluation' (FCE), zoals een onderzoek met de Ergos-work simulator of de biodex;
- gegevens neuropsychologisch onderzoek;
- gegevens verworven middels een proefplaatsing.

Aan geen van deze onderzoeksgegevens kan absolute waarde worden toegekend. De gegevens moeten als onderdeel van het geheel worden gewogen.

### 6.5.3 Weging van gegevens

De uiteindelijke weging van de diverse gegevens en factoren verschilt per cliënt en blijft een professionele verantwoordelijkheid die niet in een standaard kan worden ondergebracht. Wel kan hierover in dit verband het volgende worden gezegd.

Naarmate de indicatie voor de verzekeringsarts minder duidelijk is, is de beoordeling moeilijker. Consequentie is dat de volgende aspecten bij de uiteindelijke weging van de onderzoeksgegevens een zwaarder accent zullen krijgen:

1. Aspecten van interne en externe consistentie; deze kunnen zelfs, bij het verder ontbreken van een referentiekader voor de beoordeling, doorslaggevend zijn.

Dit betekent niet dat, op voorwaarde dat het relaas van cliënt maar consistent is, zonder meer een urenbeperking moet worden geaccepteerd. Juist wanneer het aspect van consistentie zwaar meeweegt moet de verzekeringsarts zich afvragen of de cliënt echt niet anders kan, in hoeverre hij de 'vrijheid' heeft anders te functioneren, zich anders te gedragen (zie hierboven).

Daarnaast kan het beeld ook consistent zijn omdat het geheel aan gegevens in lijn ligt met wat er cultureel gezien van cliënt wordt verwacht als hij ziek is: het aspect van ziektegedrag.

2. Cliënt moet zijn energieverlies als probleem ervaren om er voor de beoordeling consequenties aan te kunnen verbinden. Anders gezegd: cliënt moet motivatie tonen om iets aan de situatie te veranderen en zich ervoor inzetten de mate van arbeidsongeschiktheid zo veel mogelijk te beperken.
3. Anti-revaliderende aspecten. De verzekeringsarts moet zich de vraag stellen of het accepteren van een urenbeperking en daarmee een bepaalde mate van verminderde activiteit wel herstelbevorderend werkt of eerder een remmende werking heeft op de motivatie en inspanningen tot herstel van cliënt. Dit aspect moet in nauwe samenhang met de vraag naar de 'keuzevrijheid' worden beoordeeld.

Om tot een goede afweging te komen moet de verzekeringsarts bij 'niet gekoppeld energieverlies' in het algemeen veel tijd aan het onderzoek besteden. Ook moet hij flink investeren in het verhogen van het acceptatieniveau bij cliënt en het bespreekbaar maken van de problematiek en alternatieven. De verzekeringsarts kan in dergelijke gevallen veelal niet met één onderzoek volstaan.

## 6.6 Indicaties

Er kunnen drie indicaties tot het stellen van een urenbeperking worden onderscheiden:

## **I. Energetisch**

## **II. Beschikbaarheid;**

## **III. Preventief aspect.**

Hieronder volgt een verdere uitwerking.

### **I. Energetisch**

Onder energetisch worden verstaan al die klachten en/of symptomen die samen kunnen gaan met energieverlies. Te denken valt naast moeheid aan bijvoorbeeld pijn en concentratieproblemen.

Een onderscheid tussen verminderde mogelijkheden te functioneren als gevolg van een lichamelijke of psychische aandoening kan worden gemaakt, maar is nauwelijks relevant. Voorop staat immers de beoordeling van de beperkingen - de gevolgen van de aandoening - en niet de beoordeling van de oorzaak van de beperkingen.

Het volgende onderscheid is wel relevant:

- aandoeningen waarvan bekend is dat zij veelal met een verlies van energie gepaard gaan: hart- en longaandoeningen, systeemziekten, collagenosen, nieuwvormingen, status na transplantatie, anemie, depressie, enzovoort (zie voorbeeldcasus 2 en 3);
- energieverlies als meest op de voorgrond staande symptoom, zonder dat dit 'gekoppeld' is aan een welomschreven onderliggende aandoening.

Laatstgenoemde subcategorie kan globaal nog als volgt worden onderverdeeld:

- na een periode van ziekte is medisch gezien sprake van herstel; in het algemeen treedt bij deze ziekte restloos herstel op; nochtans lukt het cliënt niet het werk volledig te hervatten, respectievelijk claimt hij niet meer voltijds te kunnen werken;
- energieverlies als syndroom op zich (zie voorbeeldcasus 4).

### **II. Beschikbaarheid**

Onder beschikbaarheid wordt verstaan dat cliënt als gevolg van zijn ziekte en daarmee samenhangende behandeling feitelijk niet voltijds beschikbaar is om te werken.

Het gaat om de volgende mogelijkheden:

- behandeling in een ziekenhuis of (AWBZ-erkende) instelling: poliklinische behandeling of dagbehandeling.
- behandeling op indicatie van een medisch of paramedisch beroepsbeoefenaar (BIG-geregistreerd).

Het aantal uren dat cliënt kan werken kan op twee gronden worden beperkt:

- het feitelijk niet aanwezig kunnen zijn van cliënt. Dit impliceert dat de behandeling noodzakelijkerwijs binnen werktijd moet plaatsvinden. En/of:
- het niet beschikbaar zijn van cliënt in verband met voorbereiding op een behandeling, recuperatie en effect van een behandeling op het totale functioneren van cliënt.

Voorbeeld: een psychotherapeutische behandeling kan één tot twee keer per week een uur in beslag nemen. Dat wil zeggen het feitelijke contact tussen therapeut en

cliënt. Het effect van een uur therapie kan echter zo groot zijn dat hij de rest van de dag niet meer in staat is te functioneren. Ook op dagen dat geen therapie plaatsvindt is de invloed ervan veelal merkbaar voor cliënt zodanig dat hij niet tot voltijds werken in staat is (vaak afhankelijk van de fase waarin de therapie zich bevindt).

Overigens is hier sprake van overlap met de vorige categorie: energetisch (zie ook voorbeeldcasus 5).

### III. Preventief aspect

Onder preventief aspect worden verstaan die situaties waarin de verzekeringsarts het aantal uren dat cliënt kan werken beperkt ter voorkoming van overbelasting en daaruit voortvloeiende ziekteverschijnselen.

Er kunnen twee soorten situaties worden onderscheiden:

- situaties met een direct preventief aspect: door meer uren te werken komt cliënt onvoldoende toe aan zijn privé-leven en ontwikkelen zich al snel overbelastingsverschijnselen; in feite is cliënt niet goed in staat meer uren te werken - en is er niet of nauwelijks onderscheid met de categorie energetisch. Vooral bij deze situatie is de methode van proberen en mislukken een belangrijk onderzoeksinstrument. Bij de evaluatie van werktijduitbreiding dan wel mislukte uitbreiding zal ook het functioneren thuis nadrukkelijk moeten worden betrokken (zie voorbeeldcasus 1).
- situaties met een indirect preventief aspect: cliënt is ogenschijnlijk in staat meer uren te werken, maar zal naar alle waarschijnlijkheid op den duur zijn gezondheid schade toebrengen. Voorbeelden:
  - de cliënt die psychotisch is geweest en bij langdurige te hoge belasting een grotere kans heeft op een recidief;
  - de cliënt, type 'workaholic', die een hartinfarct heeft doorgemaakt, daar goed van is hersteld en meent zijn vroegere levenswijze weer op te kunnen pakken; deze cliënt zal in voorkomende gevallen tegen zichzelf beschermd moeten worden (opmerking: een verbod op voltijdse of zelfs meer dan voltijdse arbeid is niet aan de orde; de verzekeringsarts kan echter wel besluiten cliënt niet voltijds belastbaar te achten (zie verder voorbeeldcasus 6)).

#### 6.7 Mate van beperking in arbeidsuren

Er is geen nauwkeurig instrument voorhanden om het aantal uren dat cliënt kan werken te 'meten'. Daarin is dit beoordelingspunt overigens niet uniek. Het is destijds, bij de ontwikkeling van het FIS, aanleiding geweest het belastbaarheidsprofiel een globaler karakter te geven dan het profiel zoals dat tot dan toe werd gebruikt. Het gaat immers primair om de beoordeling van de theoretische arbeidsmogelijkheden van cliënt. Daarbij is het nooit goed mogelijk om exact te bepalen hoeveel uur of zelfs minuten per dag of per week cliënt in op grond van de FIS-systematiek geselecteerde functies kan werken. Dit hangt namelijk mede af van talloze aspecten waarmee cliënt alleen wordt geconfronteerd bij het daadwerkelijk gaan uitoefenen van de geduide functies. Dit is ook de reden dat bij concrete werkhervatting ervaringen opgedaan bij het 'proberen en mislukken' een belangrijke afweging vormen om het aantal uren dat cliënt kan werken eventueel te beperken voor die concrete functie.

Omdat derhalve van de verzekeringsarts niet kan worden verwacht dat hij bij de beoordeling van de 'theoretische' mogelijkheden van cliënt exact vaststelt wat de omvang van een eventuele beperking in arbeidsuren is, is er voor gekozen hem dit

te laten doen in stappen van 2 uur per dag respectievelijk 10 uur per week. De verzekeringsarts spreekt zich er daarmee over uit dat cliënt in staat is *ongeveer* 2, 4 of 6 uur per dag respectievelijk *ongeveer* 10, 20 of 30 uur per week te werken. Dit is ook beter te motiveren dan een exactheid suggererende uitspraak.

Op het belastbaarheidsprofiel worden bij het onderdeel *niet toegestaan arbeidspatroon* wel exacte getallen ingevuld, omdat alleen een exact getal kan dienen als basis voor de bepaling van het arbeidsongeschiktheidspercentage. De verzekeringsarts moet bij het invullen van dit onderdeel ook goed letten op de samenhang tussen het aantal uren per dag en het aantal uren per week dat cliënt kan werken. Voorbeeld: cliënt kan af en toe 6 uur per dag werken, maar moet dit kunnen compenseren. De verzekeringsarts kan dan bij aantal uren per dag 6 invullen (of 4 à 6) en bij aantal uren per week 20. Een dergelijke 'nuancering' zal zeker nogal eens nodig zijn bij de indicatie beschikbaarheid en wanneer de ervaring van feitelijke werkhervatting bij de beoordeling kan worden meegewogen. Waarbij cliënt soms als gevolg van zijn verminderde mogelijkheden niet elke dag een zelfde aantal uren werkt, een rustdag heeft ingebouwd en dergelijke. Zie ook de *Toelichting bij 2* hieronder.

Op deze hoofdregel zijn uitzonderingen mogelijk. Uitzonderingen in die zin dat van de hoofdregel *kan* worden afgeweken. Het betreft situaties die in de verzekeringsgeneeskundige praktijk niet uitzonderlijk zijn:

1. bij de indicatie beschikbaarheid
2. bij feitelijke werkhervatting;
3. op grond van het dagverhaal.

#### **Toelichting bij 1**

Als de behandeling zelf een bepaald aantal min of meer vaststaande uren per week vergt is een nauwkeurige beoordeling van het aantal uren dat cliënt kan werken wel mogelijk.

Als het gaat om uren die cliënt niet kan werken samenhangend met de behandeling is een nauwkeurige beoordeling vaak minder goed mogelijk. Toch zal ook dan een besluit in de zin van de hoofdregel vaak niet aansluiten bij de werkelijkheid. Het gaat immers meestal om (bepaalde uren van) bepaalde dagen in de week waarop cliënt niet kan werken. Uren die dus vrij concreet zijn aan te geven en waarop dan ook een meer concreet besluit kan worden afgegeven.

#### **Toelichting bij 2**

Feitelijke werkhervatting, zowel in eigen als ander werk, houdt zich niet aan grenzen van een bepaald aantal uren per dag of per week. Juist omdat cliënt dan in de praktijk met factoren wordt geconfronteerd die hem in zijn mogelijkheden beperken, waardoor hij op enig moment tegen zijn grenzen aanloopt.

Aan een dergelijke situatie kunnen argumenten worden ontleend op grond waarvan ook voor gangbare arbeid het aantal uren dat cliënt kan werken kan worden beperkt. Een beperking in arbeidsuren voor het eigen werk kan, maar hoeft niet in de zelfde mate ook voor ander werk te gelden. Als de verzekeringsarts hiertoe toch besluit moet hij dat onderbouwen. Dit geldt ook voor fenomenen als startproblemen, behoefte aan verlengde middagpauze, behoefte aan verlengd weekend en talloze andere in de praktijk voorkomende varianten.

In theorie kunnen twee uiterste posities worden onderscheiden:

- het aantal uren dat cliënt kan werken wordt uitsluitend bepaald door factoren die de belasting van het werk betreffen;
- het aantal uren dat cliënt kan werken wordt uitsluitend bepaald door factoren die de persoon van de cliënt betreffen of de situatie waarin hij zich bevindt.

In het eerste geval is er alle aanleiding te veronderstellen dat cliënt in ander, minder of op een andere manier belastend werk wel voltijds kan werken, in het laatste geval kan de conclusie luiden dat cliënt ook in ander werk niet meer uren kan functioneren dan hij op moment van onderzoek feitelijk realiseert.

De verzekeringsarts moet dus goed analyseren welke factoren bepalend zijn voor de in uren beperkte werkhervatting en hoe zwaar deze factoren moeten worden gewogen. Een serieuze afweging of cliënt in ander werk meer uren kan werken is dus altijd aan de orde.

### Toelichting bij 3

Het dagverhaal is bij niet werkende cliënten een belangrijk aanknopingspunt, maar ook bij werkende cliënten een belangrijk aanvullend gegeven, vooral om na te gaan in hoeverre het werk beslag legt op de mogelijkheden van cliënt (zie ook voorbeeldcasus 1).

In geval cliënt niet werkzaam is is enige terughoudendheid geboden bij het afwijken van de hoofdregel op grond van het dagverhaal. Het rust- en activiteitenpatroon van cliënt wordt immers in het geheel niet beïnvloed door arbeidsbelastende factoren. Cliënt heeft een relatief - en soms ook absoluut - grote mate van keuzevrijheid voor wat betreft gebruik en indeling van zijn tijd. Deelname aan het arbeidsproces zal de rust-/activiteitenverhouding op allerlei manieren beïnvloeden. De rustbehoefte kan door deze extra belasting groter worden. Het verrichten van werkzaamheden kan echter ook activerend werken en ertoe leiden dat het activiteitsniveau van cliënt stijgt. Een meer dan globale schatting van het aantal uren dat cliënt kan werken, kan dan ook verhoudingsgewijs moeilijk worden onderbouwd, als dat gebeurt op grond van alleen of in overwegende mate het dagverhaal.

## 6.8 Rapportage

In de rapportage moet de verzekeringsarts zijn conclusies onderbouwen volgens bovenstaande werkwijze en indicaties. Hieronder volgen nog twee punten ter aanvulling.

- als de verzekeringsarts het aantal uren dat cliënt kan werken niet beperkt, maar dit wel heeft overwogen bespreekt hij in de *Beschouwing* eveneens zijn visie.
- de argumenten die de verzekeringsarts gebruikt zijn gestoeld op hetgeen in deze standaard staat vermeld en hebben betrekking op arbeid in het algemeen. Dit geldt ook voor het belastbaarheidsprofiel dat hij naar aanleiding van de rapportage invult.

## 6.9 Tijdelijke beperking in arbeidsuren

Een beperking in arbeidsuren kan tijdelijk of blijvend zijn. De - inhoudelijke - indicaties voor een tijdelijke beperking zijn niet anders dan die voor een blijvende. Wel zijn specifieke situaties te onderscheiden die aanleiding kunnen geven tot het stellen van een tijdelijke beperking in arbeidsuren:

1. cliënt is herstellende van een ziekteproces
2. cliënt heeft langdurig niet deelgenomen aan het arbeidsproces en zal bij terugkeer eerst kennis, discipline en ervaring moeten opdoen alvorens hij weer voltijds kan werken.

#### **Toelichting bij 1**

Er kan sprake zijn van een ziekteproces met nog verschillende restverschijnselen, het is ook mogelijk dat het nog-niet-kunnen-functioneren-als-voorheen het enige nog aanwezige restverschijnsel is (zie ook de toelichting bij de indicatie *energetisch*).

#### **Toelichting bij 2**

Langdurige afwezigheid uit het arbeidsproces op zich is geen reden het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken. De verzekeringsarts moet er dus van overtuigd zijn dat cliënt (nog) verminderde mogelijkheden heeft.

Het stellen van een tijdelijke beperking in arbeidsuren gebeurt altijd planmatig. De verzekeringsarts maakt afspraken met cliënt over de duur ervan, over de activiteiten die cliënt onderneemt tot herbeoordeling en over het moment van herbeoordeling.



## 7 Bijlagen

### 7.1 Bijlage I: beoordelingstraject

Deze bijlage geeft fasegewijs weer hoe het beoordelingstraject verloopt bij het eventueel vaststellen van een beperking in arbeidsuren.

#### Fase 1: hypothese beperking in arbeidsuren

Fase 2: toetsing van de hypothese

Hierbij lopen twee lijnen naast elkaar:

- I. De verzekeringsarts gaat na of de medische gegevens op zich al aanleiding vormen het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken. Het betreft de volgende indicaties:
    - \* een duidelijk bij de diagnose passend energieverlies;
    - \* verminderde beschikbaarheid;
    - \* op grond van bekende gegevens evident preventief aspect.
  - II. De verzekeringsarts gaat na of er op grond van andere gegevens of overwegingen tot een beperking in arbeidsuren kan worden geconcludeerd. Het betreft de volgende indicaties:
    - \* niet 'gekoppeld' energieverlies;
    - \* verondersteld preventief aspect, gelet op bijvoorbeeld historische gegevens, persoonlijkheid cliënt, en dergelijke.
- A. Toetsing aan de aard van de klachten of aandoening: ligt het bij deze klachten/aandoening in de lijn der verwachting dat cliënt niet in staat is voltijds te werken?
  - B. Toetsing aan de interne consistentie: is hetgeen cliënt vertelt over zijn klachten, zijn functioneren thuis en in de privé-situatie in lijn met hetgeen hij zegt over zijn mogelijkheden op het werk te functioneren?
  - C. Toetsing aan de consistentie met wat anderen hebben waargenomen (inclusief de eigen waarnemingen van de verzekeringsarts).

Als II aan de orde is krijgen B en C een zwaarder accent bij de weging of het aantal uren dat cliënt kan werken beperkt is.

Fase 3: besluit

Als de verzekeringsarts concludeert dat het aantal uren dat cliënt kan werken beperkt is bepaalt hij deze beperking op ongeveer 2, 4 of 6 uur per dag, respectievelijk 10, 20 of 30 uur per week.

In de volgende situaties kan de verzekeringsarts daarvan afwijken:

- bij de indicatie beschikbaarheid;
- op grond van concrete en specifieke gegevens en argumenten ontleend aan feitelijke werkhervatting;

- op grond van concrete en specifieke gegevens en argumenten ontleend aan het dagverhaal en het functioneren in het algemeen van cliënt.

## 7.2 Bijlage II: voorbeeldcasus

De voorbeeldcasus geven een indruk van situaties waarin een beperking in arbeidsuren moet worden overwogen, alsmede van de aspecten die bij de beoordeling daarvan aan de orde komen. Er worden geen kant-en-klare oplossingen aangedragen, omdat voor elke casus geldt dat altijd in een praktijksituatie gegevens en overwegingen een rol spelen die medebepalend zijn voor de conclusie die de verzekeringsarts uiteindelijk trekt.

### Casus 1

Cliënt is een 60-jarige fulltime manager die zijn werk staakte wegens een adenocarcinoom van de oesophagus, waarvoor hij resectie van de oesophagus en proximale maag onderging. Voordien was er geen verzuim. Een halfjaar later is zijn conditie zodanig dat hij in overleg met de bedrijfsarts voor drie halve dagen per week hervat, op maandag, woensdag en vrijdag waarbij hij zwaardere taken kan delegeren. Bij evaluatie blijkt hij dit goed vol te houden en stapsgewijs wordt overgegaan op vier halve dagen op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag en later op vier hele dagen en na enige tijd ook de woensdagochtend.

Dan blijkt de vermoeidheid zodanig dat cliënt aan het eind van de week nog slechts met veel moeite zijn werk kan doen, terwijl bij uitvragen van het verdere dagverhaal blijkt dat zijn sociale leven tot een minimum is gereduceerd en hij in het weekend niet meer goed herstelt. Nadat de arbeidstijd is teruggebracht tot vier dagen blijkt het evenwicht juist hersteld. De bedrijfsarts overlegt hieromtrent met de verzekeringsarts met het oog op de WAO-claimbeoordeling.

### Casus 2

Cliënt is een 43-jarige fysiotherapeut die sinds 15 jaar langzaam progressieve reumatoïde artritis heeft. Diverse gewrichten, maar met name die van de bovenste extremiteiten, zijn aangetast. Het beeld is de laatste jaren tamelijk rustig. Cliënt kan zichzelf goed verzorgen maar er is een uitgesproken ochtendstijfheid, hij moet zichzelf iedere ochtend 'losmaken' en zich wassen, aankleden en eten neemt veel meer tijd dan normaal, ongeveer een tot twee uur in beslag. Hij vindt dat hij maar een paar uur per dag kan werken. Fysieke activiteiten putten hem snel uit, voor zover hij daartoe in staat is. 's Middags gaat hij meestal een half uur tot een uur liggen.

### Casus 3

Cliënte is een 35-jarige lerares die een ernstige depressie heeft doorgemaakt. Ze is drie maanden opgenomen geweest en daarna tot op heden psychotherapeutisch behandeld. Ze gebruikt antidepressiva. Ze is weliswaar opgeknapt maar nogal labiel; de psychiater schrijft dat zij een borderline persoonlijkheid heeft. Ze legt niet gemakkelijk contacten, en vereenzaamt. Ze wil weer halve dagen aan het werk, maar niet in het onderwijs. Hele dagen vindt ze teveel, ze is bang dan het overzicht over haar leven te verliezen en opnieuw depressief te worden. Er is bovendien een forse slaapbehoefte.

### Casus 4

Cliënte is een 52-jarige medewerkster van de huishoudelijke dienst. Ze werkt al vier jaar niet meer vanwege moeheidsklachten. De diagnose ME heeft zij zelf gesteld en is door de huisarts, internist en revalidatiearts onderschreven na uitvoerige

verwijzing. Cliënte ligt veel op bed, hetgeen de huisarts bevestigt. Haar echtgenoot en kinderen verzorgen haar en er is huishoudelijke hulp. Het gezin gaat al jaren niet meer op vakantie. Bij onderzoek een nadrukkelijk lijdende vrouw die het weinige dat zij toch nog doet als een heldendaad presenteert. Zij acht zichzelf volledig arbeidsongeschikt.

De verzekeringsarts overweegt dat er sprake is van een door de houding van de omgeving moeilijk te doorbreken situatie. Cliënte is ook al drie jaar arbeidsongeschikt. Aan de andere kant zal zij zo nooit beter worden en doet daar feitelijk ook geen enkele poging toe.

#### Casus 5

Cliënt is een 31-jarige medewerker hoveniersbedrijf die ten gevolge van een nierziekte drie maal per week in het ziekenhuis moet spoelen. Hij doet dit op dinsdag-, donderdag- en zaterdagochtend. Zijn werk wordt aangepast zodat hij alleen lichte taken hoeft te doen en na korte scholing doet hij inmiddels ook een gedeelte administratief werk. Hij verdraagt het spoelen over het algemeen redelijk goed en is op de dagen dat hij spoelt meestal om 14.00 uur weer op zijn werk. De overige werkdagen lukt het hem over het algemeen de hele dag zijn werk te doen, al gaat hij wel eens vroeger naar huis.

#### Casus 6

Cliënt is een 54-jarige bosarbeider die zijn werk gedeeltelijk staakte vanwege klachten van moeheid, pijn op de borst bij vrij flinke inspanning en verhoogde behoefte te rusten. De cardioloog stelde vast dat sprake is van coronairlijden en hypertensie. Bij een fietsproef ontstaan bij 140 Watt angina pectorisklachten maar hij fietst door tot 180 Watt. Er treedt een hypertensieve reactie op en typische angineuze klachten maar geen duidelijke coronairinsufficiëntie op het ECG. De bloeddruk blijkt moeilijk onder controle te houden. De cardioloog acht het zeer belangrijk dat cliënt in de middaguren voldoende rust kan nemen, ongeacht welke inspanningen cliënt verder verricht, vooral vanwege de moeilijk onder controle te houden bloeddruk.

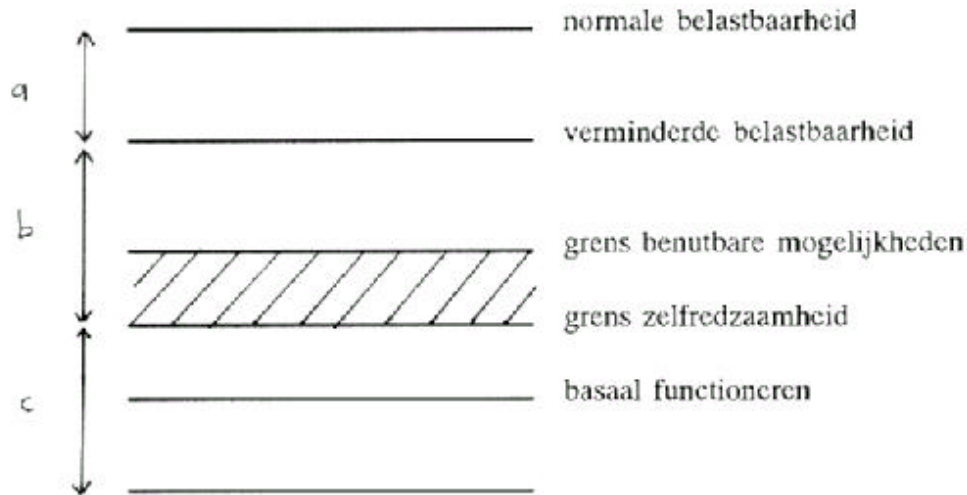
### 7.3 Bijlage III: uitwerking kwantitatieve en kwalitatieve veranderingen

Deze bijlage geeft aan hoe verschuivingen kunnen optreden in de mate waarin cliënt in staat is verschillende soorten activiteiten te verrichten. Er zijn twee invalshoeken, een kwantitatieve en een kwalitatieve, die als complementair moeten worden gezien.

#### 7.3.1 Kwantitatief

Door de verminderde mogelijkheden te functioneren of de verminderde beschikbaarheid van cliënt vereisen de normale dagelijkse activiteiten verhoudingsgewijs meer energie en/of tijd; er resteert minder energie en/of tijd voor arbeid.

Ter verduidelijking onderstaand schema met toelichting. Daarbij is aansluiting gezocht bij schema 2 uit de standaard *Geen duurzaam benutbare mogelijkheden* (voor een goed begrip: deze illustratie kan niet als een 'formule' worden beschouwd waarmee het aantal uren dat cliënt tot werken in staat is kan worden berekend).



Bij normale mogelijkheden is de energie nodig voor zelfredzaamheid:

$c/(a+b+c) \times 100\%$  (A) van de totaal beschikbare hoeveelheid energie.

Bij verminderde mogelijkheden is de energie nodig voor zelfredzaamheid:

$c/(b+c) \times 100\%$  (B) van de totaal beschikbare hoeveelheid energie.

Omdat  $A < B$  is er bij normale mogelijkheden niet alleen in absolute, maar ook in relatieve zin meer ruimte voor activiteiten buiten de energie die nodig is voor basaal functioneren en zelfredzaamheid.

### 7.3.2 Kwalitatief

Door de verminderde mogelijkheden te functioneren of de verminderde beschikbaarheid van cliënt is het functioneren in een arbeidssituatie moeilijker geworden, waardoor hij het minder lang volhoudt respectievelijk meer hersteltijd nodig heeft voor hij weer aan het werk kan.

Ter verduidelijking de volgende voorbeelden:

1. Cliënt is na een depressie doorgemaakt te hebben in zoverre niet hersteld dat hij sneller prikkelbaar is. Als hij een hele dag werkt is hij 's middags vaak niet te genieten in de omgang met collega's. Hij is dan ook niet meer in staat zichzelf te corrigeren. Hoewel een arbeidsprestatie de facto nog wel kan worden geleverd is de kwaliteit daarvan als gevolg van de communicatieproblemen van cliënt beneden de maat. Cliënt en zijn omgeving hebben ervaren dat deze problemen zich niet voordoen als hij minder uren werkt. Als hij toch een keer een hele dag werkt en met veel inspanning 'normaal' probeert te functioneren is hij 's avonds niets meer waard en moet hij het de volgende dag op zijn werk bezuren. De verzekeringsarts heeft een uitgebreid onderzoek ingesteld. Hij komt op grond

van al zijn gegevens tot de conclusie dat de verhoogde prikkelbaarheid van cliënt uitsluitend het gevolg is van zijn verminderde mogelijkheden. Externe spanningsbronnen spelen naar het zich laat aanzien geen rol. In deze situatie is het gerechtvaardigd het aantal uren dat cliënt kan werken te beperken.

2. Als gevolg van een gewrichtsaandoening heeft cliënt veel pijn. Hoewel de pijn altijd aanwezig is wordt hij overheersender naarmate de dag vordert. Cliënt is dan ook op zeker moment niet meer in staat zijn aandacht goed en voortdurend op zijn werk te richten: de pijn leidt hem er regelmatig vanaf. De verzekeringsarts heeft geen andere factoren vastgesteld die de verminderde aandacht van cliënt op zijn werk kunnen verklaren. Ook nu is het gerechtvaardigd tot een beperking in arbeidsuren te concluderen.

## 8 Lijst van geraadpleegde literatuur

1. Van den Oever, R.J. *Beperkte belastbaarheid in arbeidsduur - een verzekeringsgeneeskundige visie*. Scriptie vervaardigd in het kader van de opleiding sociale geneeskunde, tak verzekeringsgeneeskunde. Utrecht: Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, 1994.
2. Aarts, L.J.M. en De Jong, P.R. *Preventie van arbeidsongeschiktheid bij oudere werknemers*. Paper voorbereid ten behoeve van de studiemiddag over preventie van arbeidsongeschiktheid, belegd door het Onderzoeksoverleg Sociale Zekerheid en het Nederlands Genootschap Sociale Zekerheid te Zoetermeer. Leiden: faculteit der rechtsgeleerdheid, 11 april 1991.
3. Vroege, D. *Verkenningen rond het concept belasting-belastbaarheid*. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1982; 60: 793-798.
4. ICT-groep verzekeringsgeneeskundigen Amsterdam Kronenburg. *Beperking ten aanzien van arbeidsuren*. Verslag van besprekingen in het kader van intercollegiale toetsing. Amsterdam, december 1995.