



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## Geobjectiveerde arbeidsdeskundige beeld-, oordeels- en besluitvorming bij het duiden van functies met het CBBS

<b>Opbouw cases</b>		Pagina
Vignet	Korte samenvatting, kennis- en leervragen en zoektermen	2-3
Hoofdstuk 1	Samenvatting van de oorspronkelijke cases	4-7
Hoofdstuk 2	Commentaar en reflectie van de arbeidsdeskundigen op de aanpak in de oorspronkelijke cases	8-9
Hoofdstuk 3	Antwoorden op de kennis- en leervragen door commentatoren	10-18
Gehanteerde bronnen		19

<b>Samenstelling Casusgroep</b>	
Naam	Werkveld/werkgever
Mw. J. De Bie	Regiopoortwachter Zuidwest
Mw. P. Leentjens	UWV bijzondere zaken
Mw. C. Ori	Ori Consultancy
Dhr. E. Scheringa	EDCO Piramide advies ZZP
Mw. M. Van Tijn	UWV SMZ
Datum afronding casus	Mei 2016



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## VIGNET

### Titel casus

Geobjectiveerde arbeidsdeskundige beeld-, oordeels- en besluitvorming bij het duiden van functies met het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem.

### Korte situatieschets

Bij deze casus gaat het om een claimbeoordeling (eerstejaars ziekwetbeoordeling) van een jonge man met een niet-aangeboren neurologische aandoening, veroorzaakt door een herseninfarct. De maatgevende arbeid – robotlasser in drieploegendienst – is onder meer niet passend vanwege de beperking ten aanzien van de werktijden ('s avonds en 's nachts). De arbeidsdeskundige is voorafgaand aan het spreekuur op basis van dossierstudie van oordeel dat de man beschikt over een verdien capaciteit van ten minste 65 procent van het maatgevende loon. Na het spreekuur met de cliënt is de arbeidsdeskundige van mening dat de man helemaal nog niet beschikt over verdien capaciteit. Overleg met de verzekeringsarts leidt niet tot een bijstelling van de eerder vastgestelde belastbaarheid. Daarop besluit de arbeidsdeskundige de functies die bij een eerste inventarisatie mogelijk geschikt leken alsnog allemaal te verwerpen op arbeidsdeskundige gronden.

### Trefwoorden

Eerstejaars ziekwetbeoordeling, claimbeoordeling, vaststelling verdienvermogen, functionele mogelijkheden, oordeel arbeidsdeskundige, eigen waarneming (beeldvorming) arbeidsdeskundige.

### Onderzoeksvraag in de oorspronkelijke casus

- Is de cliënt geschikt voor de maatgevende arbeid?
- Wat is de verdien capaciteit in het kader van de eerstejaars Ziekwetbeoordeling?
- Heeft de cliënt recht op voortzetting van de Ziekwetuitkering?

### Conclusie van arbeidsdeskundige in casus

De arbeidsdeskundige acht de cliënt ongeschikt voor de maatgevende arbeid. Voor de cliënt zijn geen theoretische functies te duiden, waarmee hij meer dan 65 procent van het maatgevende inkomen kan verdienen. De Ziekwetuitkering van de cliënt wordt daarom voortgezet.

### Kennis- en leervragen

1. Welke activiteiten kan een arbeidsdeskundige uitvoeren om zijn eigen beeldvorming, naast die van de verzekeringsarts, in het kader van functieduiding met het CBBS zo objectief mogelijk te maken? Zijn daarvoor werkmethoden of hulpmiddelen beschikbaar en zo ja, welke?
2. Zijn er toepasbare (algemene) voorwaarden of regels op basis waarvan de arbeidsdeskundige kan komen tot (meer) objectiveerbare beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming? Wellicht ook bezien vanuit andere professionele beroepen? En zo ja, welke?
3. Welk handelingskader is er voor arbeidsdeskundigen, in het kader van de claimbeoordeling en de functieduiding, als de eigen waarneming van de arbeidsmogelijkheden sterk afwijkt van de visie van de verzekeringsarts?
4. Wie velt het oordeel als er geen consensus is tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige?

### Ingeschakelde commentatoren

- De heer Lex Feij, arbeidsdeskundig beleidsmedewerker /docent UWV Centraal Expertise Centrum.
- Mevrouw José van Assem, arbeidsdeskundig opleider UWV CEC Opleiden.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## **Gehanteerde bronnen**

- Basisinformatie CBBS, versie 15-04-2013, bladzijde 41:
  - Inhoudelijke afweging.
- Standaard Professionele Eindselectie.
- Uitspraak RSV 1987, 131: CRvB, 12-12-1986, nr. AAW/WAO 1983/S497.
- Schattingsbesluit (Arbeidsongeschiktheidswetten), hoofdstuk 2, artikel 3 en 4:
  - Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek.
- Schattingsbesluit (Arbeidsongeschiktheidswetten), hoofdstuk 3, artikel 5:
  - Doel arbeidsdeskundig onderzoek.

## **Domeinen waarvoor relevant**

Publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering, verzekerde werknemer, private verzekering, werkgever, arbodienst.

## **Fasen in levenscyclus arbeid & gezondheid waarvoor relevant**

Claimbeoordeling, uitvoering claimbeslissing, langdurige arbeidsongeschiktheid, re-integratie.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## 1. CASUS RAPPORTAGE

### 1.1 Onderzoekskader / aanleiding onderzoek

Cliënt is een jonge man die werkzaam was als robotlasser bij een metaalbedrijf. Hij is medio november 2014 ten gevolge van een acute neurologische aandoening arbeidsongeschikt geworden. Zijn dienstverband voor bepaalde tijd eindigde twee weken later van rechtswege. Cliënt heeft aansluitend een Ziektewetuitkering ontvangen. Aanleiding van het onderzoek is de Eerstejaars Ziektewet-beoordeling (hierna te noemen EZWB).

### 1.2 Onderzoeksvraag

Is cliënt geschikt voor de maatgevende arbeid?

Wat is de verdien capaciteit in het kader van de Eerstejaars Ziektewet-beoordeling?

Heeft de cliënt recht op voortzetting van de Ziektewet-uitkering?

### 1.3 Uitgevoerde Onderzoeksactiviteiten AD

- Er heeft dossierstudie plaatsgevonden.
- De arbeidsdeskundige heeft daarnaast:
  - telefonisch met de ex-werkgever gesproken;
  - met de cliënt in het bijzijn van zijn moeder gesproken;
  - het CBBS geraadpleegd;
  - overleg met de verzekeringsarts gehad;
  - telefonisch met de moeder van cliënt gesproken.

### 1.4 Visie cliënt

De cliënt is een jonge man van begin twintig, vader van twee jonge kinderen. Na zijn scheiding woont hij bij zijn ouders. Hij is alimentatieplichtig. Zijn werkervaring bestaat uit:

- drie jaar constructiebankwerker/lasser bij een bedrijf dat bussen produceert. De cliënt is hier meteen na zijn opleiding gaan werken.
- drie maanden robotlasser bij een internationaal bedrijf dat vrachtwagens produceert. Dit is tevens de maatgevende arbeid.

Tijdens het gesprek merkt de cliënt op dat hij de uitleg van de arbeidsdeskundige over de manier waarop de eerstejaars Ziektewetbeoordeling (EZWB) plaatsvindt niet kan volgen. Hij haakt tijdens het gesprek af. Dit is congruent met zijn huidige situatie, waarin hij moeite heeft met zijn geheugen en begrip, aldus zijn moeder.

De cliënt geeft aan dat hij veel moeite heeft in drukke omgevingen, zoals een winkelcentrum, supermarkt of restaurant. Hij raakt daar van slag, tot huilen toe, en moet dan soms een paar dagen bijkomen. De cliënt vertelt dat hij nog dagelijks moet rusten om de dag door te kunnen komen. Hij merkt ook op dat hij zich onzeker voelt over zijn toekomst. Hij heeft altijd hard gewerkt en heeft na de praktijkschool diverse lasopleidingen, allemaal op mbo-niveau 2, behaald. Nu is het onzeker of hij kan terugkeren in zijn beroep. De cliënt is heel gemotiveerd om in zijn eigen inkomen en dat van zijn twee kleine kinderen te kunnen voorzien.

### 1.5 Visie leidinggevende/werkgever

De werkgever heeft in een telefonisch gesprek over de inhoud van de maatgevende arbeid aan de arbeidsdeskundige aangegeven dat de werkzaamheden worden verricht in drieploegendiensten (inclusief de nacht). Dagelijks gelden er targets die gehaald moeten worden om de benodigde



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

aantallen vrachtwagens te kunnen produceren. De cliënt produceerde als robotlasser diverse onderdelen die nodig zijn voor de assemblage van vrachtwagens. De werkzaamheden vinden plaats in een grote fabriekshal aan een productielijn. De taken van de cliënt bestonden zowel uit de bediening van de lasrobot (waaronder programmeren) als uit het handmatig verrichten van laswerkzaamheden die de robot niet kan verrichten.

## 1.6 Omschrijving van de beperkingen en mogelijkheden

De verzekeringsarts heeft de functionele mogelijkheden van de cliënt vastgesteld en weergegeven in zijn rapportage en functionele mogelijkhedenlijst (FML):

- Er gelden beperkingen ten aanzien van stresserende werkzaamheden: het vasthouden en verdelen van de aandacht is maximaal de normaalwaarde. De cliënt is ook beperkt ten aanzien van zware fysieke belastingen en face-to-face-contacten, waarbij kans op conflicten bestaat. In verband met een verhoogd afbreukrisico kan er geen grote verantwoordelijkheid worden opgelegd aan de cliënt. Hij is aangewezen op werk dat geen hoge cognitieve eisen aan hem stelt, zonder multitasking in een prikkelarme omgeving.
- Er geldt geen beperking ten aanzien van het aantal te werken uren, maar 's avonds en 's nachts werken is niet mogelijk.
- Prognose: de verzekeringsarts heeft aangegeven dat de belastbaarheid op de langere termijn aanzienlijk zal verbeteren.

De arbeidsdeskundige heeft na het spreekuur met cliënt overlegd met de verzekeringsarts. De arbeidsdeskundige heeft tijdens het spreekuur gemerkt dat de cliënt veel moeite had om het gesprek te volgen. De cliënt begreep de mondelinge toelichting niet over de manier waarop de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling plaatsvindt, ook niet nadat de arbeidsdeskundige zijn uitleg ondersteunde met visuele informatie. De arbeidsdeskundige vraagt zich af – en ernstige twijfel overheerst – of de cliënt in staat is om mondelinge instructies of instructies via werktekeningen (zoals deze in productiefuncties aan de orde zijn) te begrijpen en uit te kunnen voeren. De cliënt heeft daarnaast opgemerkt dat hij dagelijkse rustperiodes nodig heeft, vooral op de dagen dat hij wordt overprikeld.

De arbeidsdeskundige heeft ook verduidelijking gevraagd van de functionele mogelijkheden. Hierbij heeft de verzekeringsarts aangegeven dat met 'prikkelarme omgeving' een omgeving zonder veel geluid en fel licht wordt bedoeld. Voorbeelden van een prikkelrijke omgeving zijn onder meer een markthal, kantoortuin of drukke productieomgeving. De cliënt is niet in staat gelijktijdig verschillende handelingen uit te voeren. Evenmin kan van hem nu verwacht worden zelf uit te vinden hoe een handeling verricht moet worden en kan hij zelf geen oplossing voor een probleem bedenken.

De verzekeringsarts geeft aan dat werk dat aan de hand van schriftelijke voorbeelden of instructies kan worden uitgevoerd op dit moment juist goed bij cliënt past. De cliënt wordt alsnog beperkt geacht voor beroepsmatig vervoer vanwege medicatiegebruik.

De verzekeringsarts ziet in het beschreven beeld van de arbeidsdeskundige ook geen aanleiding tot bijstelling van de functionele mogelijkheden van de cliënt ten aanzien van het persoonlijk functioneren of redenen voor een urenbeperking.

## 1.7 Resultaten overig onderzoek door AD

De arbeidsdeskundige heeft de arbeidsmogelijkheden en verdien capaciteit van de cliënt beoordeeld met behulp van het CBBS.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## Maatgevende arbeid

De arbeidsdeskundige acht de cliënt niet geschikt voor de maatgevende arbeid. De belastbaarheid van de cliënt ten opzichte van de belasting in de functie wordt overschreden, omdat de cliënt niet 's avonds en 's nachts kan werken en de werkzaamheden in drieploegendiensten worden verricht. Bovendien vinden de werkzaamheden plaats in een rumoerige productieomgeving, terwijl de cliënt aangewezen is op een prikkelarme omgeving.

## Gerealiseerde arbeid

De cliënt is niet werkzaam.

## Gangbare arbeid

De geautomatiseerde voorselectie in het CBBS presenteerde 36 SBC-codes die leiden tot een verdien capaciteit van ten minste 65 procent van het maatgevende loon. Toch concludeert de arbeidsdeskundige uiteindelijk dat geen van de functies passend is in relatie tot de mogelijkheden van de cliënt. Zo sluit een aantal functies niet aan bij het opleidings- en ervaringsniveau van de cliënt. Functies met klantcontact vinden vaak plaats in een prikkelrijke omgeving, waarbij sprake is van face-to-face-contacten met kans op conflicten. Dit betekent dat slechts een beperkt aantal functies overblijft. In deze functies worden in een relatief prikkelarme omgeving producten gemonteerd of samengesteld met behulp van een schriftelijk voorbeeld c.q. werktekening. Deze functies beschouwt de arbeidsdeskundige echter alsnog niet als passend.

## **1.8 Beschouwing en visie van AD**

De maatgevende arbeid is in eerste instantie al ongeschikt bevonden.

Bij het onderzoek naar de theoretische verdien capaciteit op basis van het CBBS ondervindt de arbeidsdeskundige het volgende dilemma. Van de 36 SBC-codes die de automatische voorselectie presenteert, resteert slechts een aantal functies die passen bij het opleidingsniveau van de cliënt en binnen de belastbaarheid zoals verwoord in de functionele mogelijkhedenlijst en de verzekeringsgeneeskundige rapportage. Hiermee zou de cliënt over een verdien capaciteit van ten minste 65 procent beschikken en moet de Ziektewetuitkering worden beëindigd.

Het beeld dat de arbeidsdeskundige heeft gekregen van cliënt tijdens het spreekuur, ondersteund met het dagverhaal, leidt echter tot de overtuiging dat de cliënt nog niet in staat is tot het verrichten van arbeid. De cliënt blijkt bijvoorbeeld niet in staat te begrijpen hoe de beoordeling tot stand komt, hoezeer hij ook (zichtbaar) zijn best doet. De arbeidsdeskundige neemt waar dat de cliënt de uitleg niet begrijpt, ook niet bij herhaalde uitleg in zeer eenvoudige bewoordingen en met het gebruik van visuele ondersteuning in de vorm van eenvoudige tekeningen. De cliënt bevestigt ook desgevraagd niet te kunnen bevatten wat hem wordt uitgelegd. Hij verzoekt de arbeidsdeskundige zijn moeder te benaderen voor het vervolg van de beoordeling en het daaropvolgende telefonische contact over de uitkomst ervan.

## **1.9 Conclusies AD**

De arbeidsdeskundige acht de cliënt ongeschikt voor de maatgevende arbeid. Er zijn daarnaast geen theoretische functies op grond waarvan de cliënt meer dan 65 procent van het maatgevende inkomen kan verdienen. De Ziektewetuitkering van de cliënt wordt daarom voortgezet.

## **1.10 Advies en vervolgstappen AD**

De arbeidsdeskundige is van mening dat de cliënt zeer gemotiveerd is om in zijn eigen levensonderhoud te voorzien, vooral voor zijn kinderen. Hervatting in de maatgevende arbeid is op



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

korte termijn niet mogelijk, en waarschijnlijk op langere termijn ook niet meer. De cliënt lijkt zelf niet in staat te zijn te onderzoeken welke beroepsrichting past bij zijn mogelijkheden c.q. belastbaarheid. De arbeidsdeskundige meldt de cliënt aan bij een re-integratiebedrijf dat gespecialiseerd is in zijn aandoening voor een traject gericht op re-integratie en de ondersteuning bij het zoeken naar werk zal. Medio 2016 zal een Toets verbetering belastbaarheid tweede ziektejaar worden uitgevoerd.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## 2. ANALYSE CASUS door casusgroep t.b.v. BEOORDELING COMMENTATOREN

### 2.1 Samenvatting probleemdefiniëring/context voor de vragen aan de commentator

Bij de beoordeling van de functies hebben de eigen waarnemingen/beeldvorming van de arbeidsdeskundige bij het verwerpen van de functies de doorslaggevende rol gespeeld. De arbeidsdeskundige is dus niet uitgegaan van het oordeel van de verzekeringsarts. Bij de beoordeling van de krachten en bekwaamheden en door de handmatige selectie van een aantal FML-criteria komt de arbeidsdeskundige tot zijn oordeelsvorming en vervolgens de afwijzing van functies. Nader overleg met de verzekeringsarts heeft niet geleid tot bijstelling van de belastbaarheid van de cliënt.

#### *Waarom is deze casus interessant voor arbeidsdeskundigen?*

Deze casus is met name interessant omdat arbeidsdeskundigen in alle werkvelden regelmatig te maken hebben met een 'andere beeldvorming' van de cliënt dan die van de verzekeringsarts en/of de bedrijfsarts. Wij willen met deze casus onderzoeken hoe de eigen beeldvorming van een arbeidsdeskundige over een cliënt zo goed mogelijk geobjectiveerd kan worden en welke ruimte de arbeidsdeskundige heeft om de eigen beeldvorming mee te nemen in zijn (claim)beoordeling.

### 2.2 Mogelijke eerste gedachten voor oplossingsrichtingen

#### 2.2.1 *Het handelingskader voor arbeidsdeskundigen in het kader van de claimbeoordeling en de functieduiding*

Een claimbeoordeling is een teambeslissing van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige. Met behulp van de verzekeringsgeneeskundige rapportage (waarin de verzekeringsarts een sociaal-medisch profiel van de cliënt heeft geschetst), de bijbehorende functionele mogelijkhedenlijst (FML) van de cliënt op dat moment en eventueel een mondelinge toelichting van de verzekeringsarts krijgt de arbeidsdeskundige inzicht in de belastbaarheid van de verzekerde (zie hiervoor ook de bijlage Schattingsbesluit voor verzekeringsarts, hoofdstuk 2, artikel 3 en 4).

Het CBBS (Claimbeoordelings- en Borgingssysteem) is een hulpmiddel om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen volgens de criteria/wetten vanaf 1 oktober 2004. Dit systeem is primair bedoeld voor intern gebruik binnen UWV. De volgende professionals maken onder meer gebruik en genereren informatie uit dit systeem:

- De arbeidsdeskundige analist: deze legt informatie over concreet voorkomende functies vast in het CBBS-systeem.
- De verzekeringsarts: deze legt informatie over de functionele mogelijkheden van de cliënt vast in het CBBS in de FML, die als bijlage bij de rapportage van de verzekeringsarts wordt gevoegd.
- De arbeidsdeskundige: deze legt bepaalde informatie vast over de maatman, de bekwaamheden van de cliënt. Ook rapporteert de arbeidsdeskundige uit het CBBS.

In de CBBS-handleiding staat dat het CBBS op grond van de ingevoerde gegevens geautomatiseerd functies selecteert die evident potentieel geschikt zijn voor een bepaalde cliënt. Het systeem signaleert bij de potentieel geschikte functies punten die in ieder geval extra aandacht behoeven bij de beoordeling of deze functies daadwerkelijk geschikt zijn voor de cliënt. Bij een (claim)beoordeling wordt algemene gangbare arbeid geduid. Door de hierboven beschreven werkwijze krijgt de arbeidsdeskundige een beeld van de cliënt en zijn mogelijkheden in het werk. Met deze informatie als basis beoordeelt de arbeidsdeskundige – met in achtneming van de geldende jurisprudentie – of de potentieel geschikte functies daadwerkelijk geschikt zijn. Indien nodig overlegt hij hierover met de verzekeringsarts of de arbeidsdeskundige analist. Uiteindelijk bepaalt de arbeidsdeskundige de mate





Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

van arbeidsongeschiktheid (zie hiervoor ook het Schattingsbesluit voor arbeidsdeskundige, hoofdstuk 3, artikel 5 in de bijlage).

## *2.2.2 Welke mogelijkheden heeft een arbeidsdeskundige om zijn beeld van een verzekerde te objectiveren?*

Het uitgangspunt van de CBBS-claimbeoordeling is dat de uiteindelijke beoordeling een teambeslissing is van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige. Daarbinnen hebben de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige elk hun eigen informatieverzamelings- en bewegingsruimte. Wetgeving en jurisprudentie beperken deze ruimte. Bij blijvende uiteenlopende opvattingen lijkt een andere aanvullende werkwijze voor de arbeidsdeskundige geboden.

Samengevat: op basis van de bevindingen van de verzekeringsarts, de functionele mogelijkheden zoals vastgelegd in het verzekeringsgeneeskundig rapport en de functionele mogelijkhedenlijst, het maatmanloon en de maatmanurenomvang, draait de arbeidsdeskundige een voorselectie uit het CBBS. Voor de professionele eindselectie – waarbij de arbeidsdeskundige nagaat of de voorgeselecteerde functies ook daadwerkelijk geschikt zijn voor de cliënt – is nader contact met de cliënt noodzakelijk. Dit contact is noodzakelijk om de precieze bekwaamheden, zoals opleidingen, ervaringen en vaardigheden en het precieze functieniveau waarop de cliënt voor uitval functioneerde, te achterhalen. De arbeidsdeskundige onderzoekt de voorgeselecteerde functies vervolgens op geschiktheid voor de cliënt. Hij beoordeelt of de bekwaamheden van de cliënt aansluiten bij de aannames-eisen voor de functie, de opleiding, ervaring en vaardigheden. Ook beoordeelt de arbeidsdeskundige of de cliënt voldoende mogelijkheden heeft om aan de belasting van de functie te kunnen voldoen. In geval van twijfel zal de arbeidsdeskundige met een gerichte vraag in overleg met de verzekeringsarts moeten gaan om te beoordelen of er medische redenen zijn waardoor de cliënt niet in staat is de belastingen in de functie uit te voeren.

## *2.2.3 Hoe kan de arbeidsdeskundige zijn eigen beeldvorming, naast die van de verzekeringsarts, in het kader van functieduiding middels het CBBS zo objectief mogelijk maken?*

De arbeidsdeskundige moet tijdens het gesprek met de cliënt op zoek gaan naar zo concreet mogelijke feiten. Van belang is dat de arbeidsdeskundige de cliënt naar concrete voorbeelden vraagt en hem dit zelf laat verwoorden. Op die manier kan de arbeidsdeskundige gerichtere en onderbouwde vragen stellen aan de verzekeringsarts. De verzekeringsarts zal dan met medische feiten moeten onderbouwen waarom hij het niet eens is met de waarneming van de arbeidsdeskundige.

De arbeidsdeskundige kan zijn oordeel onderbouwen door:

- Een second opinion, waarbij hij de situatie met een collega-arbeidsdeskundige en stafarbeidsdeskundige bespreekt.
- Inschakeling van een interne specialist, bijvoorbeeld een arbeidsanalist. Deze heeft de functie onderzocht in de feitelijke toestand waarin die wordt uitgevoerd en kan dus uitsluitel geven over alle belastingen in de functie en de omstandigheden waaronder deze wordt uitgevoerd.
- Het gebruik van een aantal beschikbare hulpmiddelen, zoals het participatiegerichte interview. Het gewicht van dit instrument moet wel nog beleidsmatig worden vastgesteld voor de WIA- en Ziektewetbeoordelingen.

## *2.2.4 Kennis- en Leervragen*

1. Welke activiteiten kan een arbeidsdeskundige uitvoeren om zijn eigen beeldvorming, naast die van de verzekeringsarts, in het kader van functieduiding met het CBBS zo objectief mogelijk te maken? Zijn daarvoor werkmethoden of hulpmiddelen beschikbaar en zo ja, welke?



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

2. Zijn er toepasbare (algemene) voorwaarden of regels op basis waarvan de arbeidsdeskundige kan komen tot (meer) objectieerbare beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming? Wellicht ook bezien vanuit andere professionele beroepen? En zo ja, welke?
3. Welk handelingskader is er voor arbeidsdeskundigen, in het kader van de claimbeoordeling en de functieduiding, als de eigen waarneming van de arbeidsmogelijkheden sterk afwijkt van de visie van de verzekeringsarts?
4. Wie velt het oordeel als er geen consensus is tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige?



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

### 3. ANTWOORDEN OP KENNIS- EN LEERVragen DOOR COMMENTATOREN.

#### 3.1 Antwoorden van de commentatoren op de kennis- en de leervragen:

*Vraag 1: Welke activiteiten kan een arbeidsdeskundige uitvoeren om zijn eigen beeldvorming, naast die van de verzekeringsarts, in het kader van functieduiding met het CBBS zo objectief mogelijk te maken? Zijn daarvoor werkmethoden of hulpmiddelen beschikbaar en zo ja, welke?*

*Vraag 2: Welk handelingskader is er voor arbeidsdeskundigen, in het kader van de claimbeoordeling en de functieduiding, als de eigen waarneming van de arbeidsmogelijkheden sterk afwijkt van de visie van de verzekeringsarts?*

De arbeidsdeskundige heeft de taak om de passendheid van functies te beoordelen. Het begrip 'passendheid' heeft twee aspecten:

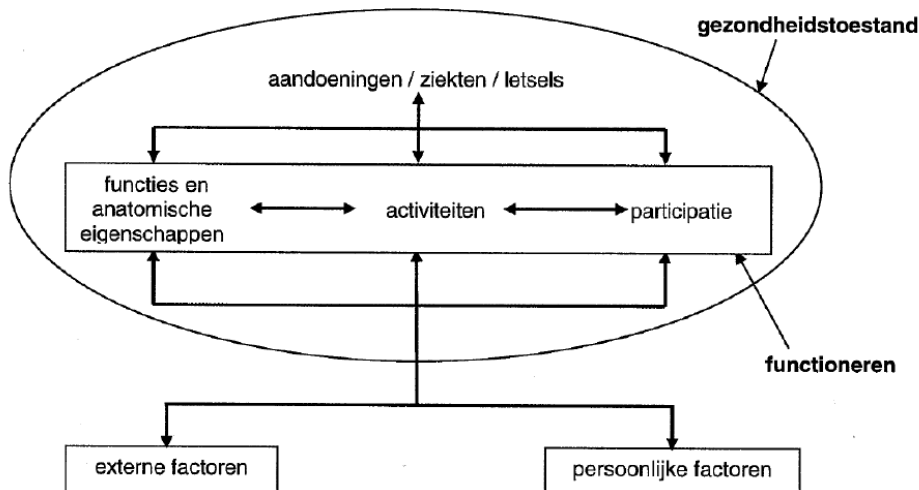
1. De belasting in het werk.
2. De functie-eisen.

We spreken hierbij ook wel van 'krachten en bekwaamheden'.

Om de passendheid van een functie te kunnen beoordelen, verzamelt de arbeidsdeskundige gegevens over de cliënt. Daarbij onderzoekt hij welke opleiding en ervaring de cliënt heeft (zijn bekwaamheden) en of hij aan de functie-eisen kan voldoen. In het gesprek met de cliënt krijgt de arbeidsdeskundige ook andere informatie, bijvoorbeeld over het functioneren van de cliënt. De arbeidsdeskundige onderzoekt niet zelf de belastbaarheid van de cliënt. Dit is de bevoegdheid van de verzekeringsarts. Voor de arbeidsdeskundige is de belastbaarheid, zoals de verzekeringsarts die vastlegt in de FML, dus een feit. Het is wel de bevoegdheid/taak van de arbeidsdeskundige om met al deze gegevens de passendheid van functies te beoordelen, zowel theoretisch met CBBS als in gerealiseerde arbeid.

#### ICF-schema

Het ICF-schema biedt daarvoor een handvat. De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wordt binnen UWV op dit moment alleen toegepast bij de Sociaal Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBO). In de [Leidraad Arbeidsparticipatie](#) wordt de ICF ook toegepast. De principes en de denkwijze van de ICF kunnen echter heel goed binnen meerdere domeinen van de arbeidsdeskundige worden gebruikt, zoals de oordeelsvorming in verband met een ziektewet- of WIA:





Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

In het schema hierboven staat het functioneren centraal. Het menselijk lichaam (anatomie en functie van organen, skelet, hersenen, hart) zorgt ervoor dat wij allerlei activiteiten kunnen doen, zoals staan, lopen, horen, nadenken of spreken. Deze activiteiten maken participatie in werk mogelijk. Als iemand ziek wordt, heeft dit consequenties voor zijn functioneren (zie het schema, het gedeelte binnen de ellips). Een bepaald lichaamsdeel functioneert niet meer goed, waardoor deze persoon *moeilijkheden* krijgt met het *uitvoeren van bepaalde activiteiten*. Met andere woorden, er verandert iets in de gezondheidstoestand van deze persoon. Het gevolg kan zijn dat er participatieproblemen in werk ontstaan. In het schema is te zien dat we dan spreken van een *stoornis (afwijking in anatomie of functie)*, een *beperking (moeilijkheid met het uitvoeren van activiteiten)* en *participatieprobleem (niet kunnen participeren in werk)*. De belasting in het werk overschrijdt de belastbaarheid van de cliënt op bepaalde aspecten van zijn functie. De ziekte heeft dus een negatieve invloed op het functioneren van deze persoon.

Iemands functioneren wordt echter niet alleen beïnvloed door ziekte, maar ook door *externe en persoonlijke* factoren.

- Persoonlijke factoren gaan over wie iemand is. Dit zijn onder andere iemands opleiding, kennis en vaardigheden. Maar het gaat ook om persoonlijkheid, levensovertuiging, opvoeding, motivatie om te werken en iemands affiniteiten.
- Externe factoren zijn bijvoorbeeld werkvoorzieningen die de participatieproblemen in werk oplossen. Een externe factor is ook de werkplek.

Participatieproblemen als gevolg van ziekte kunnen worden beïnvloed door persoonlijke factoren. Op die manier kan worden verklaard waarom iemand die heel graag weer aan het werk wil beter met zijn beperkingen omgaat en daardoor eerder aan het werk kan gaan dan iemand die vindt dat zijn beperkingen zo erg zijn dat hij niets meer kan.

In het schema is te zien dat alle onderdelen elkaar kunnen beïnvloeden. Persoonlijke en externe factoren kunnen een positieve invloed op het functioneren hebben. Dat noemen we *ondersteunend*. Hebben ze een negatieve invloed, dan gebruiken we de term *belemmerend*.

#### Deze casus

In deze casus gaat het om een cliënt die een aantal psychische beperkingen heeft. Bij de beeldvorming komt de arbeidsdeskundige erachter dat de klant het gesprek niet goed kan volgen. Dat kan iets zeggen over zijn aandacht en cognitie. Is de cliënt wel geïnteresseerd in de boodschap van het gesprek en kan hij om die reden zijn aandacht er niet bijhouden? Of is de cliënt gewoon niet in staat een gesproken boodschap te begrijpen (een activiteit in het ICF-schema)? Zelfs als het verhaal met plaatjes wordt verduidelijkt – ondersteunende externe factor – lijkt de cliënt het niet te kunnen begrijpen. De beperkingen van de cliënt lijken ernstiger dan de verzekeringsarts aangeeft. Vervolgens ontstaat er twijfel of de cliënt tekeningen kan lezen met als mogelijke consequentie dat functieduiding uiteindelijk niet mogelijk is.

Tekeningen lezen is een onderdeel van werk: participatie. Als de cliënt geen tekeningen kan lezen heeft hij een participatieprobleem. Hij heeft dan een dusdanige beperking dat hij dit niet kan (bijvoorbeeld vasthouden van de aandacht).

In deze casus dringt zich de vraag op of de cliënt inderdaad het gesprek niet begrijpt en geen tekeningen kan lezen door zijn *ziekte* of door zijn *persoon*. Terug naar het ICF-schema: wordt het functioneren van deze persoon waar het gaat om de activiteit 'vasthouden van de aandacht' of 'begrijpen van gesproken boodschappen' beïnvloed door ziekte of door gedrag of misschien zelfs



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

door een externe factor? Die factor zou dan zijn moeder zijn, die alles voor hem regelt, beslist en ook voor hem het woord voert.

Als een cliënt het schattingsgesprek niet goed begrijpt, kan dat niet alleen liggen aan zijn beperkingen door de ziekte, maar ook aan zijn begripsvermogen (persoonlijke factor). De cliënt heeft de praktijkschool gedaan en heeft een aantal lasdiploma's behaald. Hij wordt nu geconfronteerd met een verzekeringstechnisch gesprek met grote consequenties. Misschien komt de boodschap ook niet bij hem binnen vanwege het feit dat hij zich onzeker voelt over zijn toekomst (persoonlijke factor). Voor veel cliënten zijn dergelijke gesprekken moeilijk te volgen. Het beeld dat de cliënt het gesprek niet begrijpt, past echter ook bij zijn moeite met geheugen en begrip. En dat is dan weer de visie van de moeder.

Voordat we de constatering dat de cliënt moeite heeft met het begrijpen van het gesprek doortrekken naar tekeningen lezen en de consequenties dat zijn beperkingen ernstiger zijn dan de verzekeringsarts aangeeft, is nader onderzoek belangrijk. Waarom begrijpt de cliënt het gesprek niet? Zijn er andere voorbeelden uit het dagelijkse leven waaruit blijkt dat de cliënt een verminderd begripsvermogen heeft of minder goed zijn aandacht kan vasthouden? Wat is nu precies de relatie tussen het niet kunnen volgen van een gesprek ondanks plaatjes en het niet kunnen lezen van tekeningen? Het lezen van tekeningen moet voor de cliënt niet onbekend zijn, gezien zijn lasopleiding. De arbeidsdeskundige zou kunnen uitvragen hoe goed de cliënt hier vroeger in was en hoe zich dat verhoudt met de huidige situatie. Wat is er precies verloren gegaan?

Belangrijk is in elk geval om erachter te komen of de beperkingen van de cliënt inderdaad ernstiger zijn dan de verzekeringsarts heeft vastgesteld. De arbeidsdeskundige zou hiervoor de UWV- methode Participatie Gericht Interviewen (PGI) kunnen gebruiken. In dat geval vraag hij de *ervaren belemmeringen* uit bij de cliënt. Het gaat hier om de *beleving* van de cliënt aan de hand van concrete voorbeelden. Een arbeidsdeskundige is namelijk geen verzekeringsarts. Ervaren belemmeringen worden pas *beperkingen* als de verzekeringsarts ze kan verklaren en objectiveren vanuit het ziektebeeld.

De verzekeringsarts blijft bij zijn standpunt dat de cliënt tekeningen kan lezen. Sterker nog, de verzekeringsarts vindt communicatie door middel van afbeeldingen juist bij de cliënt passen. Waarom vindt de verzekeringsarts dat? Als de arbeidsdeskundige de hierboven beschreven methoden hanteert, kunnen scherpere vragen voor de verzekeringsarts worden geformuleerd. De arbeidsdeskundige is dan een betere gesprekspartner, omdat hij zijn standpunt dan beter kan onderbouwen. Dit maakt dat ook hier een betere discussie ontstaat. Wij opereren immers op het raakvlak van de bevoegdheden van de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts. Het (participatie)probleem van tekeningen lezen, heeft raakvlakken met een aantal beperkingen bij de cliënt. Hoe ernstig zijn deze beperkingen?

De bevoegdheden van de arbeidsdeskundige zijn duidelijk beschreven: het vaststellen van de ernst van beperkingen hoort daar niet onder. Want dat is het exclusieve terrein van de verzekeringsarts. Bij een WIA-beoordeling hebben we te maken met het schattingsbesluit, waarin staat dat de verzekeringsarts de beperkingen vaststelt. Er is wel een beoordeling, waarbij de met PGI uitgevraagde ervaren belemmeringen van de cliënt gebruikt mogen worden zonder verzekeringsgeneeskundig oordeel. Dan gaat het om een participatiegericht advies voor de gemeente. In dat geval is niet de precieze medische diagnose belangrijk, maar meer de vraag naar de praktisch benutbare mogelijkheden van de cliënt.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

Wat bij deze Ziektewetbeoordeling wel tot de bevoegdheid van de arbeidsdeskundige behoort, is de weging belasting/belastbaarheid. Bij de functieduiding betekent dat in dit geval dat de arbeidsdeskundige de ingewikkeldheid van het tekeningen lezen moet onderzoeken en relateren aan de aard van de functie. In ICF-terminen: de arts beschrijft de ernst van de beperkingen (moeilijkheden bij het uitvoeren van activiteiten) en de arbeidsdeskundige onderzoekt het daarbij behorende participatieprobleem (tekeningen kunnen lezen) en de eventuele oplossing daarvoor. Wel kun je een discussie aangaan over de *ernst* van de beperkingen door methodisch te werk te gaan.

## Conclusie commentator

Er zijn geen gronden om in deze casus als arbeidsdeskundige af te zien van functieduiding op grond van een aantal constatering in het gesprek met de cliënt. Zeker niet als de verzekeringsarts vanuit het ziektebeeld van de cliënt geen aanleiding ziet om af te wijken van het standpunt dat de cliënt tekeningen kan lezen.

Onze derde vraag is door de andere commentator beantwoord en geeft informatie en handvatten over de interpretatie van onze waarnemingen als arbeidsdeskundige.

*Vraag 3: Zijn er toepasbare (algemene) voorwaarden of regels op basis waarvan de arbeidsdeskundige kan komen tot (meer) objectiveerbare beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming? Wellicht ook bezien vanuit andere professionele beroepen? En zo ja, welke?*

## Belang van objectieve beeldvorming

Vanuit de technieken van rapporteren en argumenteren geldt: zolang nog één persoon niet overtuigd is van de juistheid van het advies/beoordeling is dit niet voldoende onderbouwd. Aangezien deze casus is ingebracht als voorbeeldcasuïstiek met mogelijke dilemma's geeft dit al aan dat niet iedereen in deze casus overtuigd is van de juistheid van de beoordeling of het handelen.

## Beeldvorming zo objectief mogelijk houden

Door gegevens te verzamelen op feitelijk niveau houdt men de beeldvorming zo objectief mogelijk. Een advies of beoordeling krijgt meer overtuigende waarde als ze gestaafd wordt door feiten. Het antwoord op je onderzoeksvraag is in de terminologie van argumentatie het standpunt dat je in je rapport onderbouwt. Dit doe je door criteria te verbinden aan je onderzoeksgegevens.

Onderzoekgegevens kun je onderscheiden in feiten en niet-feiten. Daarnaast is er altijd sprake van een bron waar je gegevens vandaan komen. Van je onderzoeksgegevens zijn de feiten het meest objectief, want deze kun je controleren. Bijvoorbeeld: de cliënt moet nachtdiensten draaien in zijn functie (feit). Dit staat in de functiebeschrijving (objectieve bron). Volgens de werkgever en werknemer vinden de werkzaamheden ook plaats zoals beschreven in de functiebeschrijving (niet-objectieve bronnen maar dubbel bevestigd). Voorbeelden van niet-feiten zijn bijvoorbeeld meningen, ervaringen, observaties, normen, waarden en emoties.

Door goede gesprekstechnieken te gebruiken en de juiste vragen te stellen, kun je gegevens zo concreet en feitelijk mogelijk verzamelen. Het maakt daarbij niet uit welke gesprekstechniek of methode je gebruikt. Je moet vooral doorvragen. Dit doe je door te vragen naar mate en getal. Hiervoor kun je de volgende vraagwoorden/vragen gebruiken: welke, wanneer, hoe lang, hoe vaak, wanneer niet, waaruit blijkt dit, wat doet u dan, waar voldoet dit aan en waar bestaat dit uit?



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

Een voorbeeld: de cliënt heeft in zijn dagverhaal aangegeven dagelijkse rustperiodes nodig te hebben. Concreter is echter: de cliënt geeft in zijn dagverhaal aan dat hij dagelijks tussen 15.00 en 17.00 uur moet slapen. Doet hij dit niet, dan komt hij die dag niet meer van de bank af.

## Hoe kun je overtuigen met argumentatie op basis van niet-feitelijke gegevens?

Dit doe je door je mening, ervaring of observatie te ondersteunen met de mening, ervaring en observaties van anderen. In deze casus wordt de beoordeling dat er geen functies geduid kunnen worden gestaafd door een observatie van de arbeidsdeskundige: *'De cliënt kan geen eenvoudige productiefuncties verrichten, want hij begrijpt geen werktekeningen: hij begrijpt mijn uitleg over de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet, ook niet nadat ik dit met beelden heb uitgelegd.'*

De arbeidsdeskundige versterkt dit argument door de observaties van de moeder aan te voeren: de moeder geeft ook aan dat de cliënt moeite heeft met geheugen en begrip. Ook de cliënt zelf bevestigt desgevraagd niet te kunnen bevatten wat hem wordt uitgelegd. Toch overtuigt deze versteviging de observatie van de arbeidsdeskundige niet. Dit komt doordat ook de mening van de verzekeringsarts bekend is. Deze vindt namelijk dat de cliënt juist heel goed instructies aan de hand van een schriftelijk voorbeeld kan uitvoeren. De verzekeringsarts geniet daarbij meer autoriteit, omdat hij deskundig wordt geacht in het vaststellen van de belastbaarheid. De belastbaarheid zoals vastgelegd in de FML is voor de arbeidsdeskundige een feit. Een arbeidsdeskundige is zelf niet deskundig op dit terrein (SRA-gedragscode, artikel 3d: de rapportage beperkt zich tot de deskundigheid van de rapporteur).

## Eindconclusie van de casusgroep

Wij hebben deze casus gekozen om als arbeidsdeskundige een geobjectiveerde beeld-, oordeels- en besluitvorming bij het duiden van functies middels het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem te krijgen. Wat wij uit de antwoorden van de commentatoren hebben geleerd, is dat er een aantal methodes toegepast kan worden, zoals PGI en ICF. Heb je als arbeidsdeskundige je feiten duidelijk, dan kun je een betere gesprekspartner zijn in je contact met de verzekeringsarts en/of de bedrijfsarts. Wat bij deze Ziektewetbeoordeling wel tot je bevoegdheid behoort, is de weging belasting/belastbaarheid (krachten en bekwaamheden).

Tijdens de bespreking van de casus en na het lezen van het ontvangen commentaar van de twee commentatoren is bij ons toch nog een vierde vraag voor de commentatoren ontstaan, namelijk:

*Vraag 4: Wie velt het oordeel als er geen consensus tussen de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts is?*

Het aanvullende antwoord van de commentatoren luidt als volgt:

Een inhoudelijk visieverschil hoort in de professionele lijn tot oplossing te komen, in eerste instantie via de adviseurs verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Als die er niet uitkomen, komt het bij de landelijk adviseurs verzekeringsarts en arbeidsdeskundige en dan uiteindelijk bij de Medisch Adviseur landelijk en de Arbeidsdeskundig Adviseur. Als dat ook niet tot een oplossing komt, overleggen zij uiteindelijk met de directeur Innovatie & Professionalisering. Deze persoon zal een knoop doorhakken op basis van het advies van de Medisch Adviseur landelijk en de Arbeidsdeskundig Adviseur.

De claimbeoordeling blijft een teambesluit en de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts zullen zich hier allebei in moeten kunnen vinden.



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

## **Bijlage 1 Gehanteerde bronnen en verwijzingen naar literatuur/richtlijnen/jurisprudentie.**

### *1. Basisinformatie CBBS (versie 15-04-2013, bladzijde 41): 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:

- i. De informatie over de cliënt en het beeld dat hij van de cliënt heeft. Hij kan zich hiervoor oriënteren op:
  - a. de manier waarop cliënt het eigen werk uitvoerde;
  - b. de belasting van voorheen door cliënt uitgeoefende functies;
  - c. activiteiten die cliënt doorgaans privé onderneemt.
- ii. 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 er sprake is van twijfel kunnen argumenten ontleend aan de hierboven onder i.a, i.b en i.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 de cliënt 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 de cliënt.

Verder staat hier nog in dat elk besluit ten aanzien van de mate van arbeidsongeschiktheid een teambesluit is. Dat wil zeggen arbeidsdeskundige en verzekeringsarts beiden verantwoordelijkheid dragen voor het besluit. Terugkoppeling van het eindresultaat van de functieduiding vindt in elk geval plaats als de arbeidsdeskundige geen enkele functie heeft kunnen duiden, terwijl er volgens de verzekeringsarts sprake is van een meer dan marginale belastbaarheid in arbeid.

### *2. Standaard Professionele Eindselectie*

Dit zijn richtlijnen ontleend voor de beoordeling van de geschiktheid van functies in relatie tot de krachten en bekwaamheden van cliënt. Deze richtlijnen geven aan wat in het arbeidsdeskundige rapport (Richtlijn rapporteren voor Arbeidsdeskundigen) moet worden vastgelegd. Samenvattend kan wat betreft de onderbouwing in het arbeidsdeskundige rapport worden gesteld dat de onderbouwing in het arbeidsdeskundige rapport inzichtelijk moet maken waarom bij deze beoordeling deze uitkomst een kwalitatief verantwoorde uitkomst is.





Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

Geschiktheid voor de geduide functies is specifiek de taak en deskundigheid van de arbeidsdeskundige. Zie ook het Schattingsbesluit hoofdstuk 3, artikel 5. Het inschatten van de belastbaarheid is de specifieke deskundigheid van de verzekeringsarts. Zie ook het Schattingsbesluit hoofdstuk 2, artikel 3 en 4. Het uitgangspunt voor de arbeidsdeskundige is dus de belastbaarheid zoals opgesteld door de verzekeringsarts, uiteindelijk bepaalt de arbeidsdeskundige de mate van arbeidsongeschiktheid.

### 3. Uitspraak RSV 1987, 131: CRvB, 12-12-1986, nr. AAW/WAO 1983/S497

Het is de specifieke deskundigheid en taak van de arbeidsdeskundige om arbeidsdeskundige conclusies uit de medische beperkingen te trekken.

### 4. Schattingsbesluit

Hoofdstuk 2. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek

Artikel 3. Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek strekt ertoe vast te stellen of cliënt ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken.
2. Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.
3. Tevens stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen cliënt in zijn functioneren in arbeid ondervindt ten gevolge van het verlies of vermindering van vermogens, bedoeld in het tweede lid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid.
4. De verzekeringsarts stelt bij een beoordeling van het duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben, bedoeld in de hoofdstukken 1a en 3 van de Wajong, van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in hoofdstuk 2 van de Wajong, en van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in de Wet WIA, vast of de gevolgen van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling waardoor de cliënt ongeschikt is tot werken duurzaam zijn.

Artikel 4. Kwaliteitseisen verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voldoet aan de volgende vereisten:
  - a. de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek worden schriftelijk vastgelegd;
  - b. een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden;
  - c. de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn vrij van innerlijke tegenspraak.
2. De vaststellingen en het onderzoek, bedoeld in artikel 3, geschieden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden die gericht zijn op het kunnen vaststellen van ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling.

Hoofdstuk 3

Artikel 5. Doel arbeidsdeskundig onderzoek

1. Het arbeidsdeskundig onderzoek strekt tot vaststelling van:
  - a. de mate van arbeidsongeschiktheid, bedoeld in artikel 18 van de WAO, zoals dit artikel luidt sinds 1 augustus 1993, artikel 2 van de WAZ en artikel 3:1 van de Wajong;
  - b. volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 2:5, eerste lid, van de Wajong;



Arbeidsdeskundig Kennis Centrum

- c. duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben als bedoeld in de artikelen 1a:1, 3:8a en 8:10b van de Wajong;
  - d. volledige arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 4 van de Wet WIA; of
  - e. de mate van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, bedoeld in artikel 5 van de Wet WIA, en de beoordeling van wat iemand met arbeid kan verdienen, bedoeld in artikel 2:5, eerste lid, van de Wajong, en artikel 19aa, eerste lid, onderdeel b, van de ZW.
2. Bij het onderzoek, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a, d en e, wordt het maatmaninkomen per uur van cliënt vergeleken met hetgeen hij met arbeid kan verdienen.