

# Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen<sup>1</sup>

## Beoordelingskader voor verzekeringsartsen

### Kern van het verzekeringsgeneeskundig beoordelingskader

#### Doel

Criteria geven voor het beoordelen van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen.

#### Vertrekpunt

Een cliënt die naar WIA-normen volledig arbeidsongeschikt is.

#### Plaatsbepaling

Het beoordelingskader wordt gebruikt bij het beoordelen van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid en is zowel van toepassing op einde wachttijd beoordelingen als op herbeoordelingen.

#### Definitie

Arbeidsbeperkingen worden duurzaam genoemd:

1. als verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten of
2. als verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten.

#### Oordeelsvorming

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de prognose van de arbeidsbeperkingen van cliënt, uitgaande van de medische situatie zoals die is op het moment van de beoordeling. De verzekeringsarts doorloopt hierbij de volgende stappen:

Stap 1: De verzekeringsarts beoordeelt of verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten. Dat is het geval als sprake is van:

- a. een progressief ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden of
- b. een stabiel ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden.

Stap 2: Als verbetering van de belastbaarheid niet is uitgesloten beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre die verbetering in het eerstkomende jaar kan worden verwacht. De verzekeringsarts gaat na of één van de volgende twee mogelijkheden aan de orde is:

- a. er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden;
- b. verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten.  
Als voor de keuze tussen 2.a als 2.b doorslaggevende argumenten ontbreken

---

<sup>1</sup> Zie de begrippenlijst voor een uiteenzetting van het begrip duurzaam

gaat de verzekeringsarts uit van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.

Stap 3: Als in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks verbetering van de belastbaarheid kan worden verwacht (2.b is van toepassing) beoordeelt de verzekeringsarts of en zo ja in hoeverre die na het eerstkomende jaar nog kan worden verwacht. Ook nu zijn er twee mogelijkheden:

- a. er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden; dit is alleen het geval als van een behandeling vaststaat dat die eerst op langere termijn kan zijn gericht op verbetering van de belastbaarheid;
- b. verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten: alle overige gevallen.

## Het beoordelingskader<sup>1</sup>

### Algemeen

De wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) kent twee regelingen:

1. één voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, te weten de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA);
2. één voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten, te weten de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten (WGA).

Om tot volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid te kunnen besluiten zal de verzekeringsarts zich ook over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen moeten uitspreken.

In de WIA is dit geoperationaliseerd door te spreken in termen van kans op herstel. Het zou op het eerste gezicht het meest voor de hand liggen in dit beoordelingskader aan te sluiten bij deze terminologie. Een eerste uitwerking bleek echter niet de vereiste duidelijkheid te kunnen verschaffen als voorwaarde voor een zo uniform mogelijke werkwijze.

De term *kans* blijkt vooral associaties met het statistische begrip kans op te roepen. Voor een individuele beoordeling heeft een statistisch bepaalde kans hooguit beperkte waarde. Daar komt nog bij dat er weinig gesystematiseerde statistische gegevens voorhanden zijn voor gebruik binnen de context van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Ook de term *herstel* vereist een nadere definitie. Herstel is in de praktijk niet alleen geassocieerd met 'mogelijkheden om te functioneren' maar nadrukkelijk ook met 'ziekte' en met 'verdiencapaciteit'. Uit diverse commentaren kunnen wij opmaken dat storende interpretatieverschillen dreigen. Om eenduidig gebruik te bevorderen heeft de ontwikkelgroep daarom besloten aansluiting te zoeken bij de bestaande verzekeringsgeneeskundige terminologie. Centraal daarin staat de term 'verbetering van de belastbaarheid'.

Bij het hanteren van de term 'verbetering van de belastbaarheid' weten niet alleen deskundigen van UWV, maar ook cliënten, belangenvertegenwoordigers, de curatieve sector en toetsende instanties telkens direct waar het om gaat en kunnen op waarde te schatten argumenten worden uitgewisseld. Zo ontstaat een concreter en toetsbaarder kader.

Dit betekent nadrukkelijk niet dat afgeweken wordt van het wettelijk kader. De keus voor een andere terminologie dient er juist toe het wettelijk kader zo scherp mogelijk te operationaliseren. In de toelichting bij de verschillende stappen van het beoordelingsproces zal dat verder tot uitdrukking komen.

---

<sup>1</sup> Het beoordelingskader wordt gevormd door een algemeen toelichtend deel en een deel waarin de tekst van de kern van het beoordelingskader in cursief wordt herhaald, steeds gevolgd door een toelichting.

## Doel

*Criteria geven voor het beoordelen van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen.*

### Toelichting

Ondanks overeenkomsten met de prognosestelling bij beoordelingen in het kader van de ziekwet, de WAO, de WAZ en de WAJONG is er in feite toch sprake van een nieuw beoordelingsaspect<sup>1</sup>. De prognosestelling binnen de WIA

- is minder globaal;
- heeft grotere consequenties voor de cliënt;
- is louter gerelateerd aan verbetering van de belastbaarheid.

Daarom is het noodzakelijk voor dit aspect van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming zo helder en eenduidig mogelijke criteria te geven.

In de standaard 'professionele herbeoordeling' verzekeringsarts is de prognosestelling gericht op het plannen van een herbeoordeling. Vindt de herbeoordeling te vroeg plaats, dan kan dat in zekere zin als verspilling van tijd en energie worden beschouwd. Vindt de herbeoordeling te laat plaats, dan kan dat consequenties hebben in termen van te lang betaalde uitkering of te laat opgestarte reïntegratie.

Bij de beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen in het kader van de WIA is de prognosestelling rechtstreeks van invloed op de regeling waar cliënt onder valt, met mogelijke consequenties voor de hoogte van de uitkering.

Ook het karakter van de prognosestelling in het kader van de WIA is anders. In de standaard 'professionele herbeoordeling' wordt gesproken over een reële prognose. Het gaat om een realistische inschatting door de verzekeringsarts, waarbij hij rekening houdt met de omstandigheden en persoonlijkheid van cliënt. De WIA is erop gericht cliënten zoveel mogelijk aan het werk te houden dan wel te stimuleren mogelijkheden tot werkhervatting of werkuitbreiding te ontwikkelen. In het verlengde daarvan wordt van de verzekeringsarts verwacht dat hij zich bij de prognosestelling laat leiden door gegevens en argumenten die pleiten voor een verbetering van de belastbaarheid. Als de persoonlijke omstandigheden of de persoonlijkheid van cliënt in dit opzicht blokkerend werken, wordt hiermee bij de weging geen rekening gehouden, tenzij het ziekteproces zelf daar aanleiding toe geeft. De gedachte hierachter is dat cliënt er alles aan moet doen, ook als het gaat om het aanpassen van zijn persoonlijke gedragingen of omstandigheden, om te komen tot een verbetering van zijn belastbaarheid. Elders in dit beoordelingskader zal dit punt nog wat verder worden uitgewerkt.

De hier geformuleerde criteria hebben het karakter van een beoordelingskader. De oordeelsvorming moet overeenkomstig dit kader plaatsvinden, om tot een zo gefundeerd mogelijke uitspraak over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen te kunnen komen. Het gaat dus niet om criteria die - bezien vanuit het ziektebeeld of op het niveau van de individuele cliënt - rechtstreeks betrekking hebben op de prognose van arbeidsbeperkingen.

Over dergelijke criteria beschikken wij nog niet. Er ligt inmiddels wel een advies van de Gezondheidsraad om, ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige

---

<sup>1</sup> Dit is in zoverre niet juist dat ook de ABP-wet het criterium 'blijvend arbeidsongeschikt' kende, overigens ook voor de categorie gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Het ging dan meestal om een conclusie die na een beoordelings- en reïntegratietraject van soms vele jaren werd getrokken. Voor de WIA geldt veel meer dat in prognostische zin afwegingen moeten worden gemaakt.

oordeelsvorming, voor vijf tot tien aandoeningen ontwerpprotocollen op te stellen. Deze kunnen worden gebaseerd op onlangs verschenen (curatieve en bedrijfsgeneeskundige) richtlijnen.

Daarnaast beveelt de Gezondheidsraad aan om zogeheten mediprudentie te ontwikkelen: een reeks casusbeschrijvingen met expliciete beargumentering en weging van de claimbeoordelingsbesluiten. Beoordelingen van nieuwe claims zouden dan mede in het licht van de beschreven mediprudentie moeten worden uitgevoerd.

### **Vertrekpunt**

*Een cliënt die naar WIA-normen volledig arbeidsongeschikt is.*

#### Toelichting

Alleen bij volledige arbeidsongeschiktheid is het vaststellen van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen van belang voor de regeling waaronder cliënt komt te vallen (IVA of WGA). Dit geldt zowel voor volledige arbeidsongeschiktheid op verzekeringsgeneeskundige als op arbeidsdeskundige gronden. Omdat het slechts om een deel van de te beoordelen cliënten gaat en omdat het begrip duurzaam binnen het kader van de WIA een specifieke uitwerking kent, vindt de bepaling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen telkens pas plaats nadat volledige arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

### **Plaatsbepaling**

*Het beoordelingskader wordt gebruikt bij het beoordelen van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid.*

#### Toelichting

De duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld in geval van volledige arbeidsongeschiktheid. Van volledige arbeidsongeschiktheid is sprake als:

1. de verzekeringsarts vaststelt dat cliënt niet over benutbare mogelijkheden beschikt, conform de criteria van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten;
2. cliënt weliswaar over mogelijkheden beschikt, maar deze niet leiden tot een restverdienvermogen van meer dan 20% van het maatmanloon.

In de eerste situatie (1.) kan van een arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien en spelen louter verzekeringsgeneeskundige factoren een rol bij het vaststellen van volledige arbeidsongeschiktheid. Onder duurzaam wordt in de WIA verstaan: een medisch èn arbeidsdeskundig stabiele of verslechterende situatie. Echter: zolang sprake is van een situatie van geen benutbare mogelijkheden is de arbeidsdeskundige component van de beoordeling niet aan de orde en kan van een afzonderlijke beoordeling daarvan ter vaststelling van duurzame arbeidsongeschiktheid worden afgezien.

De tweede situatie (2.) is gebaseerd op verzekeringsgeneeskundige èn arbeidsdeskundige gronden en kan het gevolg zijn van:

- a. het niet kunnen duiden van (voldoende) functies als gevolg van te geringe mogelijkheden van cliënt (hierbij speelt ook een eventueel gebrek aan vereiste bekwaamheden een rol);
- b. een hoog maatmanloon, waardoor het resterende verdienvermogen op niet meer dan 20% van het maatmanloon uitkomt.

De arbeidsdeskundige aspecten bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid komen elders aan de orde<sup>1</sup>.

Voor het werkproces geldt dat bij duurzame arbeidsongeschiktheid op grond van de arbeidsdeskundige aspecten vervolgens nog een beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen moet plaatsvinden.

### **Definitie**

*Arbeidsbeperkingen worden duurzaam genoemd:*

- 1. als verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten of*
- 2. als verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten.*

#### Toelichting bij 1

Verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten als de belastbaarheid naar verwachting stabiel blijft of nog verder kan afnemen.

De verzekeringsarts spreekt zich hierbij niet uitsluitend uit over het beloop van het ziektebeeld of de aard en de ernst van de ziekteverschijnselen. Het ziektebeeld kan nog fluctueren, terwijl de belastbaarheid ongeveer op het zelfde niveau zal blijven. Het is echter ook mogelijk dat het ziektebeeld stabiel is, maar dat de belastbaarheid nog wel een substantiële verandering kan ondergaan.

Van belang is verder dat de verzekeringsarts niet *constateert* dat de belastbaarheid stabiel is of eventueel afneemt, maar tot het *oordeel* komt dat verbetering van de belastbaarheid niet meer tot de mogelijkheden behoort.

#### Toelichting bij 2

Door de wetgever is besloten ook diegenen tot de IVA toe te laten, voor wie geldt dat verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten. De bedoeling hiervan is ervoor te zorgen dat mensen, die achteraf gezien volledig en duurzaam arbeidsongeschikt blijken te zijn, zoveel mogelijk direct onder de daarvoor bestemde regeling komen te vallen.

Aan de andere kant is het niet de bedoeling diegenen tot de IVA toe te laten voor wie geldt dat een verbetering van de belastbaarheid, in welke mate dan ook, tot de 'reële' mogelijkheden behoort. In dat geval zou bij deze groep het accent te nadrukkelijk en te snel op het onvermogen worden gelegd. In een later stadium is alsnog overgang naar de IVA mogelijk, zodra duidelijk is dat verbetering van de belastbaarheid niet meer kan optreden.

Of en in welke mate verbetering van de belastbaarheid ontstaat, hangt af van vele cliëntgebonden factoren. De effecten daarvan zijn vaak matig tot zeer slecht voorspelbaar, des te meer naarmate een langere termijn moet worden overzien. Als gevolg hiervan zal voor een deel van de cliënten pas enige tijd na de initiële beoordeling duidelijk worden in welke groep zij thuishoren.

Om te voorkomen dat cliënten met perspectief op verbetering van de belastbaarheid voortijdig als duurzaam beperkt worden aangemerkt en vooral om ervoor te zorgen dat mogelijkheden tot verbetering van de belastbaarheid daadwerkelijk worden benut, is

---

<sup>1</sup> Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stellen zich op het standpunt dat arbeidsdeskundige aspecten niet bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid moeten worden betrokken. Daartoe zal de wet WIA worden aangepast (er volgt namelijk nog een aanpassingswet).

ervoor gekozen dat cliëntgebonden factoren die verbetering van de belastbaarheid in de weg staan bij de beoordeling slechts een rol mogen spelen voor zover deze rechtstreeks samenhangen met het ziekteproces. Zo geldt als uitgangspunt dat cliënt adequaat herstelgedrag moet vertonen. Is dit niet het geval, dan wordt per definitie uitgegaan van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden, tenzij het inadequate herstelgedrag het gevolg is van ziekte of handicap.

Cliëntgebonden factoren kunnen alleen als een belemmering voor verbetering van de belastbaarheid worden geaccepteerd, indien er sprake is van verlies aan autonomie; een situatie waarin cliënt als gevolg van ziekte of handicap geen keuzevrijheid heeft en niet meer de rol kan vervullen die hij zou willen en moeten vervullen.

Deze werkwijze komt de uniformiteit van de beoordeling ten goede, omdat verzekeringsartsen minder onzekere factoren mee hoeven laten wegen.

Een bijkomend effect in het kader van de WIA-claimbeoordeling is dat er bij de initiële beoordeling minder cliënten tot de IVA worden toegelaten, dan in geval cliëntgebonden factoren wel zouden moeten worden meegewogen. Dit past het meest bij het activerende karakter van de WIA.

### **Oordeelsvorming**

*De verzekeringsarts spreekt zich uit over de prognose van de arbeidsbeperkingen van cliënt, uitgaande van de medische situatie zoals die is op het moment van de beoordeling.*

#### Toelichting

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de periode aansluitend aan het moment van beoordeling. Dit is het moment waarop de verzekeringsarts zijn definitieve conclusie trekt. Meestal is dat het moment waarop hij cliënt daadwerkelijk onderzoekt. Als de verzekeringsarts vervolgens nog aanvullende informatie ontvangt en mede daarop zijn oordeel baseert is het moment van beoordeling het moment waarop hij deze informatie in zijn conclusie verwerkt.

De verzekeringsarts betreft bij zijn prognosestelling de op dat moment beschikbare medische kennis, de actuele stand van de medische wetenschap. Hij loopt niet vooruit op nieuwe ontwikkelingen waarvan de mogelijkheden en resultaten nog onvoldoende zijn onderzocht.

#### *Stap 1:*

*De verzekeringsarts beoordeelt of verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten. Dat is het geval als sprake is van:*

- a. een progressief ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden of*
- b. een stabiel ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden.*

#### Toelichting bij stap 1.a

Als sprake is van een progressief ziektebeeld geldt meestal de stelregel dat verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten. Meestal is geen behandeling aan te wijzen die kan leiden tot verbetering van de belastbaarheid. Een behandeling is bijna altijd uitsluitend gericht op het afremmen van het ziekteproces. De belastbaarheid zal in dat geval in de regel niet verbeteren. In beginsel bestaat er een theoretische mogelijkheid dat de belastbaarheid van een cliënt door revalidatiebehandeling (tijdelijk) toeneemt. Deze mogelijkheid wordt buiten beschouwing gelaten, omdat de progressie van het ziektebeeld het bereikte resultaat teniet zal doen.

Soms echter is bij een progressief ziektebeeld een behandeling mogelijk die wel tot een aanzienlijke verbetering van de belastbaarheid kan leiden. Daarom moet bij een progressief ziektebeeld de eventuele behandelmogelijkheid altijd bij de oordeelsvorming worden betrokken. We noemen hier de volgende twee voorbeeldsituaties:

1. cliënten die in aanmerking komen voor orgaantransplantatie;
  2. cliënten die in aanmerking (kunnen) komen voor een gewrichtsplastiek of -prothese.
- Verbetering van de belastbaarheid is in deze situaties niet uitgesloten (hieronder volgen nog richtlijnen hoe met deze specifieke situaties om te gaan).

#### Toelichting bij stap 1.b

Bij een stabiel ziektebeeld is spontane verbetering uitgesloten. De verzekeringsarts betreft in die situatie de resterende behandelmogelijkheden bij zijn oordeelsvorming. De eventuele behandelmogelijkheden moeten op twee niveaus worden beoordeeld (die overigens in elkaars verlengde liggen):

- behandelmogelijkheid in 'medische' zin - gericht op het ziekteproces als zodanig<sup>1</sup>;
- behandelmogelijkheid in 'functionele' zin ( $\approx$  revalidatie) - gericht op herstel van het functioneren dan wel het ontwikkelen van compensatiemogelijkheden.

Hoewel de gezondheidsschade definitief kan zijn, in de zin van een anatomisch defect of fysiologische schade, maar ook in de zin van een psychische defecttoestand, betekent dat nog niet dat belangrijk herstel van functioneren ook is uitgesloten. Daarom concludeert de verzekeringsarts pas dat verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten als noch in medische zin, noch in functionele zin een behandelmogelijkheid resteert. De verzekeringsarts richt zich bij zijn beoordeling op de prognose van het ziektebeeld als zodanig.

In dit verband is het van belang er scherp op te letten dat aspecten van langdurige inactiviteit en daarmee samenhangende deconditionering geen rol spelen. Is dat wel het geval dan houdt de verzekeringsarts daar alleen rekening mee voor zover er een rechtstreekse samenhang bestaat met het ziekteproces. In alle andere situaties gaat de verzekeringsarts ervan uit dat een op activering gerichte behandeling tot de mogelijkheden behoort en er op die grond sprake is van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.

#### *Stap 2:*

*Als verbetering van de belastbaarheid niet is uitgesloten beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre die verbetering in het eerstkomende jaar kan worden verwacht. De verzekeringsarts gaat na of één van de volgende twee mogelijkheden aan de orde is:*

- a. er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden;*
- b. verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten.*

#### Toelichting bij stap 2.a

In een deel van de gevallen is zonder meer duidelijk dat er een redelijke of goede verwachting bestaat ten aanzien van verbetering van de belastbaarheid in het eerstkomende jaar. Hetzij spontaan, hetzij met hulp van een - zo nodig nog op te starten - behandeling. In dat geval kan de verzekeringsarts meteen concluderen dat de arbeidsbeperkingen niet duurzaam zijn.

---

<sup>1</sup> Gedoeld wordt niet uitsluitend op lichamelijke, maar ook op psychische ziektebeelden

In geval van gewrichtsaandoeningen, waarbij cliënt in aanmerking kan komen voor een gewrichtsplastiek of –prothese, oordeelt de verzekeringsarts dat er geen sprake is van duurzame arbeidsbeperkingen. De verwachting is namelijk altijd dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden. Wanneer dit niet in het eerstkomende jaar zal zijn, dan toch wel daarna.

#### Toelichting bij stap 2.b

Als er geen redelijke of goede verwachting op verbetering van de belastbaarheid in het eerstkomende jaar bestaat, gaat de verzekeringsarts na of verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten.

Dat is het geval bij een stabiel ziektebeeld, waarbij van een eventuele behandeling slechts een beperkt resultaat verwacht kan worden. Dit laatste moet altijd op grond van de individuele situatie door de verzekeringsarts worden beoordeeld. Uitgangspunt is echter dat een op de actuele stand van de medische wetenschap gebaseerde behandeling, die niet louter is gericht op stabilisatie, in beginsel de verwachting rechtvaardigt van een redelijke of goede verbetering van de belastbaarheid. Als de verzekeringsarts van mening is dat dit niet het geval is, moet hij dit standpunt, op basis van de individuele situatie van cliënt, onderbouwen. Ook bij deze afweging mogen cliëntgebonden factoren die verbetering van de belastbaarheid in de weg staan niet worden meegewogen, tenzij er een rechtstreekse samenhang is met het ziekteproces. Als een behandeling uitsluitend is gericht op stabilisatie betekent dit niet altijd dat verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten.

Het succes van een behandeling is mede afhankelijk van cliëntgebonden factoren. Cliëntgebonden factoren kunnen een behandeling een zekere 'meerwaarde' geven. Een behandeling kan voor de cliënt een basis vormen om op eigen kracht de belastbaarheid verder te verbeteren. Dit zal echter slechts zelden het geval zijn. Daarom concludeert de verzekeringsarts in dergelijke situaties dat verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten.

Bij de meeste vormen van orgaantransplantatie oordeelt de verzekeringsarts dat sprake is van duurzame arbeidsbeperkingen.

Het gaat hier om cliënten die in een slechte conditie verkeren. Orgaantransplantatie kan leiden tot een forse verbetering van de belastbaarheid. Echter: orgaantransplantaties zijn in de regel op korte termijn noodzakelijke operatieve ingrepen met een vaak onvoorspelbare wachttijd, waardoor een hoog overlijdensrisico bestaat. Levensbedreigende complicaties, waaronder afstotingsreacties komen regelmatig voor. Bij een deel van de patiënten heeft transplantatie niet het gewenste effect en blijft de conditie slecht.

Bij deze groep wordt, tot het moment waarop verbetering van de belastbaarheid is gerealiseerd, gesteld dat verbetering niet of nauwelijks is te verwachten.

*Als voor de keuze tussen 2.a als 2.b doorslaggevende argumenten ontbreken gaat de verzekeringsarts uit van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.*

#### Toelichting

Niet altijd zal de verzekeringsarts doorslaggevende argumenten hebben om voor één van beide situaties te kiezen. De verwachting is dat de verzekeringsarts nogal eens een discrepantie zal ervaren tussen enerzijds de 'theoretische' prognose (met als uitgangspunt ziektebeeld en behandel mogelijkheden) en anderzijds de verwachting die hij heeft op grond van zijn beeld van de cliënt. De verzekeringsarts zal in dat geval van

de meest gunstige verwachting uitgaan, om het herstelgedrag zoveel mogelijk te stimuleren en te voorkomen dat belemmeringen te makkelijk dan wel te snel als duurzame arbeidsbeperkingen worden geëtiketteerd.

*Stap 3: Als in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks verbetering van de belastbaarheid kan worden verwacht (2.b is van toepassing) beoordeelt de verzekeringsarts of en zo ja in hoeverre die na het eerstkomende jaar nog kan worden verwacht. Ook nu zijn er twee mogelijkheden:*

- a. er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden; dit is alleen het geval als van een behandeling vaststaat dat die eerst op langere termijn kan zijn gericht op verbetering van de belastbaarheid;*
- b. verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten: alle overige gevallen.*

#### Toelichting bij stap 3

De betrouwbaarheid van een medisch oordeel over de te verwachten ontwikkeling van een ziektebeeld neemt af naarmate de termijn waarover deze uitspraak wordt gedaan langer is. Alleen wanneer de periode kort is kan een dergelijke uitspraak met een redelijke betrouwbaarheid worden gedaan.

Verzekeringsartsen moeten zich uitspreken over de belastbaarheid als afgeleide van de aard en de ernst van het ziektebeeld. Daarbij leggen niet-medische factoren veelal extra gewicht in de schaal. Daarom heeft UWV bij de voorbereiding van de WIA geadviseerd dat onder een korte periode moet worden verstaan drie tot hooguit zes maanden.

Uitspraken over de ontwikkeling van de belastbaarheid die een langere termijn beslaan zijn vaak onvoldoende betrouwbaar.

Het is dan ook niet goed mogelijk om een onderscheid te maken tussen een te verwachten verbetering van de belastbaarheid in en na het eerstkomende jaar (vanaf het moment van beoordeling). Daarnaast zal de belastbaarheid over het algemeen minder verbeteren naarmate de tijd voortschrijdt.

Daarom het volgende uitgangspunt: als de belastbaarheid in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks zal verbeteren, gaan we er in beginsel vanuit dat dit ook in de periode daarna ongewijzigd van toepassing is.

Er moet dus een goede reden zijn hiervan af te wijken. Dat is het geval wanneer op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld, pas na langere tijd tot verbetering van de belastbaarheid kan leiden.

Overigens is een kanttekening hier op zijn plaats: voorafgaand aan de (eerste) beoordeling is al een periode van bijna twee jaar arbeidsongeschiktheid verstreken, een periode waarin cliënt ook al een behandeltraject heeft doorlopen. Op het moment van (eerste) beoordeling zullen de resterende behandelmogelijkheden dus vaak al relatief beperkt zijn.

## **Begrippenlijst**

### *Duurzaamheid van arbeidsbeperkingen*

De hantering van het begrip duurzaam in de WIA kan tot verwarring en misverstand aanleiding geven omdat:

1. in de huidige wet- en regelgeving, in het bijzonder het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, ook al het begrip duurzaam wordt gebruikt en wel in het begrip 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden';
2. in de WIA het begrip duurzame arbeidsongeschiktheid tweeledig is gedefinieerd: herstel uitgesloten en geringe kans op herstel.

Het begrip duurzaam wordt reeds vele jaren gebruikt in de context van het begrip 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (GDBM - Schattingsbesluit). Onder het GDBM-begrip valt de beschrijving van een aantal situaties op grond waarvan de verzekeringsarts tot volledige arbeidsongeschiktheid kan besluiten. Het begrip duurzaam is in deze context gekoppeld aan een termijn van drie maanden. Een bewuste keuze, omdat als uitgangspunt diende dat verzekeringsartsen in de dergelijke gevallen meestal slechts een termijn van ongeveer drie maanden kunnen overzien voor wat betreft het verloop van de ziekte en de daarmee samenhangende mogelijkheden en beperkingen. Het verloop van mogelijkheden en beperkingen is moeilijker te overzien dan dat van het ziekteproces als zodanig, omdat cliëntgebonden factoren hierbij een nog belangrijker rol spelen.

De WIA creëert een tweede begrip duurzaam bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dat gekoppeld is aan een termijn van tenminste een jaar. 'Volledige arbeidsongeschiktheid' in de WIA kent dus een ander duurzaamheidsbegrip dan 'duurzame arbeidsongeschiktheid'.

Voor de uitvoeringspraktijk is het van belang uit te gaan van één en hetzelfde begrip duurzaam, namelijk zoals laatstelijk in de WIA gedefinieerd. Volledige arbeidsongeschiktheid op verzekeringsgeneeskundige gronden definiëren wij dan in dit beoordelingskader als een situatie van 'geen benutbare mogelijkheden'. Overigens wordt in § 4.2.1 van de Memorie van Toelichting bij de WIA, die gaat over het begrip volledige arbeidsongeschiktheid, al gesproken van 'geen benutbare mogelijkheden'.

Ook de tweeledige definitie in de WIA kan verwarring wekken omdat twee verschillende aspecten onder één noemer worden gevat: een blijvende situatie en een mogelijk niet blijvende situatie. Toelating van degenen voor wie geldt dat de kans op herstel gering is beoogt ervoor te zorgen dat een belangrijk deel van degenen die uiteindelijk niet zullen herstellen al bij de eerste beoordeling tot de IVA kunnen worden toegelaten.

### *Progressief ziektebeeld*

Een progressief ziektebeeld is een ziektebeeld waarvan de ernst van de verschijnselen toeneemt. Verschijnselen in termen van anatomisch defect of fysiologische schade. Er is ook sprake van een progressief ziektebeeld als het ziektebeeld enige tijd, al dan niet dankzij behandeling, stil kan staan of in ieder geval in de ernst van zijn uitingen stil kan staan.

### *Behandeling*

Onder behandeling wordt verstaan een al lopende of nog te starten evidence based medische behandeling of een anderszins in de reguliere gezondheidszorg gebruikelijke behandeling.

Verder gaat het erom of van een behandeling in het algemeen (enig) resultaat mag worden verwacht, gelet op de diagnose en los van cliëntgebonden factoren.

### *Aard en doel van de behandeling*

Voor een beoordeling van het mogelijke resultaat van een behandeling kan het nuttig zijn het volgende onderscheid te maken:

1. Behandelingen gericht op genezing. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is altijd sprake van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.
2. Behandelingen gericht op revalidatie. Dergelijke behandelingen zijn ofwel gericht op toename van mogelijkheden, ofwel op compensatie van verloren gegane mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is meestal sprake van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden, soms echter pas op de langere termijn.
3. Behandelingen gericht op stabilisatie. Dergelijke behandelingen zijn gericht op behoud van mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks te verwachten.  
Zie verder ook de toelichting bij stap 2.b.

### *Cliëntgebonden factoren*

Onder cliëntgebonden factoren worden al die factoren verstaan die niet met het ziekteproces als zodanig te maken hebben maar wel van invloed (kunnen) zijn op de belastbaarheid van cliënt. Daarbij gaat het in ieder geval om de volgende aspecten:

- eigenschappen van cliënt in de zin van copingmechanismen;
- activiteiten van cliënt in de zin van herstelgedrag;
- de reactie van cliënt op omgevingsfactoren.