

## Tilburg University

### De beperkte controle van de informatie voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

de Bont, A.A.; van den Brink, J.C.; Berendsen, L.; Boonk, M.P.A.

*Published in:*  
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

*Publication date:*  
2002

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
de Bont, A. A., van den Brink, J. C., Berendsen, L., & Boonk, M. P. A. (2002). De beperkte controle van de informatie voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(1), 27-30.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

corresponded with a disease course seen in less than 10% of untreated Alzheimer patients.

**Results.** During the study period, 53 patients were treated, 36 women and 17 men, with a mean age of 77 years (range: 57-89). Follow-up data were incomplete for four patients. Of the remaining patients, 27 (55%; 95% CI: 40-69) withdrew from treatment during the first 6 months, mainly because of gastrointestinal side-effects. Of the other 22 patients (45%; 31-60) 18 continued with rivastigmine treatment (18/49 = 37%; 23-52), and in three of these patients the disease course was favourable (3/49 = 6%; 1-17).

**Conclusion.** In daily practice, over 50% of the patients were unable to tolerate rivastigmine. Structured evaluation of treatment efficacy was feasible in this population. Treatment with rivastigmine seemed to be beneficial in a small proportion of the patients.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Rosler M, Anand R, Cicin-Sain A, Gauthier S, Agid Y, Dal-Bianco P, et al. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318:633-8.

<sup>2</sup> Corey-Bloom J, Anand R, Veach J. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychopharmacol* 1998;1: 55-65.

<sup>3</sup> Richard E, Lemstra AW, Walstra GJM, Gool WA van. Evaluatie van therapie-effecten bij individuele patiënten met de ziekte van Alzheimer. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:340-5.

<sup>4</sup> Verhey FRJ, Heeren TJ, Scheltens Ph, Gool WA van. Cholinesteraseremmers bij de ziekte van Alzheimer: voorlopige aanbevelingen voor de praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2091-6.

<sup>5</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

<sup>6</sup> Teri L, Truax P, Logsdon R, Uomoto J, Zarit S, Vitaliano PP. Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychol Aging* 1992;7:622-31.

<sup>7</sup> Teunisse S, Derix MMA. Meten van het dagelijks functioneren van thuiswonende dementiepatiënten: ontwikkeling van een vragenlijst. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991;22:53-9.

<sup>8</sup> Schneider LS, Olin JT, Lyness SA, Chui HC. Eligibility of Alzheimer's disease clinic patients for clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:923-8.

Aanvaard op 4 juli 2001

## De beperkte controle van de informatie voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

A.DE BONT, J.C.VAN DEN BRINK, L.BERENDSEN EN M.BONK

Verzekeringsartsen kunnen voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling diverse bronnen raadplegen om de beperkingen van een cliënt vast te stellen. Zij hebben de reïntegratieplannen van de bedrijfsarts in hun dossier, kunnen informatie opvragen bij een behandelend arts, een gesprek voeren met de cliënt, een lichamelijk onderzoek doen en eventueel een expert inschakelen om een uitgebreider onderzoek te laten verrichten. Met gegevens uit verschillende bronnen zouden de verzekeringsartsen moeten kunnen toetsen of de stoornissen, beperkingen en handicaps van de zieke werknemer een consistent beeld geven.<sup>1 2</sup>

De vraag is echter of verzekeringsartsen over voldoende informatie beschikken om de consistentie van de gegevens te kunnen toetsen. De informatie die zij van bedrijfsartsen krijgen, is beperkt.<sup>3</sup> Verzekeringsartsen en bedrijfsartsen wisselen vooral administratieve gegevens uit. Uit onderzoek naar de beoordelingen voor de toenmalige Ziektewet bleek dat bedrijfsartsen relatief weinig informatie opvragen bij medisch specialisten.<sup>4</sup> De meeste medische informatie vragen zij aan de cliënt.

Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Mw.dr.A.de Bont, gezondheidswetenschapper.

College van toezicht sociale verzekeringen, Zoetermeer.

Afd. Thematisch Onderzoek: drs.J.C.van den Brink en mw.dr.s.L. Berendsen, sociale wetenschappers (tevens: Universiteit van Utrecht, Centrum Beleid en Management, Utrecht).

SFB/GUO-team: mw.dr.s.mr.M.Boonk, jurist en econoom.

Correspondentieadres: mw.dr.A.de Bont.

Zie ook het artikel op bl. 6.

#### SAMENVATTING

**Doel.** Nagaan over welke informatie verzekeringsartsen beschikken bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen en hoe zij die informatie toetsen.

**Opzet.** Beschrijvend.

**Methode.** In de periode januari 1999-april 2000 werden gegevens verzameld door semi-gestructureerde interviews met 19 verzekeringsartsen van de 5 uitvoeringsinstellingen van de sociale zekerheid en door observaties van 73 beoordelingsgesprekken van 6 ervaren verzekeringsartsen.

**Resultaten.** De gesprekken die verzekeringsartsen met cliënten voerden, duurden gemiddeld 30 minuten. Daarin werden diverse onderwerpen kort aangestipt. De informatie van de bedrijfsarts bleef beperkt tot de eerste ziektedag, een algemene beschrijving van de klachten en een diagnosecode. Bij 23 gesprekken (32%) vroeg de verzekeringsarts informatie op bij de behandelend arts en bij 2 (3%) werd expertise aangevraagd.

**Conclusie.** Voor verzekeringsartsen was de cliënt vaak de belangrijkste of de enige informatiebron. Veelal was er geen andere informatie om de gegevens van de patiënt aan te toetsen en werd die ook niet opgevraagd.

Onbekend is of verzekeringsartsen vaker contact hebben met specialisten. Zonder gegevens uit verschillende bronnen kunnen verzekeringsartsen de informatie niet toetsen, zoals in de richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium' en de standaard 'Onderzoeksmethoden

van het Landelijk instituut sociale verzekeringen' (Lisv) is voorgeschreven.<sup>2,4</sup>

Het doel van het hier beschreven onderzoek was daarom om na te gaan over welke informatie verzekeringsartsen daadwerkelijk beschikken en hoe zij die informatie toetsen. In dit artikel vatten wij het onderzoek samen; een uitgebreidere beschrijving is gepubliceerd als rapport van het College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv).<sup>5</sup>

#### METHODE

In de periode januari 1999-april 2000 werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews met verzekeringsartsen, standaardonderzoeksmethoden,<sup>2,4</sup> observaties en dossiers de verschillen onderzocht in de opzet van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij de 5 uitvoeringsinstellingen. Op basis daarvan gingen wij na uit welke bronnen verzekeringsartsen informatie putten en wat de inhoud van die informatie was.

*Interviews met artsen.* Van elke uitvoeringsinstelling (GAK Nederland (GAK), GUO Uitvoeringsinstelling, SFB Groep (SFB), Cadans Uitvoeringsinstelling en Uitvoeringsinstelling Sociale Zekerheid voor Overheid en Onderwijs (USZO)) werden 2 kantoren geselecteerd waar elk 2 artsen werden geïnterviewd. In totaal werden geen 20, maar 19 artsen geïnterviewd, omdat op één kantoor slechts 1 arts werkzaam was. In de interviews werden de volgende onderwerpen besproken: de cliëntenpopulatie, de organisatie van het werkproces, de inrichting van een werkweek, de stappen in een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en de samenwerking met de arbeidsdeskundige.

*Observaties van beoordelingsgesprekken.* Vervolgens werden van 3 uitvoeringsinstellingen (GAK, SFB en GUO) 2 verzekeringsartsen geselecteerd die ieder 4 dagen werden geobserveerd. De 6 geselecteerde artsen waren allen geregistreerd als verzekeringsgeneeskundige en hadden meerdere jaren ervaring met het werk. In totaal werden 73 gesprekken geobserveerd. Er wilden 4 cliënten niet meewerken aan het onderzoek. Deze 4 cliënten hadden ernstige psychische of psychiatrische aandoeningen.

Voorafgaand aan elk beoordelingsgesprek bestudeerden wij samen met de artsen het dossier van de cliënt en vroegen wij naar hun verwachtingen over het gesprek. Tijdens het gesprek maakten wij aantekeningen over de onderwerpen die besproken werden, de reacties van de artsen en de cliënten. Daarnaast hielden wij een lijst bij waarop wij aankruisten welke informatiebronnen werden geraadpleegd en waarop wij ook de begin- en eindtijd van elk gesprek noteerden. Na afloop van het gesprek vroegen wij de artsen naar hun afwegingen tijdens het gesprek en bespraken wij hun verslagen voor het dossier.

*Analyse.* De aantekeningen van de observaties en delen van de dossiers werden geanalyseerd met behulp van het computerprogramma QED voor kwalitatieve analyse. Met behulp hiervan werden de gesprekken systematisch met elkaar vergeleken. Voor elk gesprek werd bijvoorbeeld nagegaan welke informatie uit welke bron

werd gehaald en hoe de verschillende gegevens met elkaar gecombineerd werden.

*Controle.* Om de resultaten van de analyse te controleren en na te gaan of ze konden worden gegeneraliseerd, werden de resultaten voorgelegd aan de 6 centrale stafartsen van de 5 uitvoeringsinstellingen en aan 50 verzekeringsartsen en bedrijfsartsen.

#### RESULTATEN

*Verkrijgen van informatie.* Voorafgaande aan het beoordelingsgesprek haalden de verzekeringsartsen uit het dossier informatie over het eerste ziektejaar. Uit het reïntegratieplan van de bedrijfsarts, dat onderdeel is van het dossier, haalden zij gegevens zoals de eerste ziektedag, de algemene klachten van de cliënt en een diagnosecode. De verzekeringsartsen waren vaak niet tevreden over de informatie uit de reïntegratieplannen. Zij misten specifieke informatie over onder andere de begeleiding in het eerste ziektejaar, de initiatieven van de werknemer om te herstellen en de ontwikkeling van de klachten. (Bij een eindwachtijdbeoordeling, de eerste en belangrijkste beoordeling van een werknemer die een jaar ziek is geweest, bevat het dossier nog geen informatie van de behandelende artsen. Deze informatie kunnen verzekeringsartsen opvragen na het beoordelingsgesprek, omdat zij daarvoor eerst toestemming aan de cliënt moeten vragen.)

Het gesprek met cliënten, zo zeiden verzekeringsartsen in de interviews, duurde gemiddeld 45 minuten tot een uur. Echter, tijdens de observatie duurden de gesprekken gemiddeld 30 minuten. Hierin kwamen diverse onderwerpen aan bod, zoals de klachten, de behandeling, het werk, dagelijkse bezigheden, hobby's, familie en vrienden. De artsen vroegen bijvoorbeeld wat voor soort werk de cliënten deden (het beroep), maar zij vroegen niet naar de activiteiten waaruit het werk bestond of hoe een werkdag of hun werkomgeving eruitzag. De informatie van de cliënt, zo bleek uit de nabesprekingen, was ook niet altijd duidelijk. Cliënten haalden af en toe behandeldata door elkaar, wisten niet welke medicijnen zij slikten of konden niet uitleggen wat de specialist precies had gezegd.

Na het gesprek met de cliënt vroegen verzekeringsartsen bij 23 beoordelingen (23/73; 32%) informatie op bij behandelend artsen. Uit de nabesprekingen bleek dat het ontbreken van bepaalde gegevens of het controleren van de reeds verzamelde informatie slechts één reden was om contact op te nemen met de huisarts of een specialist. Zorgvuldigheid was een andere belangrijke reden: als geen informatie werd ingewonnen bij een behandelend arts, zou een rechter, zo verwachtten de artsen, in een beroepszaak de cliënt in het gelijk stellen en een nieuwe beoordeling eisen.

Uit de interviews met de artsen en de bestudering van de dossiers bleek dat het opvragen van informatie bij de huisarts of een specialist niet bij alle uitvoeringsinstellingen een standaardprocedure was. Bij 2 van de 3 uitvoeringsinstellingen waar wij observeerden, werd verzekeringsartsen gevraagd om in het dossier te verantwoorden waarom zij informatie hadden opgevraagd.

Volgens de verzekeringsartsen was deze voorwaarde gesteld, omdat informatie opvragen tijd kostte en daarom alleen mocht worden gedaan als daar een duidelijke reden voor was. Stafartsen en managers bevestigden dit toen de voorlopige resultaten van het onderzoek aan hen werden voorgelegd.

Bij 2 van de 73 geobserveerde beoordelingen werd een expertise aangevraagd. Expertisen, zo bleek toen wij deze bevindingen aan de centrale staf-, verzekerings- en bedrijfsartsen voorlegden, waren te duur voor de uitvoeringsinstelling. Ook kostten expertisen veel tijd, waardoor beoordelingen niet tijdig (binnen 13 weken) konden worden afgerond.

*Beoordeling van de informatie.* Verzekeringsartsen, zo bleek uit de observaties en de interviews over de beoordelingsgesprekken, beoordeelden de informatie over de cliënt op een aantal manieren. Ten eerste vergeleken zij de beperkingen die een cliënt in het gesprek naar voren bracht met hun kennis en ervaring van de beperkingen van andere patiënten met hetzelfde ziektebeeld. Wanneer de beperkingen niet overeenkwamen met wat de arts op basis van het ziektebeeld verwachtte, zoals bij een cliënt met een versleten knie die zei niets meer te kunnen door zeer ernstige pijnklachten, breidde de arts zijn onderzoek uit door bijvoorbeeld extra informatie op te vragen. Ten tweede bespraken verzekeringsartsen veel en vooral verschillende onderwerpen met de cliënt om mogelijke inconsistenties op te sporen. Zij gingen bijvoorbeeld na of cliënten in hun vrije tijd dezelfde beperkingen ervaarden als tijdens hun werk. Tenslotte toetsten zij de informatie door de verschillende bronnen onderling te vergelijken. 'Deze man', zo lichtte een verzekeringsarts een beoordeling toe, 'vertelt een reëel verhaal. Zijn verhaal en het medisch onderzoek komen op hetzelfde uit. De foto's tonen hetzelfde. Op grond van zijn verhaal verwacht ik bepaalde afwijkingen en als dat klopt, is het een reëel verhaal.'

Toch was volgens verzekeringsartsen de controle van de informatie niet waterdicht. Een cliënt kon volgens verzekeringsartsen eventuele inconsistenties in de gegevens over zijn beperkingen toedekken door zich goed voor te bereiden op het gesprek. Als verzekeringsartsen inconsistenties op het spoor kwamen, vonden zij dat geen reden om een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering af te wijzen. Inconsistenties in de gegevens over de stoornissen, beperkingen en handicaps vonden zij een te zwakke onderbouwing voor hun oordeel. Zij verwezen daarbij naar de beroepszaken van cliënten waarin volgens hen de rechter vooral de medische gegevens als doorslaggevend argument beschouwde voor het niet toekennen van een uitkering.

De staf-, verzekerings- en bedrijfsartsen herkenden de problemen. Wel werd opgemerkt dat zij vaker een expertise aanvroegen: 2 expertisen op 73 beoordelingen vonden zij extreem laag.

#### BESCHOUWING

Voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling beschikten de verzekeringsartsen over beperkte informatie. De informatie die verzekeringsartsen van de bedrijfsartsen

kregen, was summier; dit komt overeen met de bevindingen in een eerder onderzoek.<sup>4</sup> Uit de reïntegratieplannen haalden de verzekeringsartsen een algemene beschrijving van de klachten, een diagnosecode en enkele administratieve gegevens, maar geen informatie over de begeleiding en de behandeling in het eerste ziektejaar. Bij tweederde van de gesprekken werd geen informatie opgevraagd bij de behandelende sector en expertisen werden alleen bij hoge uitzondering aangevraagd. Onze bevindingen komen ook overeen met die van een onderzoek door instituut Nyfer, waarbij voor 70% van de 92 onderzochte GAK-dossiers (van patiënten met de diagnose 'burn-out' of 'depressiviteit') geen aanwijzingen werden gevonden dat informatie was opgevraagd bij de behandelende sector.<sup>6</sup> Het zijn de cliënten die de belangrijkste en in een aantal gevallen zelfs de enige informatiebron zijn. Zij treden op als woordvoerder voor de werkgever, de bedrijfsarts en de behandelend arts.

Verzekeringsartsen konden inconsistenties in de gegevens die zij van de zieke werknemer hadden niet opsporen noch toetsen. Ten eerste bleven inconsistenties onderbelicht omdat in de gesprekken met de cliënten onvoldoende werd doorgevraagd. In de gesprekken, die gemiddeld 30 minuten duurden en waar verschillende onderwerpen moesten worden besproken, was voor doorvragen eenvoudigweg weinig tijd. Hierdoor bleven inconsistenties niet alleen onderbelicht, maar konden ze ook ontstaan. Zoals gezegd, was de informatie die cliënten gaven soms tegenstrijdig omdat zij niet goed begrepen hadden wat de behandelend arts had gezegd. Ten tweede konden verzekeringsartsen de geconstateerde inconsistentie slechts beperkt toetsen, omdat zij niet voldoende bronnen raadpleegden. In tweederde van de gevallen kunnen zij de informatie die de cliënt gaf alleen vergelijken met hun eigen medische kennis.<sup>7</sup> Zij konden de informatie van de cliënt niet controleren met die van de behandelend arts of een expert.

Hoewel slechts 6 artsen waren geobserveerd en de resultaten van het onderzoek niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar alle verzekeringsartsen, gaan wij er wel van uit dat deze resultaten niet uitzonderlijk zijn.

De discussie over het medisch arbeidsongeschiktheids criterium draait tot nu toe om de vraag hoe relevant medische gegevens zijn voor een zorgvuldige beoordeling.<sup>1 8 9 12</sup> Het Lisv betwist het belang (de validiteit) van medische gegevens voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Het gaat bij arbeidsongeschiktheid, zo benadrukt het Lisv, niet zozeer om te bewijzen of iemand ziek is, maar om vast te stellen welke beperkingen een zieke werknemer heeft om arbeid te verrichten.<sup>1</sup> Een deel van de verzekeringsartsen vindt juist dat zonder medische gegevens niet kan worden bewezen of de cliënt daadwerkelijk een ziekte heeft.<sup>8</sup> Zij betwisten de validiteit van de gegevens die enkel en alleen zijn verkregen uit een gesprek met de cliënt.

In de discussie over het belang van medische gegevens bij een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt vergeten dat de gegevens van de behandelend arts ook om een

andere reden worden verzameld: niet alleen om een ziekte te bewijzen of de beperkingen in kaart te brengen, maar ook om gegevens te controleren. Zonder informatie van de bedrijfsarts, de behandelend arts of een medisch expert kunnen verzekeringsartsen de gegevens niet controleren, omdat hun enige bron de zieke werknemer zelf is.

De redenen waarom geen informatie wordt opgevraagd blijken niet principieel, maar vooral praktisch van aard te zijn. Ten eerste wachtten verzekeringsartsen lang op de informatie van behandelend artsen, waardoor beoordelingen niet op tijd konden worden afgerond. Om beoordelingen wel op tijd te kunnen afronden, vroegen zij minder vaak informatie op. Om dezelfde reden werden geen expertisen aangevraagd. Ten tweede kregen verzekeringsartsen weinig administratieve ondersteuning. Het aanvragen en afhandelen van informatie van behandelend artsen kostte hun daarom veel tijd. Daar kwam bij dat vooral werd gecontroleerd of hun beoordelingen op tijd kwamen, niet zozeer of ze kwalitatief voldeden. Bij een aantal uitvoeringsinstellingen moesten artsen om die reden bijvoorbeeld verantwoorden waarom zij informatie hadden opgevraagd.

In mei 2001 verscheen het rapport 'Werk maken van arbeidsongeschiktheid' van de commissie-Donner.<sup>13</sup> Daarin wordt de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling beschouwd als een belangrijke schakel in het WAO-beleid. Er is, zo stelt de commissie, een grondig onderzoek naar de feitelijke beperkingen van zieke werknemers nodig. De verzekeringsarts mag daarbij niet uitsluitend afgaan op de percepties van de cliënt. Daarom is meer tijd en meer inzet voor de beoordeling zelf gewenst. Om de kwaliteit van de beoordelingen te verbeteren, stelt de commissie voor een autonoom college van onafhankelijke deskundigen op te richten dat de taak heeft om verzekeringsartsen te ondersteunen bij de vertaalslag van wettelijke regels en procedures naar hun dagelijkse professionele werk. De commissie wil de verzekeringsartsen zo een eigen referentiekader bieden en hun onafhankelijkheid en professionaliteit helpen waarborgen binnen de administratieve setting waarin zij werkzaam zijn. Daarnaast pleit zij voor nauwere samenwerking tussen verzekeringsartsen en behandelend artsen; om die samenwerking van de grond te krijgen stelt de commissie voor om extra onderzoeksbudgetten ter beschikking te stellen en multidisciplinaire teams op te richten. Tot slot oppert de commissie om ook de zieke werknemer verantwoordelijk te stellen voor het verzamelen van informatie over zijn ziekte en beperkingen.

Meer samenwerking tussen verzekeringsartsen en behandelend artsen zal het uitwisselen van informatie zeker vergemakkelijken. Als zieke werknemers een deel van de informatie kunnen verzamelen, scheelt dat verzekeringsartsen werk. De problemen die verzekeringsartsen in hun dagelijkse praktijk ondervinden voor een goede uitoefening van hun taak zijn daarmee echter niet opgelost. Vooral de relatief kleine problemen in de uitvoering (weinig administratieve ondersteuning, lange wachttijden) hebben grote nadelige consequenties voor de kwaliteit van de beoordeling. Naast de nieuwe voor-

stellen van de commissie-Donner is het daarom belangrijk om de huidige uitvoering te verbeteren.

---

#### ABSTRACT

*The limited control of information for assessing employment disability*

*Objective.* To investigate the information insurance physicians have at their disposal to assess employment disability and how they verify this information.

*Design.* Descriptive.

*Method.* In the period January 1999-April 2000, data were collected by means of semi-structured interviews with 19 insurance physicians from the 5 social insurance companies and from observations of 73 consultations conducted by 6 experienced insurance physicians.

*Results.* The average duration of the consultations between the insurance physicians and the clients was 30 minutes. Within these consultations, several issues were briefly discussed. The information obtained by the insurance physicians was limited to the first day of illness, a general description of the complaints and a code for the diagnoses. In 23 cases (32%) the insurance physicians requested information from the attending physician, and in 2 cases (3%) an expert opinion was requested.

*Conclusion.* For the insurance physicians, the client was often the most important or indeed sole source of information. Often there was no other information against which the patient's data could be verified and such information was mostly not requested.

---

#### LITERATUUR

- 1 Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv). Medisch arbeidsongeschiktheids criterium richtlijn. Amsterdam: Lisv; 1996.
- 2 Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv). Onderzoeksmethoden standaard. Amsterdam: Lisv; 2000.
- 3 Meershoek A, Plass S, Horstman K, Vos R. Zicht op reïntegratie. Een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen; 2000.
- 4 Meershoek A. Weer aan het werk: verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden. Amsterdam: Thela Thesis; 1999.
- 5 Bont A de, Berendsen L, Boonk M, Brink J van den. In de spreekkamer van de verzekeringsarts. Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen; 2000.
- 6 Hartogh M. Enkeltje WAO: de gebrekkige begeleiding van werknemers met psychische klachten tijdens het eerste ziektejaar. Breukelen: Nyfer; 2001.
- 7 Boersma M, Wijnen J. Het MAOC en de eis van objectiviteit. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 2001; 9(2):36-8.
- 8 Boer W de, Croon N, Toorn M van den, Chánky-Achilles H. Enquête medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 1996;4(3):98-102.
- 9 Knepper S. Strenger keuren: aan het sterfbed van de WAO. Nederlands tijdschrift voor verzekeringsgeneeskunde 1991;137:2291-4.
- 10 Rooijmans HGM. Het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium'. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1647-8.
- 11 Toorn M van den. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium in de TBA. Een uitdaging voor sociale verzekeringsartsen. Med Contact 1995;50:773-4.
- 12 Bock R de, Marseille A. De Richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium'. PS: periodiek voor sociale verzekering, sociale voorzieningen en arbeidsrecht 1997;nr.17:647.
- 13 Donner P. Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. Doetinchem: Elsevier Bedrijfsinformatie; 2001.

Aanvaard op 12 oktober 2001