

AH
700

TNO Arbeid

Nederlandse Organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek / Netherlands Organisation
for Applied Scientific Research



TNO-rapport

8133/2510130

De MCA in schetsen van theorie en praktijk.

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum	22 november 2001
Auteurs	W.E.L. de Boer M E. Verhoef J M Meijer

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2001 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding en achtergrond	3
1.1	Concrete aanpak	3
2	Multicausale Analyse in Theorie	4
3	Multicausale analyse in praktijk	7
4	De MCA in perspectief van de literatuur	9
4.1	Inleiding	9
4.2	beoordelingsgesprekken in perspectief van de literatuur	9
4.3	De multicausale analyse: algemene kenmerken	10
4.4	De multicausale analyse: vijf rubrieken	12
4.5	De multicausale analyse: het grote belang van communicatie	13
4.6	Inventariseren en toetsen	14
4.7	Conclusie: de MCA in perspectief van de literatuur	15
5	Overall conclusies	17
6	Literatuur	18
	Bijlage I: Gesprek Verzekeringsarts: Eveline Evertsen	22
	Bijlage II: WOSM Bandje 1 Kant B 081142	34

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

NR. 907
plaats A+1 700

1 Inleiding en achtergrond

Bij WOSM is in de loop der jaren gewerkt met en aan een methodiek voor het voeren van verzekeringsgeneeskundige gesprekken welke de naam gekregen heeft van de MCA, de Multi Causale Analyse. De toepassers van deze methodiek vinden haar adequaat in de praktijk.

Kort gezegd bestaat de hoofdlijn van de methodiek uit het bepalen van de onderwerpen van zo'n beoordelingsgesprek en een aantal communicatieve vereisten. De beoordeling volgt een heuristische aanpak, gebaseerd op de multicausaliteit van verzuim en arbeidsongeschiktheid, op coping en op reïntegratiegerichtheid.

WOSM had behoefte aan een nader expliciteren van de MCA, aan een specificeren van hoe de MCA er in de praktijk uitziet en aan een wetenschappelijke fundering van de MCA.

WOSM had deze behoefte omdat een vervulling daarvan zal bijdragen aan een betere overdraagbaarheid van de MCA en aan vergelijkbaarheid van de MCA met andere verzekeringsgeneeskundige methoden, met name is daarbij te denken aan het MBG en de BGB. Het voorgaande zal leiden tot het specificeren van het indicatiegebied van de MCA en mogelijk de MCA zelf helpen verbeteren. Dit alles is te zien als een belangrijke steun in de ontwikkeling van het vak verzekeringsgeneeskunde.

Voor de korte termijn was WOSM met name geïnteresseerd in het ontwikkelen van de eerstgenoemde punten: het specificeren van de MCA, met name in de praktische toepassing ervan, en het leveren van de wetenschappelijke fundering ervan.

Waar de methode is ontwikkeld door medewerkers van WOSM en ook daar in de praktijk gebruikt wordt heeft TNO in een partnership met WOSM de eerstgenoemde punten opgepakt. De grondlegger van de methode, J H Wijers, kon aangeven wat de bedoelingen en de ambities ervan zijn. TNO kon aangeven hoe deze empirisch terug te vinden zouden zijn en hoe zich dat verhoudt tot de wetenschappelijke literatuur ter zake. Toepassers van deze methode konden haar demonstreren in de praktijk en TNO kon aangeven hoe zich dat verhield tot de ambities en de genoemde literatuur. Dit onderzoek betreft een eerste, kleinschalige verkenning. Verwacht werd dat op hoofdlijnen conclusies zouden zijn te formuleren en wegen konden worden gevonden om eventueel de diepte in te gaan.

1.1 Concrete aanpak

Zijdens WOSM is aangegeven wat de kenmerken en verwachte effecten zijn van het hanteren van de MCA. Dit is gedaan middels schriftelijk materiaal, een interview en een groepsgesprek met ontwikkelaars van andere protocollen. (M Verhoef en WEL de Boer)

Zijdens WOSM zijn van twee beoordelaars die met de MCA werken aselect opgenomen beoordelingsgesprekken ter beschikking gesteld aan TNO, op basis van vrijwilligheid bij de cliënt, betrekking hebbend op einde wachttijd beoordeling WAO en voorzien van geanonimiseerde documentatie.

TNO typte deze opnamen verbatim uit en anonimiseerde ze verder.

TNO onderzocht de zichtbare systematiek van de MCA en rapporteerde daarover. (M Verhoef en WEL de Boer)

TNO deed literatuuronderzoek ter toetsing/onderbouwing van de MCA. (JM Meijers en WEL de Boer)

2 Multicausale Analyse in Theorie

De multicausale analyse is ontwikkeld door de heer J.H. Wijers, werkzaam als mededirecteur en verzekeringsarts voor WOSM. De methode beschrijft een gespreksmodel om een sociaal-medische beoordeling in het kader van WAO of ZW te verrichten. Een sociaal-medische beoordeling wordt gevraagd indien verstrekking van de voorziening afhangt van ziekte of gebrek of van een medische indicatie. Echter, de noodzaak voor een voorziening volgt niet direct uit de aard van ziekte of gebrek, hetgeen betekent dat een zuiver ziektediagnostische beoordeling niet voldoet. Daarentegen dient te worden uitgegaan van holisme en multicausaliteit bij het bepalen van arbeids(on)geschiktheid en reïntegratiemogelijkheden. Naast algemeen lichamelijke en psychische gezondheid spelen psychosociale factoren een rol, zoals de wijze waarop een cliënt en diens woon- en werkomgeving omgaan met het ziek zijn. Een holistische benadering resulteert naar verwachting in demedicalisering. Voorts zoekt de methode aansluiting bij de geldende wet- en regelgeving op het gebied van de sociale zekerheid en bij het principe van de argumentatieve claimbeoordeling. Hoewel beoordeling op grond van dit principe niet verplicht is, wordt het in de praktijk van claimbeoordeling alom toegepast: claim en argumenten van een cliënt worden geïnventariseerd, zo nodig aangevuld, en vervolgens getoetst. Het doel van de methode betreft het beoordelen van huidige en toekomstige mogelijkheden en beperkingen van een cliënt voor arbeid en oordelen over diens herstelgedrag. Herstel en arbeidsreïntegratie op een passend niveau dienen middels adequate interventies te worden bevorderd. Er is sprake van een heuristische aanpak. Dit betekent een zekere vrijheid voor de verzekeringsarts met betrekking tot de wijze van onderzoek, niet ten aanzien van de onderwerpen van onderzoek.

Het claimbeoordelingsgesprek conform de multicausale analyse is semi-gestructureerd. Op hoofdpunten is voorgeschreven wat besproken moet worden. De volgorde waarin onderwerpen worden besproken, ligt echter niet vast. Het gesprek wordt ingeleid met een korte introductie. Deze is bedoeld om een cliënt op zijn gemak te stellen en geldt derhalve als (mede)bepalende factor voor het gespreksverloop. De verzekeringsarts geeft een beknopte uitleg van de te volgen WAO-procedure en een korte samenvatting van reeds beschikbare gegevens. Vervolgens wordt aangesloten bij de invalshoek van een cliënt; deze krijgt de gelegenheid om te vertellen wat hij wil, hetgeen veelal diens klachten respectievelijk ziektebeeld betreft. De verzekeringsarts dient ervoor te waken dat niet te diep wordt ingegaan op de klachtenanamnese.

De hoofdmoot van het gesprek bestaat vervolgens uit het bespreken van een aantal van tevoren vastgestelde onderwerpen. Elk onderwerp moet worden uitgevraagd. Wel bestaat er verschil in de mate waarin onderwerpen besproken dienen te worden samenhangend met hetgeen een cliënt vertelt en wat er vanuit de aard van de beoordeling geïndiceerd is. Daar onderwerpen slechts globaal omschreven zijn en overlap vertonen, is onderscheid lastig te maken. De te bespreken onderwerpen (de multicausale analyse spreekt van velden) betreffen:

veld 1: gezondheid.

De gezondheid(sschade), met name in de laatste maanden, wordt besproken. De verzekeringsarts vraagt naar de ernst van de klachten (mate, frequentie, duur en beloop) en naar de relatie tussen klachten en beperkingen in de woon- en werksituatie. Daarnaast worden ziektegeschiedenis, verwachte consequenties van medische interventies voor de belastbaarheid en stressoren in de privé- en werksituatie (taakopvatting en persoonskenmerken) besproken.

veld 2: werk.

Er wordt nagegaan of zich stressoren voordoen of voorgedaan hebben in de werksituatie. Voorts heeft de verzekeringsarts aandacht voor disfunctionele persoonskenmerken (taakopvatting en copingvermogen) en voor het klachten-verloop en het functioneren tijdens en na het werk, indien sprake van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.

veld 3: privé.

Stressoren in de privé-situatie, welke de gezondheid van de cliënt direct beïnvloeden, worden in kaart gebracht. De verzekeringsarts besteedt wederom aandacht aan disfunctionele persoonskenmerken (copingvermogen).

veld 4: functioneren.

De verzekeringsarts vormt zich een beeld van het vermogen van de cliënt duurzaam te functioneren, waarbij met name het sociaal functioneren en functioneren in de afgelopen maanden van belang zijn. Er wordt gevraagd naar goede, gemiddelde en slechte dagen, naar hun duur en frequentie.

veld 5: persoon.

Persoonskenmerken van de cliënt worden uitgevraagd (taakopvatting/ werkwijze, ziekte-inzicht, (rigide) copingsvaardigheden, autonomie, persoonlijkheid, invloed van medische interventies en korte biografie).

Uit oogpunt van inhoudelijke noodzaak, zorgvuldigheid en bevordering van communicatie wordt eventueel een lichamelijk onderzoek uitgevoerd en/of wordt informatie van de behandelend arts opgevraagd. Alvorens te besluiten tot een medische expertise dient de verzekeringsarts collegae te consulteren.

Toepassing van de multicausale analyse vereist communicatieve vaardigheden van de verzekeringsarts. Het scheppen en behouden van een goed gespreksklimaat wordt als basis van de methode beschouwd. Middels het meedenken met de cliënt, deze serieus te nemen en het tonen van aandacht en respect wordt openheid en vertrouwen bereikt, hetgeen nodig is om oorzaken van arbeidsongeschiktheid en adequate interventies te bepalen. Ook wordt betrokkenheid gevraagd. Een verzekeringsarts moet niet volledig op afstand staan hetgeen blijkt uit attitude, doorvragen en formuleren van gewaagde hypothesen. Voorts moet deze enige affiniteit hebben met de gedragscomponent van arbeidsongeschiktheid oftewel beschikken over inlevingsvermogen en het vermogen om subjectieve aspecten, welke geen logische maar wel een invoelbare en plausibele invloed hebben, te wegen. Tot slot vereist een adequate toepassing van de methode voldoende motivatie, oefening en ervaring.

De multicausale analyse schrijft voor wat te onderzoeken. De wijze waarop onderzoek verricht moet worden, is ruim omschreven. Verschillende wijzen van vragen stellen en informatie verwerven zijn mogelijk. In de MCA worden ze niet onderscheiden en ook wordt er geen expliciet beter of minder gevonden. De velden rondom arbeidsongeschiktheid dienen geleidelijk in kaart gebracht te worden hetgeen betekent dat onderwerpen door elkaar besproken kunnen worden. De verzekeringsarts dient aan persoonskenmerken van een cliënt veel waarde hechten, met name aan diens copingvermogen en rigide disfunctionele gedragingen. Tevens dienen redenen voor voortduren van arbeidsongeschiktheid

zwaarder te wegen dan de oorzaken van uitval. De nadruk in de methode ligt derhalve op de prognose en reïntegratie van een cliënt. Voorts stelt de methode dat het uitvragen van persoonskenmerken en ontdekken van gemaskeerde psychische beelden een inventariserende aanpak vereist daar de cliënt deze niet spontaan aandraagt. Middels adequaat doorvragen ontstaat vervolgens inzicht in mate en frequentie van klachten en kan de plausibiliteit en consistentie worden beoordeeld. Daarnaast wordt dynamiek in het gesprek van groot belang geacht. Een spontane opmerking van de cliënt biedt mogelijkheden het gesprek te verdiepen; daartoe dient direct te worden ingespeeld. Daarentegen wordt een inadequaat antwoord weinig waardevol gevonden; deze wordt slechts benoemd of genegeerd, waarna de oorspronkelijke vraag wordt herhaald of geherformuleerd. Aan het einde van het beoordelingsgesprek vormt de verzekeringsarts een mening over de mogelijkheden en beperkingen, de prognose en het herstelgedrag van een cliënt door uit verzamelde informatie claimklachten te selecteren. Onder claimklachten worden klachten en verschijnselen verstaan welke aanleiding geven tot aanpassing of vrijstelling van arbeid. De eigen visie wordt vervolgens getoetst aan de visie van de cliënt. Eventuele consistentie wordt nader onderzocht en besproken, waarna de verzekeringsarts diens conclusie geeft en een planning van herstelgedrag. Gemiddeld neemt een beoordelingsgesprek conform de methode dertig tot vijfenveertig minuten in beslag.

De multicausale analyse kent veel waarde toe aan de autonomie van een cliënt: deze is verplicht tot bevordering van eigen herstel en reïntegratie in arbeid en dient daarover verantwoording af te leggen aan de verzekeringsarts. Daartoe wordt gevraagd naar de visie van de cliënt op diens arbeidsongeschiktheid, herstelgedrag en prognose. Cliënten blijken echter onvoldoende in staat de eigen visie te onderbouwen, onder meer door gebrek aan kennis van relevante wetten en regels, gebrekkig inzicht in eigen gezondheid, gevoelens van schaamte, kwetsbaarheid en verdringing. De verzekeringsarts dient de cliënt te ondersteunen bij het formuleren van diens claim door uit genoemde klachten claimklachten te selecteren. Dit gebeurt middels doorvragen om geformuleerde hypothesen te toetsen tot de 'kern' is bereikt. Er is voldoende doorgevraagd indien huidige klachten, huidig functioneren, voorgeschiedenis en persoonlijkheid van cliënt voldoende duidelijk en consistent zijn.

3 Multicausale analyse in praktijk

Voor onderzoek naar de praktijk van de multicausale analyse is gebruikt gemaakt van gespreksverslagen. Twaalf recente eindewachtijdsbeoordelingen, verricht door twee verzekeringsartsen, zijn opgenomen op cassetteband en vervolgens letterlijk uitgetypt. Hieruit is een selectie van vier gesprekken gemaakt. Gekozen is om twee gesprekken van beide verzekeringsartsen te analyseren. Van één verzekeringsarts was tijdens WOSM aangegeven dat deze goed de instructies van de MCA volgde, van de ander was dat niet zo duidelijk.

De analyse betrof de structuur van het gesprek en de rol van de visie van een cliënt. De keuze voor onderzoeksaspecten is gebaseerd op een inschatting van de relevantie na een aantal beoordelingsgesprekken te hebben gelezen en na te hebben overlegd met deskundigen op de EUR en TNO.

Deze aspecten zijn als volgt geoperationaliseerd. Ten aanzien van de structuur van het gesprek wordt gekeken naar gespreksduur en mate waarin de cliënt wordt gevolgd.

1. De gespreksduur is bepaald middels een tijdmeting (minuten).
2. De mate waarin de cliënt wordt gevolgd, is beoordeeld aan de hand van het aantal inadequate antwoorden en spontane opmerkingen, gegeven door de cliënt en de reactie van de verzekeringsarts daar op. Eveneens zijn daartoe onderbrekingen van de cliënt, invulling van antwoorden door de verzekeringsarts en suggestieve vraagstellingen onderzocht.
3. Ten aanzien van de rol van de visie van de cliënt wordt gekeken naar de onderwerpen waarover en wijze waarop de visie van de cliënt behandeld is. Bepaald is of de cliënt een visie op diens arbeidsongeschiktheid, herstelgedrag en prognose heeft gegeven en of deze al dan niet expliciet gevraagd is door de verzekeringsarts.
4. Voorts zijn overige opmerkelijkheden in onderzochte beoordelingsgesprekken geconstateerd en genoteerd.

Ad 1 De onderzochte gesprekken vertonen geringe verschillen ten aanzien van gespreksduur, invulling van antwoord en suggestieve vraagstelling. De gespreksduur varieert tussen 26 en 40 minuten.

Ad 2 Uit onderzoek naar de structuur van beoordelingsgesprekken, gehouden op basis van de multicausale analyse volgen relatief grote verschillen tussen gesprekken in aantal spontane opmerkingen en onderbrekingen. Het aantal spontane opmerkingen varieert tussen één en elf, het aantal onderbrekingen tussen dertien en drieënveertig. Conform de MCA wordt veelal direct ingespeeld op een spontane opmerking, hetgeen met het volgende voorbeeld wordt geïllustreerd.

De verzekeringsarts vraagt naar uitingen van perfectionisme: "zijn er nog andere dingen waarvan u zegt dat..?". De client geeft in eerste instantie antwoord op de vraag: "ja eh als de kinderen ruzie hebben boven en dan zit ik me beneden in de bank zo te verbijten en er niks aan doen" maar begint dan spontaan over haar werk: "op mijn werk eh, ik ben altijd directiesecretaresse geweest en eh ik werk nu als receptioniste/telefoniste. Wij hebben op de afdeling dan wel eh werkgroepen waarin je ook administratieve taken kunt verrichten, maar ik merk toch heel sterk dat het ehm administratieve gedeelte dat dat blijft toch heel erg trekken....". De verzekeringsarts vraagt vervolgens door op de werksituatie: "wat zou er nu in het werk moeten veranderen?" (blz 5 gesprek 6A).

Antwoorden van de client worden slechts in één gesprek ingevuld door de verzekeringsarts (twee maal), evenzo met suggestieve vraagstellingen. Uit onderzoek volgt geen verschil in aantal inadequate antwoorden en de reactie erop van de verzekeringsarts. Elk gesprek telt twee inadequate antwoorden, waarop een maal wordt ingespeeld. Echter, inspelen op dergelijke antwoorden is in strijd met deze methode.

Een voorbeeld betreft de vraag van de verzekeringsarts over de dietist: "ja ja ja ja en die v...zegt hoeveel u moet spuiten?". Het antwoord van de client betreft wel de dietist maar de gestelde vraag wordt niet beantwoord: "die zegt heel weinig, laat ik het zo zeggen. Ik ben niet he..niet tevreden over haar" (blz 3, gesprek1B).

Ad 3 Onderzoek naar de rol van de visie van de client binnen de multicausale analyse wijst uit dat er weinig verschil tussen gesprekken bestaat in onderwerpen waarover en wijze waarop de visie van de cliënt is behandeld. Zoals voorgeschreven wordt de visie van de cliënt op diens arbeidsongeschiktheid, prognose en herstelgedrag besproken. De bespreking is veelal kort. Ook wordt de visie niet expliciet gevraagd. Beiden lijken in strijd met het belang dat in de multicausale analyse aan de visie van de cliënt wordt toegekend.

Ad 4 Tevens kunnen op grond van uitgevoerd onderzoek de volgende opmerkingen worden gemaakt. Er is veelal sprake van een sterke gesprekssturing door de verzekeringsarts; deze bepaalt het onderwerp van gesprek middels het stellen van gerichte vragen.

Ook voldoet de introductie in de onderzochte gesprekken in verschillende opzichten niet aan voorschriften, gesteld in de multicausale analyse. Hier was geen eenduidigheid in te vinden. Voorts worden ziektegegevens relatief uitgebreid besproken. De behandeling van beperkingen is daarentegen kort en bevat weinig voorbeelden. In principe wordt een lichamelijk onderzoek verricht. Een dagverhaal wordt echter niet altijd gevraagd.

Uit bovenstaand onderzoek volgt dat verschil bestaat tussen de multicausale analyse in theorie en praktijk. Beperking is hier dat naar weinig artsen is gekeken en dat dus onzeker is of dit een arts- effect is of een model-effect. Conform de verwachting, gezien de openheid van de regels van de MCA, vallen niet veel verschillen op tussen de artsen.

4 De MCA in perspectief van de literatuur

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over beschikbare kennis en de MCA als model van beoordelingsgesprek.

De vraag “gaat de MCA over de onderwerpen waar het over zou moeten gaan?” wordt binnen een aantal beperkingen beantwoord. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan het valideren van de MCA.

Beperkingen van dit hoofdstuk zijn er ook. Het gaat niet over andere functies en toepassingen van de MCA. Ook gaat het hier niet over te verwachten betrouwbaarheid en validiteit. Over die aspecten is geen geoperationaliseerd voorschrift gemaakt zodat dat niet empirisch te toetsen was en binnen het budget zou ongericht zoeken naar deze aspecten niet zinvol kunnen. Hetzelfde geldt, tenslotte, voor het aspect coping dat van groot belang is maar te weinig omschreven om te kunnen worden gevalideerd. Aan te sluiten is bijvoorbeeld bij IJzermans en Dirkx (2000), UCL en gedragstherapie en functionele analyse (Hoogduin *et al.*) en Herstelgedrag (De Boer *et al.* 1998)

In onderhavig hoofdstuk wordt eerst gekeken naar de status van gespreksmethoden voor de WAO-beoordeling. Wat is daar in zijn algemeenheid over te zeggen? Dan worden algemene kenmerken van de MCA middels literatuur tegen het licht gehouden. Vervolgens wordt vanuit de velden van de MCA een onderbouwing gegeven van deze gespreksmethode. Het communicatieve belang binnen de MCA komt daarna aan de orde en tenslotte wordt vanuit een breder perspectief naar aspecten als normen, inventarisatie en toetsen, consistentie, beeldvorming en deterministisch toetsen gekeken. Het geheel leidt tot een aantal conclusies.

4.2 beoordelingsgesprekken in perspectief van de literatuur

Op het terrein van sociaal-medische beoordeling worden verschillende methoden gebruikt als beoordelingsgesprek. Volgens de standaard Onderzoeksmethoden (Lisv 2000) In theorie wordt onderscheid gemaakt tussen de multicausale analyse, belastbaarheidgerichte benadering en het methodische beoordelingsgesprek. Deze drie gespreksmethoden hebben alle tot doel de validiteit, betrouwbaarheid, transparantie, consistentie, en uniformiteit van een beoordeling te vergroten. Voorwaarden die inmiddels al aardig ‘communis opinio’ zijn geworden. Geen van deze methoden is echter ooit onderzocht op haar validiteit. Wel is bij de BGB een start gemaakt met betrouwbaarheidsonderzoek (Spanjer 2001) De sociale verzekeringsgeneeskunde is in dat opzicht een relatief nieuw onderzoeksgebied, waar nog een grote slag valt te slaan (Spanjer 2001, Willems 2000).

Vanuit dit perspectief mag op voorhand duidelijk zijn dat in ‘de literatuur’ niet eenduidig iets gezegd zal worden over de waarde van de MCA (of enige andere beoordelingsmethode op arbeidsgeschiktheid). In extremo kan zelfs worden gesteld dat het volstrekt onduidelijk is hoe kennis gebruikt wordt om tot het oordeel *ao* of *ag* te komen (Koele *et al.* 1989, Razenberg, Meershoek, De Boer en Meijers 2001). Een beoordelingsgesprek is een zeer persoonlijk/individueel gesprek. Het is zeker geen kwestie van rechttoe rechtaan toepassen van medische empirie (Stone, Van der Veen, Horstman *et al.*, Meershoek) of het blindelings toepassen van een gespreksmethode.

Wél wordt medische expertise veelal gebruikt om achteraf een oordeel te legitimeren, en op minder duidelijke wijze stuurt kennis ook (een deel van) de

informatieverzameling en oordeelsvorming. Zonder belang is dit niet want artsen werden ingezet op de beoordeling arbeidsgeschiktheid oa omdat gedacht werd dat artsen neutrale, betrouwbare en deskundige beoordelaars zouden zijn (Stone, Horstman). Als die verwachting niet klopt kan dat al snel leiden tot teleurstelling in de deskundigheid van de va, en daarmee in de legitimiteit van zijn werk (Willems, Verzekeringsgeneeskundige Studiedagen 1974, Parlementaire enquête) Die teleurstelling speelt breder in de medische wereld (Lamberts en Okkes) en vertaalt zich ook in aanklagen van de cliënt, wat ook al van alle tijden is (May ea, Mol en Van Lieshout, Hutschemackers) Individualisering maakt de taak van beoordelen op universele en objectieve normen alleen nog maar moeilijker (Schnabel).

Dit alles hoeft niet automatisch te leiden tot onvoldoende valide, betrouwbare of consistente beoordelingen of beoordelingsmethoden. In zijn algemeenheid kan voor elke goed uitgedachte gespreksmethode een gefundeerde beargumenteerde onderbouwing worden gevonden, mits rekening wordt gehouden met wettelijke kaders, beroepsstandaarden ed. Voor elk argument vóór, is echter vaak ook een argument tegen te bedenken, of een argument te geven om het net iets anders te doen. Bij gebrek aan empirisch onderzoek, zal elke gespreksmethode zijn pros en contra's hebben. Geen van de gespreksmethode is dus met de huidige kennis als goed of fout, of het beste dan wel de slechtste te bestempelen.

In navolgende tekst wordt vanuit de inhoud van de MCA een onderbouwing gegeven van deze gespreksmethode. De cursief gedrukte tekstfragmenten geven daarbij een weergave van de inhoud van de MCA en in de daarop volgende tekst wordt de methode vanuit de literatuur onderbouwd. Gezien bovenstaande mag duidelijk zijn dat de onderbouwing niet geheel kritiekloos kan en mag zijn: in de tekst worden daarom zowel pros als cons van de methode gegeven.

4.3 De multicausale analyse: algemene kenmerken

Binnen de multicausale analyse wordt, in plaats van een medisch-biologisch referentiekader, uitgegaan van multicausaliteit van arbeidsongeschiktheid, copingvaardigheden en reïntegratiegedrag.

De complexiteit en multicausaliteit van arbeidsongeschiktheid wordt in de (internationale) literatuur sinds de laatste decennia vanuit verschillende kanten ondersteund. Waar voorheen arbeidsongeschiktheid vooral werd verklaard vanuit een biomedisch model wordt het tegenwoordig veel breder gezien. Hoe breed het precies wordt gezien hangt mede af van de context waarin het begrip arbeidsongeschiktheid wordt geplaatst. Bijvoorbeeld binnen de revalidatiegeneeskunde -waar objectiviteit van een diagnose een veel minder belangrijke rol speelt dan effectiviteit van de behandeling- wordt al langere tijd gewerkt vanuit een (meer) multi-dimensionele benadering. De verwachting dat dit een demedicaliserend effect heeft wordt hier gesteund (De Boer*). Maar vooral wordt laatstgenoemde (demedicalisering) ondersteund vanuit een volledig holistische benadering van arbeidsongeschiktheid /disability: disabled people live in a "disabling world" (Hahn 1985; Oliver 1991). Hier wordt gesteld dat vooral de attitude en normen en waarden van de omgeving een individu arbeidsongeschikt/ disabled maken, meer nog dan de beperkingen van het individu zelf.

Binnen de sociale verzekeringsgeneeskunde heeft men te maken met de eisen van objectiviteit en uniformiteit die in wet- en regelgeving worden gesteld en kan niet alleen van effectiviteit van een behandeling worden uitgegaan zoals bij de revalidatiegeneeskundige wel het geval is. Dat neemt niet weg, dat een multicausale

benadering voor de WAO de voorkeur heeft. De spanning tussen de rigide beoordeling op mogelijkheden om te functioneren op een gegeven moment en het ondersteunen van een reïntegratietraject zit in het Nederlandse systeem ingebakken (MvT WAO, Schattingsbesluit, MvT WREA, Parl enquête, Cie Donner)

Verder kan in zijn algemeenheid worden gesteld dat tegenwoordig veelal de lijn van de WHO, ICIDH 2 (wordt ICF), aangehouden. Deze gedachtelijn wordt bv gevolgd door Verbrugge et al (1999). Deze geven een uitgebreide omschrijving van een multi-dimensionele benadering van arbeidsongeschiktheid (van disability). Zie bijvoorbeeld ook Berthoud, R. (1995)

Er zouden nog vele literatuur verwijzingen aan bovengenoemde kunnen worden toegevoegd. Het is echter niet het moment en plaats om alle benadering van arbeidsongeschiktheid op een rijtje te zetten, of een nieuwe benadering te propageren. Wel mag duidelijk zijn dat er veel verschillende benaderingen zijn, en dat in de afgelopen jaren steeds meer wordt uitgegaan van een meer multi-dimensionele benadering. Het multicausale van de multicausale analyse (MCA) benadering is daarom vanuit vele standpunten goed verdedigbaar.

Het claimbeoordelingsgesprek conform de multicausale analyse is semi-gestructureerd. Op hoofdpunten is voorgeschreven wat besproken moet worden. De volgorde waarin, ligt niet vast. Het gesprek wordt ingeleid met een korte introductie, welke bedoeld is om een goed gespreksklimaat te creëren. De arts geeft een beknopte uitleg over de te volgen WAO procedure en een korte samenvatting van beschikbare gegevens. Vervolgens wordt aansluiting gezocht bij de invalshoek van de cliënt; deze krijgt gelegenheid om te vertellen wat hij wil, hetgeen veelal diens klachten respectievelijke ziektebeeld betreft. De verzekeringsarts dient ervoor te waken dat niet te diep wordt ingegaan op de klachtenanamnese maar dat alle velden rondom de arbeidsongeschiktheid worden uitgevraagd. Soms slechts oppervlakkig.

Uit bovenstaand tekstfragment kan worden geconcludeerd dat het gespreksmodel van de multicausale analyse goed past bij de holistische benaderingswijze van disability (Hahn 1985; Oliver 1991). Nadeel van deze benaderingswijze is dat het de subjectiviteit duidelijk toelaat in een beoordelingsgesprek. Dit in tegenstelling tot het wettelijk criterium van arbeidsongeschiktheid: 'objectief vast te stellen....'(WAO), waar veel meer wordt gestuurd op de objectiviteit en uniformiteit van een beoordeling. Al in het begin van deze tekst is gewezen op het feit dat het onmogelijk is om de subjectiviteit in een beoordelingsgesprek volledig te voorkómen, desalniettemin dient er wel gestreefd te worden naar een zoveel mogelijk objectieve, uniforme beoordeling. Immers een WAO beoordeling is sterk gericht op **rechten**: rechtmatigheid en rechtszekerheid (m.b.t. inkomenszekerheid) – waardoor transparantie, reproduceerbaarheid en validiteit belangrijk zijn. In de praktijk van de WAO-beoordeling worden gespreksmodellen gebruikt welke deels gestandaardiseerd zijn zodat er beperkt invloed is van de subjectiviteit van de cliënt op de uitkomst van de beoordeling (De Boer en Verhoef 2001). Dit past bij wat er is gepubliceerd over de samenhang tussen de ontwikkeling van specifieke normen + gestandaardiseerde methoden in (claim)beoordeling en de (resulterende) toename van betrouwbaarheid, validiteit en consistentie, en afname in error, te noemen zijn Berthoud, R. (1995), Bloch, F.S. (1992), Mashaw, J.L. (1979) Hofstee 1999.

In het licht van de WAO beoordeling, lijkt de multicausale analyse op sommige punten een erg op herstel en reïntegratie gerichte beoordeling te zijn. De multicausale benadering geeft tijdens het gesprek veel invloed aan de cliënt. De verzekeringsarts

dient de cliënt (slechts) te begeleiden in zijn verhaal en te waken dat alle vijf de velden (gezondheid; werk; privé; functioneren en persoon) van een beoordeling worden doorlopen. In het begin van het gesprek heeft vooral de cliënt invloed op de gespreksonderwerpen, naarmate het gesprek vordert wordt er meer gestuurd door de verzekeringsarts. In welke mate deze manier van beoordelen de invloed van de cliënt op de uitkomst van de beoordeling doet toenemen, is de vraag. Het suggereert wel een toename. In het licht van bovenstaande literatuur is de MCA dus een zeer losse variant van semistructurering: MBG (De Boer ea 1997) en BGB (Spanjer 2001) zijn strakker. Verondersteld wordt wel dat een grote tolerantie voor subjectiviteit leidt tot manipuleerbaarheid. Anderzijds wordt verondersteld dat strakke structurering leidt tot versterken van claimedrag en slecht toepasbaar is voor zowel cliënt als verzekeringsarts. Waar het optimum ligt tussen deze extremen is onbekend. Het vereiste van standaardisering geldt overigens in veel mindere mate voor het vaststellen van adequate interventies ten behoeve van herstel en reïntegratie, hetgeen de multicausale analyse ook propageert¹. Dan gaat het immers vooral om de effectiviteit van een beoordeling: subjectiviteit mag, als het maar werkt. Het zou dus de moeite waard zijn om dit aan nader onderzoek te onderwerpen.

4.4 De multicausale analyse: vijf rubrieken

Binnen de multicausale analyse worden vijf rubrieken/velden onderscheiden. De velden betreffen: gezondheid, werk, privé, persoonsgegevens en functioneren. Tussen deze velden bestaat grote overlap waardoor onderscheid soms moeilijk is te maken. De mate waarin de verzekeringsarts ingaat op een veld verschilt per gesprek en hangt samen met hetgeen de cliënt vertelt en/of geïndiceerd is. In zijn algemeenheid wordt de meeste aandacht geschonken aan de velden, persoonsgegevens, functioneren en gezondheid.

De indeling in vijf velden die gemaakt wordt in de multicausale analyse is vanuit de eerder genoemde multi-dimensionele benadering van arbeidsongeschiktheid (zie algemene kenmerken: pros) goed verdedigbaar. Zie bijvoorbeeld ICIDH-2 en Verbrugge et al. Elke multi-dimensionele benadering –waaronder de multicausale analyse- heeft zijn eigen focus en (nuance) verschillen met andere benadering zijn dus eerder regel dan uitzondering. Geen enkele benadering kan met de huidige kennis echter als beste of slechtste worden bestempeld.

Aangezien de velden verder niet nader gespecificeerd zijn -er is slechts een zeer summiere beschrijving van de verschillende velden aanwezig- kan niet worden gezegd of deze keuze wetenschappelijk verdedigbaar is. De velden dienen daartoe eerst nader te worden gespecificeerd. Ook zou het de moeite waarde zijn velden te specificeren die niet van belang worden geacht.

Het eerste veld *-gezondheid-* is (mogelijk) het meest objectief vast te stellen en daardoor het best wetenschappelijk te onderbouwen. Binnen de wetenschap is behoorlijk wat onderzoek gedaan naar bio-medische determinanten van arbeidsongeschiktheid en de relatie tussen klachten en beperkingen in woon- en werksituaties. Voorbeelden daarvan zijn: Willems ea 1996, Andries F, Wevers CWJ, Nijboer ID (1993), Andries F, Wevers CWJ (1996). Prins R, Veerman TJ, Giezen AM van der (1996). Giezen AM van der, Veerman TJ, Prins R (1996). Weide WE van der

¹ Door de ontwikkelaar van het MCA wordt dit terrein gezien als een zeer belangrijk veld van toepassing, gesteld wordt: "MCA is met name bruikbaar tijdens het eerste ziektejaar om achterliggende oorzaken van verzuim te onderzoeken en om interventies te initiëren en monitoren".

(1998). Kremer AM, Wever CWJ, Andries F (1997). Kremer AM, Wevers CWJ (1998). Wevers CWJ, Nijboer ID (1990). Kabela M (1988).

De overige vier velden *-werk, privé, persoonsgegevens en functioneren-* hebben alle in meer of mindere mate betrekking op de persoonskenmerken van een individu (persoonlijke en sociaal functioneren e.d.) en behoren tot de minder makkelijk objectificeerbare aspecten van een beoordeling. In Nederland is het belang van zulke aspecten veel onderzocht, zie bv Grosfeld (1988) en Schalk (1989). Er is wel onderzoek gedaan naar mogelijkheden om dergelijke aspecten beter te objectiveren. Hiermee worden o.a. de checklijsten voor het vaststellen van psychische stoornissen, copingvaardigheden, persoonskenmerken e.d. bedoeld, waarvan WOSM reeds gebruik maakt (ook tijdens de opleidingen van de va's). Hier zal in deze tekst derhalve niet uitvoerig bij worden stilgestaan. Wel wordt in dit verband nog gewezen op literatuur waarin determinanten worden gegeven van gezond gedrag (ook te vertalen in herstelgedrag), waar o.a. veel gebruik van wordt gemaakt in het kader van gezondheidsvoorlichting. De onderstaande twee modellen kunnen mogelijk handvatten bieden in de weg naar een wetenschappelijke onderbouwing van beoordelingsmethode binnen de sociale geneeskunde:

- ASE-model (Attitude-Social influence-Efficacy model) van De Vries et al. (1988)
- Model of planned behaviour van Ajzen (1991)

In de genoemde modellen worden verschillende psychosociale determinanten van gezond gedrag herhaaldelijk genoemd, namelijk:

- attitude/ persoonlijke houding
- sociale invloed; gaat over de gedachten, gevoelens en acties van anderen. Sociale normen en sociale steun of sociale druk
- self efficacy: persoonlijke verwachtingen over toekomst van arbeidsongeschiktheid hebben veel invloed op het uiteindelijke gedrag van een individu. Daarmee worden bedoeld zowel de *uitkomst verwachtingen* als de *self-efficacy* – persoonlijke kracht/ eigen vermogen (coping). Laatstgenoemde heeft betrekking op een persoon zijn verwachting of hij de capaciteit bezit om gewenste verandering te realiseren. Met andere woorden self efficacy verwachtingen zijn gerelateerd aan het geloof van een persoon in zijn persoonlijke capaciteiten om een specifieke verandering te bewerkstelligen. Bandura, A. (1986).
- intentie om te veranderen: vaak afhankelijk van demografische en persoonlijke variabelen.

Zie bv Ajzen, I. en Fishbein, M. (1980).

4.5 De multicausale analyse: het grote belang van communicatie

Binnen de multicausale analyse wordt de diagnostisch waarde van communicatie als zeer belangrijk beschouwd. Zelden worden daarom medische specialisten aangenomen, aangezien deze over het algemeen niet voldoen aan gestelde communicatieve eisen en het medisch-biologische referentiekader slechts moeizaam kunnen loslaten.

Binnen de multicausale analyse wordt wél een beperking in communicatieve vaardigheden en medisch-biologische denkwijze gelegd bij de medisch specialisten, maar niet bij de artsen in zijn algemeenheid. De vraag is of deze beperkingen niet moeten worden doorgetrokken naar artsen in het algemeen? Reeds in 1976 wordt door Blaxter benadrukt dat medische expertise/artsen niet automatisch geschikt doet zijn voor de schatting van arbeidsongeschiktheid. Immers deze beoordeling verschilt enorm van de medische setting waarbinnen artsen zijn opgeleid. Zie bv Blaxter, M. (1976),

Dit verschil in wijze waarop een arts heeft leren denken als medisch expert, ten opzichte van de wijze waarop hij dient te denken als beoordelaar in het kader van sociale zekerheidsprogramma's, wordt niet alleen door Blaxter onderstreept. Door meerder auteurs wordt deze conflicterende denkwijze beschreven: Hvinden, B. (1994), March, J.G., and Olsen, J.P. (1989), Mashaw, J.L. (1983), Bloch, F.S. (1992); Veen R J van de 1990; Mudde 1995; Meershoek 1999; De Bont ea 1999.

4.6 Inventariseren en toetsen

De MCA werkt binnen het principe van de Argumentatieve Claimbeoordeling: er wordt van uitgegaan dat de cliënt redenen heeft om zichzelf ongeschikt te achten voor sommige of alle werk. De beoordeling is dan het inventariseren en toetsen van de claim en de argumenten ervoor. (De Boer 1993). Alle voor de WAO uitgewerkte beoordelingsmethoden doen dat (De Boer en Verhoef 2001) Hoe de MCA dat doet is, gezien het zeer open karakter van de structurering niet eenduidig aan te geven. In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat de MCA de cliënt alle ruimte laat voor het presenteren van zijn claim en de argumenten ervoor. Er zijn ook enkele controlemechanismen ingebouwd in de MCA om de inventarisatie veilig te stellen. Met name het aan het eind presenteren van de visie van de va en het uitnodigen om daarop te reageren is als zodanig te zien. Methodisch wordt toetsen gedaan door door te vragen, op zoek naar actualiteit en levendigheid en door andere aspecten als controle aan de orde te stellen.

Het toetsen kan inhoudelijk opgevat worden vanuit drie gezichtspunten: consistentie, beeldvorming en deterministisch. Ze worden naast elkaar gezet maar ontwikkelen zich in een beoordeling gezamenlijk en elkaar beïnvloedend, zie bv De Bont CTSV 2000.

Consistentie, hier beperkt tot wat elders heet interne consistentie. Het is niet zozeer een kwestie van kennis als wel van methode: vragen, doorvragen, controlevragen en confronteren met onduidelijkheden en mogelijke inconsistenties. Het is het principe van hoor en wederhoor. Dit is ook wat beschreven staat in de Standaard onderzoeksmethoden. In cognitief psychologische termen het dit wel het Metermodel. In de inventarisatie van de claim kan een aantal hypothesen geformuleerd worden welke alle een bepaalde evidentie kunnen krijgen (op een schaal/ meter) Met het voeren van het gesprek krijgt een bepaalde meetuitslag de meeste evidentie en dat wordt het oordeel. Uiteraard zou er veel te zeggen zijn over het vaardigheids- en attitudeaspect hiervan. Dat valt buiten het bestek van dit project.

Beeldvorming betreft het categoriseren van de problematiek en/of de cliënt als "zo een". Dat lijkt wel afhankelijk te zijn van kennis en ervaring van de beoordelaar (Snoek). Met name modellen van wat arbeidsongeschiktheid is (zie onder en ook par 4.3 en 4.4) zouden hierin van belang kunnen zijn. Hoewel gericht onderzoek in de verzekeringsgeneeskunde ontbreekt lijkt dit aspect van belang te zijn en consequenties te hebben (CTSV 1998) De hypothese is dat een bepaald mentaal model van wat arbeidsongeschiktheid inhoudt invloed heeft op wat de va zal vragen en wat hij wel of niet zal oppikken uit het gesprek. In de loop van de beoordeling wordt informatie telkens opnieuw geordend, gericht op een bepaald, bij de beoordelaar bestaand, model. Cognitief psychologisch heet deze wijze van vormen van een oordeel Storytelling.

Enkele modellen van wat arbeidsongeschiktheid is passeren de revue, te beginnen met het model Belasting Belastbaarheid.

Dit stamt van Burger uit 1959 en is oorspronkelijk een operationalisatie van het idee dat arbeidsbelasting invloed heeft op het organisme en dat niet ieder organisme gelijk

reageert. Voor de ontwikkeling van bedrijfsgeneeskunde was het zeer voornaam, met name wat betreft het ontwikkelen van primaire preventie dus op groepsniveau. Het passieve en onpersoonlijke en statische karakter van het model was voor dat doel geen grote belemmering. Voor de begeleidingspraktijk is het voorzien van elementen van systeemtheorie (Wesseling 1974, Vroege 1982) en meer dynamisch gemaakt door toevoeging van elementen als regelmogelijkheden en verwerkingsvermogen (Van Dijk ea 1990) Daarmee bleef het toch een vanuit arbeid opgezette benadering (Kuiper 1985) en voor de claimbeoordeling blijft een belangrijke beperkingen dat de cliënt met zijn wensen en strevingen er niet in tot uiting komt.

Het Vg referentiekader van Timmer (1985) is te zien als een specificatie van de ICIDH tot beoordelingsinstrument van arbeidsgeschiktheid. Ruwweg is het weer te geven als het idee dat een ziektebeeld te vertalen is in een aantal voor de verzekeringsgeneeskunde relevante stoornissen (max. plm. 1000) welke op hun beurt aanleiding geven tot een aantal beperkingen in beroepsvaardigheden die afgetrokken kunnen worden van een getotaliseerd arbeidsvermogen dat uit 90 beroepsvaardigheden, 40 persoonskenmerken en 10 lichamelijke kenmerken bestaat. De ambitie om al deze aspecten in te vullen en aan elkaar te relateren in een deterministisch model is niet gerealiseerd. De ambitie van determinisme, natuurwetenschappelijke objectiviteit en volledigheid is van diverse kanten bekritiseerd (Herngreen 1985 Knepper 19**)

De Systeemtheorie is door Van den Toorn (1990) gespecificeerd voor de verzekeringsgeneeskunde. De arbeidsongeschikte mens wordt daarin geoperationaliseerd als arbeider, socius, individu en als organisme, het geheel als open systeem in interactie met zijn omgeving. Het aantrekkelijke van de systeemtheorie, zijn verregaande plasticiteit, is meteen het zwakke punt: alles kan en niets hoeft. Echte beoordelingsinstrumenten heeft het voor zover bekend dan ook niet opgeleverd.

Deterministisch toetsen gaat over redeneringen als “bij dit verschijnsel weet ik dat over de restcapaciteit”. Hier is kennis nodig van verbanden tussen verschijnselen en kenmerken met restcapaciteit, aoheid ed. Hierover is zeer veel kennis ontwikkeld (Nijboer ea 1993 vonden geslacht leeftijd opleiding treffen van maatregelen door het bedrijf;

Hoofdprobleem bij zo’n benadering is het maken van de link van groep naar individu. De gevonden wetmatigheden zijn nooit absoluut en eenduidig. Dus zou de redenering er een van kansen moeten zijn: “gegeven de kenmerken x,y,z neem ik aan dat er een kans is van N% dat deze meneer arbeidsongeschikt is. Aanzetten daartoe zijn wel ontwikkeld (Verbaan, Reed) maar tot nu toe niet geijkt voor individuele beoordeling.

4.7 Conclusie: de MCA in perspectief van de literatuur

Het is wel duidelijk dat om uiteenlopende redenen de MCA een waardevol instrument kan zijn voor de claimbeoordeling. Er is in ieder geval weinig dat zich daar principieel tegen verzet. Dit alles tegen de achtergrond van de stand van ontwikkeling van het vak verzekeringsgeneeskunde. Het element MultiCausaal is onomstreden, het element Analyse is van onzekere kwaliteit.

Hiermee kan men twee kanten op: accepteren dat het model MCA zo universeel en individueel toe te spitsen is dat het bijna de status van een open deur krijgt met geringe rechtskracht of nader ontwikkelen wat de MCA onderscheidt van andere modellen en middels onderzoek de indicatiegebieden en de meerwaarde aantonen.

Zou men, net als met het onderzoek naar de FCE-methoden (Mul ea), scherpstellen op validiteit, betrouwbaarheid en voorspellende waarde dan zou de MCA niet sterk staan.

Met de kennis die er is kan de MCA verder geoperationaliseerd worden dan tot nu gedaan is en daarmee is de MCA ook beter overdraagbaar en evalueerbaar.

Het zou zeer de moeite waard zijn om dat aan te grijpen om na te gaan wat de MCA in de werkelijkheid van de beoordelingen doet. Het design van het onderzoek door Meershoek dat het MBG in zijn toepassing voor de ziektewet analyseerde zou ook zeer geschikt zijn voor de MCA. Daarnaast is het frame van de MCA een aanknopingspunt om de eigenlijke oordeelsvorming te expliciteren. Dat is voorwaarde voor een goede kwaliteitsborging ervan en het ontwikkelen van ondersteunende instrumenten.

5 Overall conclusies

De validering van de MCA heeft plaatsgevonden op basis van beknopte beschrijving op papier, interview met de maker, overall bestudering van 10 gesprekken en nauwgezette bestudering van 4 uitgetypte gesprekken en een expertmeeting tussen vertegenwoordigers van verschillende scholen, MCA, BGB en MBG.

Gezegd kan wel worden dat op basis van de huidige stand van de MCA een redelijk inzicht gegroeid is van wat er van de MCA verwacht mag worden in de WAO beoordeling. De MCA lijkt in zijn benadering goed WAO conform te zijn. De transparantie is niet op algemeen niveau aan te geven wat de methode minder betrouwbaar maakt. Met name geldt dat voor het aspect toetsen van de claim.

De MCA is eenvoudig aan te leren, onbekend is of de methodiek bij gebruikers ervan bezwaren oproept. De door TNO benaderde personen kennen bezwaren niet uit eigen waarneming.

Niet is onderzocht aan welke randvoorwaarden van organisatorische aard moet worden voldaan wil de MCA effectief kunnen worden ingezet. Deze factoren kunnen wel van doorslaggevend belang zijn.

Ook is niet onderzocht hoe de cliënten de beoordeling ervaren. Tegen de achtergrond van het belang dat aan communicatie wordt gehecht zou een explicitering van de ervaringen van cliënten niet misstaan.

Of, en zo ja hoe en in welke mate, de MCA aansluit bij cognitieve wetmatigheden is ook niet onderzocht. Dit zou wel eens gunstig kunnen zijn gezien het gemak waarmee de MCA wordt aangeleerd.

De MCA is een vrij los gestructureerd beoordelingsgesprek waarin veel ruimte geboden wordt aan de cliënt om vanuit zijn eigen perspectief zijn gezondheidsproblemen en reïntegratieproblemen te schetsen. Via doorvragen en toetsen aan relevante velden wordt getracht tot een consistent en betrouwbaar oordeel te komen.

Uit de beperkte studie naar de praktijk van de MCA komt naar voren dat er verschil is tussen theorie en praktijk en dat de mate waarin getoetst wordt niet duidelijk wordt. Hoe belangrijk die verschillen tussen theorie en praktijk zijn in het licht van de ambities van de MCA kan niet worden aangegeven op basis van dit materiaal. Voor het goed verantwoorden van de beoordeling zou met name het toetsen steviger onderbouwd moeten zijn.

Ambitie van de MCA is, naast het doen van een beoordeling, ook het versterken van de autonomie van de cliënt. Speltheoretisch (Philipsen) en vooral constructivistisch zou daar iets van te zeggen zijn. (Van der Veen, Mudde) Het neergezette beeld van cliënt en va is potentieel van veel impact, zo is uit onderzoek gebleken. Op basis van het model zou de MCA echter medicaliserend en psychologiserend kunnen zijn. (Meershoek 1999, De Bont ea 2000, Hofmans ea 1992) Dit zou moeten worden uitgezocht.

Dit staat in nauw contact met de ambitie van de MCA om aan de reïntegratie bij te dragen. Het effect daarvan en de efficiency waarmee dat gedaan wordt zijn nooit onderzocht en de moeite waard om te onderzoeken.

6 Literatuur

AJZEN, I. EN FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

ANDRIES F, WEVERS CWJ, NIJBOER ID (1993), *De beperking meester worden: het werk van gehandicapte werknemers onderzocht*. SMA 1993; 43 (4): 25-257.

ANDRIES F, WEVERS CWJ (1996). *Werken met een neuromusculaire aandoening. Vier spierziekten onderzocht*. Amsterdam: TNO/NIA, mei 1996.

BANDURA, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.

BERTHOUD, R. (1995), "The 'Medical' Assessment of Incapacity: a Case Study of Research and Policy", *Journal of Social Security Law*, vol 2, pp.61 - 85.

BLAXTER, M. (1976), *The Meaning of Disability: A Sociological Study of Impairments*. Heinemann, London.

BLOCH, F.S. (1992), *Disability Determination: The Administrative Process and the Role of Medical Personnel*, Studies in Social Welfare Policies and Programs, number 13. Greenwood Press.

BOER WEL DE, JA DUIN, H HERNGREEN. *Handleiding methodisch beoordelingsgesprek* 1997 NSOH Amsterdam

BOER, WEL DE ea 1998: *Herstelgedrag, theoretische en empirische invalshoeken*. Lisv Amsterdam

BONT AA DE ea 1999: *In de spreekkamer CTSV Zoetermeer*.

CTSV 1999: *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*. Zoetermeer

DERKSEN J. *Handboek persoonlijkheidsstoornissen de tijdstroom* 1993

DIJK F J H Van ea 1990: *Herwaardering model belasting-belastbaarheid*. TSG 68 p 3-10

EEKEREN A P K VAN. *Vermoeide helden* proefschrift Utrecht 1991

FIFE B 1994: *The conceptualisation of meaning in illness*. Soc sci med 38 no 2 p309-316

GAK afd. *Beoordeling en registratie: verzekeringsgeneeskundige oordeels vorming lumbago en lichamelijk onderzoek kennis en praktijk* juni 1994

GIEZEN AM VAN DER, VEERMAN TJ, PRINS R (1996). *Werkhervatting na lage rugklachten*. Drie maanden in de Ziektewet: ervaringen van werknemers en hun bedrijfsartsen. Deelrapport 2. As/tri. Zoetermeer: Ctsv, maart 1996.

GMD verzekeringsgeneeskunde onderzoek kennis in praktijk depressie en sociale vaardigheden jan 1993

GROSFELD JAM *De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur*. Swets en Zeitlinger Amsterdam 1988

HAHN, H. (1985). *Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies*, Social Science Journal, 4:93.

HERNGREEN H 1985: *Kritische reflecties op het verzekeringsgeneeskundig referentiekader*. TVG 23 p188-192

HOFSTEE WKB *Principes van beoordeling*. Swets & Zeitlinger Lisse 1999

HOFMANS-OKKES I M ea 1992: *De paradox van de patiënt gerichte benadering. Huisarts en Wetenschap* 35 p 281-286

HVINDEN, B. (1994), *Divided Against Itself; A Study of Integration in Welfare Bureaucracy*. Scandinavian University Press, Oslo.

KABELA M (1988). *Psychiatrisch oordeel beoordeeld*. De psychiatrische beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Swets & Aeitlinger B.V. Amsterdam/Lisse, 1988.

KREMER AM, WEVER CWJ, ANDRIES F (1997). *Werken met multiple sclerose*. Amsterdam: NIA TNO, mei 1997.

KREMER AM, WEVERS CWJ (1998). *Werken met astma*. Amsterdam: NIA TNO, april 1998.

KUIPER JP 1985: *Vertoont het belastingmodel ideologische trekken?* TSG 63 p579-580

LANCEE WHJ. *Psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid* proefschrift 1988 Maastricht.

MARCH, J.G., AND OLSEN, J.P. (1989), *Rediscovering Institutions*. The Free Press. New York

MASHAW, J.L. (1979), "The Definition of Disability from the Perspective of Administration", in: *Disability Policies and Government Programs*, ed. Berkowitz, E.D., Praeger; Praeger Special Studies, Praeger Scientific, 1979, pp. 160 -167.

MASHAW, J.L. (1983), *Bureaucratic Justice: Managing Social Security Disability Claims*. Yale University Press, New Haven.

MAY C ea 1999: *Medical knowledge and the intractable patient*. Soc sci med 48 p 523-534

MEERSHOEK A 1999: *Weer aan het werk*. Diss Maastricht

MUDDE EC. *Ziek in de zin der wet*. De interpretatie van ziekteverzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs. Academisch proefschrift. Sinzheimer sociale monografieën.. Amsterdam: Sdu, 1995.

- NIJBOER ea 1993: Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Min SZW Den Haag
- OKKES I EN H LAMBERS (red) 2000: *Onderhandelen in de spreekkamer*. Coutinho, Bussum
- OLIVER, M. (1991). *Speaking Out: Disabled People and State Welfare*. In: Disability and Social Policy, ed. Dalley G., (Policy Studies Institute, London).
- ROBERTSOM M EN KATONA C; JOHN WILEY & SONS 1997 *Depression and physical illness*
- PRINS R, VEERMAN TJ, GIEZEN AM VAN DER (1996). *Werkhervatting na lage rugklachten*. Een internationale studie. Probleemstelling, opzet en uitvoering van de eerste fase. Deelrapport 1. As/tri. Zoetermeer: Ctsv, maart 1996.
- SCHALK MJD. *Determinanten van veelvuldig kortdurend ziekteverzuim*. Delwel Den Haag 1989
- SCHNABEL P (red) 1999: *Individualisering en sociale integratie*. SUN Nijmegen
- SNOEK, JW. *Het denken van de neuroloog*. Academisch proefschrift. Groningen, Universiteit van Groningen. 1989.
- STAL PAUL *Psychosociale problemen omstandigheden en reacties*. Nijmegen 1990 instituut voor toegepaste sociale wetenschappen.
- TERLUIN B. *Overspanning onderbouwd* proefschrift Utrecht 1994
- TIMMER M 1985: *Een aanzet tot theorievorming betreffende het beoordelingsproces van arbeids(on)geschiktheid*. TVG 23 p183-188
- TOORN M VAN DEN 1991: *Systeembenadering van de verzekeringsgeneeskunde*. TVG 29 p 43-51
- VEEN R J VAN DE . *Sociale grenzen van beleid* Stenfert Kroese 1990
- VERBRUGGE LM, S MERRILL, X LIU. 1999 *Measuring disability with parsimony*. *Dis and Rehab* 21 pp295-306
- VROEGE D 1982: *Verkenningen rond het concept belastingbelastbaarheid*. TSG 60 p 793-798
- WEEGHEL J VAN. *Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten* proefschrift Utrecht 1995
- WEIDE WE VAN DER (1998). *Quality of occupational rehabilitation for low-back pain*. Measurement of process and outcome. W.E. van der Weide, Amsterdam (1998)
- WESSELING LH 1974: *Bezinning over het concept belasting/belastbaarheid*. TSG 52 p 578-581

WEVERS CWJ, NIJBOER ID (1990). *Werken met spierdystrofie*. Leiden: NIPG-TNO, 1990.

WILLEGE G.VAN DE *gedrag en gezondheid, een interactionele benadering gezondheid en samenleving* jrg 4 no 4 1983 p 32-41

WILLEMS JHBM, NHTH CROON EN JW KOTEN: *Handboek Arbeid en Belastbaarheid* 1996

WORLD HEALTH ORGANISATION (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH): a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*, World Health Organisation, Geneva

WORLD HEALTH ORGANISATION (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organisation, Geneva.

IJZERMANS T EN C DIRKX 2000: *Beren op de weg, spinsels in je hoofd*. Thema, Zaltbommel

Bijlage I: Gesprek Verzekeringsarts: Eveline Evertsen

Mevrouw Anne van Ameren

- Arts: U weet een beetje waarom u hier bent?
- Cliënt: Uhm ik heb zelf verzocht, omdat ik eventueel helemaal WAO zou worden afgekeurd, om op tijd dus een gesprek eh te arrangeren.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Ik ben sinds april verleden jaar in de ziektewet gekomen.
- Arts: Ja, ziektewet, klopt.
- Cliënt: Maar aan het eind van het jaar is er een ander ziektebeeld ontstaan wat daar ook nog mee te maken heeft en ja dan ben ik toch heel benieuw waar ik dan toch aan toe ben.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Op eigen initiatief ben ik al wel weer gaan werken. Ik had al een eerdere afspraak maar die kon niet doorgaan met de uitvoeringsinstelling. Twee uurtjes per dag, van tien tot twaalf, zodat ik behoorlijk kan slapen, want dat is het grootste probleem toch denk ik.
- Arts: Ja en wat voor werk?
- Cliënt: Eh administratief. Ik ben assistent manager bij een Japans bedrijf.
- Arts: Oh ja. (gerommel) En dat is nog hetzelfde werk wat u deed?
- Cliënt: Ik heb met mijn eh met mijn eh manager gesproken en eh ik werk daar al tweeëntwintig jaar
- 1.00'**
- en die verzocht me of ik dolgraag terug kan komen op wat voor tijden ook, ik mag ze zelf indelen, flexibel. Gaat het, dan eh kom ik gewoon naar kantoor, twee uurtjes ben ik maar weer mee gestart sinds een week. Gaat het niet dan bel ik even dat ik thuis blijf en ik probeer het weer op te voeren naar vier uur per dag, wat ik het afgelopen jaar al heb gewerkt.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Maar dan flexibel.
- Arts: Ja ja
- Cliënt: Dus als ik niet geslapen heb, dat ik wel later kan komen.
- Arts: En dat is mogelijk?
- Cliënt: Dat is mogelijk. Als ik in hemelsnaam maar kom.
- Arts: Nou dat is mooi.
- Cliënt: Ja Japanse zaken is vrij ingewikkeld om dat te doen, ook privé voor ze. En dat eh, daar is niemand voor.
- Arts: Oh ja aha.
- Cliënt: Ja
- Arts: Ja ja ja, maar dat is uw uw, wat u dan doet in die twee uur, dat is ook wel uw oorspronkelijke werk?
- Cliënt: Ehm, het is een gedeelte daarvan. Het is eh...
- Arts: Niet helemaal aangepast werk..
- Cliënt: Hotels boeken... Nee geen aangepast werk, ik neem gewoon weer een deel van mijn taken op en de orderbehandeling die ik er ook bij had zitten, voor de chemische producten,
- 2.00'**
- eh over opslag en inkoop, verkoop, dat is allemaal afgestoten. Dat kan ik dus niet meer doen, ook als ik die vier uur terug kom, dan wordt dat te veel.
- Arts: Ja.

- Cliënt: Want wat ik gedaan heb afgelopen jaar is eh mijn hele dag in een halve dag gestopt, omdat er ook geen mensen waren natuurlijk, dat is één van de hoofdzaken.
- Arts: Ja ja ja
- Cliënt: En dat wil je toch niet je collega's mee gaan belasten, dus ze hebben het eh zoveel mogelijk verdeeld, maar dat deel eh van de commerciële kant, dat deel is al eh afgestoten naar een nieuwe employee.
- Arts: Oh ja.
- Cliënt: Want ook dat doe ik nog eh werving en selectie van personeel.
- Arts: Oh ja. (stille) Dus aantal... zeker een aantal uurtjes daar aanwezig.
- Cliënt: Jaha dat was een eh.. ik heb altijd van negen eh tot vier gewerkt bij de Japanse bedrijven in in vroeger in verband met de kinderen toen ze nog zo klein waren met schooltijden. En het is altijd zo gebleven.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Ondanks dat ik promotie heb gemaakt en ze zeiden ja dan moet je van negen tot vijf, heb ik dat geweigerd.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Want om vier uur is net mooi, ook gezien mijn leeftijd, je moet je boodschappen doen, je huis doen...
- Arts: Precies.

3.00'

- Cliënt: ...enzovoort. Dus ik kwam onderhand eh gestresst te zitten 's avonds achter de strijkplank of wat dan ook en dat is niet goed.
- Arts: Nee nee precies. Dus u had dan een contract voor zeven uurtjes per dag?
- Cliënt: Ik heb altijd een contract gehad van negen tot vier ja.
- Arts: Alle dagen?
- Cliënt: Alle dagen, ja.
- Arts: En toen volgende... vorig jaar in april ging het niet meer, dat was met die schouder
- Cliënt: Ik heb eh in... maar hebben we een beurs gehad, een chemische beurs, ehm met chemicaliën, daar moet je vrij vrij veel voor doen, wat arrangeren, een diner, een beursruimte, hotels en toen voelde ik echt dat ik begon op te branden en ik had al last van mijn nek en van mijn schouder en dat bleek later RSI klachten te zijn, wat ik niet onderkende, omdat ik RSI, ja wat is RSI?
- Arts: Mm.
- Cliënt: Voor mij nog steeds is het een deel stress.

4.00'

- Arts: Mm.
- Cliënt: Ik ik had te veel verantwoording, en te veel werk op mijn nek en te weinig personeel en dan wil je het toch doen.
- Arts: Tuurlijk, ja
- Cliënt: En dan brandt je op.
- Arts: Ja dan krijg je ook lichamelijke klachten.
- Cliënt: Je krijgt lichamelijke klachten. En het waren RSI klachten.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Hoofdzakelijk mijn nek en mijn schouders en later ging dat zich uitbreiden tot mijn bovenarm en tintelende vingers.
- Arts: Ja. Alleen rechts? Of ook links?
- Cliënt: Alleen rechts

- Arts: En u bent ook rechtshandig?
- Cliënt: Ik ben rechtshandig. Ik heb met mijn huisarts afgesproken, eerst fysiotherapie.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Toen heb ik een eh zes weken een sportschool gedaan, dat i... dat is een nieuwe manier om RSI eh, om je spieren toch te activeren, dat ze doorbloeden.
- Arts: Mm.
- Cliënt: Twee keer in de week naar de sportschool, zes weken lang. Op zich vond ik dat prima, maar m'n klachten verdwenen er niet van.
- Arts: Nee.
- Cliënt: Het is voor je conditie lekker, je voelt je er lekker bij. Maar je bent ook gedwongen om dit te doen hè, je je er zit een stok achter de deur van dat moet gewoon.

5.00'

- Dat heb ik gedaan eh de hele winter.
- Arts: Ja.
- Cliënt: Toen dat niet hielp heeft eh de fysiotherapie op zich ook niet meer zoveel zin, toen heeft mijn huisarts me verwezen naar het eh revalidatiecentrum.
- Arts: Ja het revalidatiecentrum.
- Cliënt: Het revalidatiecentrum heeft een eh programma waar je in mee kan lopen om RSI eh te onderzoeken, maar ook te begeleiden. Daar liep ik nog geregeld, totdat ik te horen kreeg dat ik borstkanker had en toen moest het afhaken. Dan heeft het, de RSI is voor mij dan ondergeschikt aan wat ik nu heb.
- Arts: Ja.
- Cliënt: En dan moet je ook weer concentreren op een eh ik wil niet zeggen dat ik het niet voel, want nu ook mijn nek voel ik. Dat sowieso, je bent toch geconcentreerd weer twee uur bezig. Dat wil ik niet zeggen dat ik het niet voel, maar ik eh eh wil niet zeggen ik hecht er geen waarde meer aan, maar ik eh geef er gewoon geen aandacht meer aan.
- Arts: Mm.
- Cliënt: Misschien niet goed, maar. Want wat gebeurde er

6.00'

- ehm je gaat als je eh je rechterarm gaat ontzien, en je muis van je computer links, ik kreeg prompt voordat eh in november geconstateerd was van borstkanker toen kreeg ik last van mijn linker schouder en m'n arm.
- Arts: Mm.
- Cliënt: Nou weet ik, ik ben links geopereerd, ik weet niet of dit een verband heeft gehouden met mijn ziekte of dat het een klacht is van ja als je je ene gaat eh hè, geen boodschappen meer tillen en je brengt alles over naar links en prompt krijg je het links ook. Dus ik zat links aan te klikken en eh zo veel mogelijk links dragen en schrijven kan dan niet maar eh...
- Arts: U zegt ik ben geopereerd, dat is dan, dat is vorig jaar gebeurd dan?
- Cliënt: Dat is dit jaar gebeurd. in januari.
- Arts: Links
- Cliënt: Links
- Arts: Amputatie
- Cliënt: Amputatie ja
- Arts: En uw oksels

Cliënt: Ja ook oksel eh ruiming.
Arts: Hoe eh heeft u dat nou ontdekt?
Cliënt: Uhm mijn moeder had borstkanker, al heel jong, op 38 jarige leeftijd. Dus ik was toen 10,

7.00'

dus ja dan weet je wel zo'n beetje hoe of wat. Voor 15 jaar geleden is er bij mij een eh cyste ontdekt, er zat dus een tumor en eh die is dus verwijderd, die was goedaardig.
Arts: Mm.
Cliënt: Lin.... ook linkerborst en toen heb ik eh met mijn huisarts afgesproken dat ik elk jaar een mammografie laat maken. Nou is dat momentopname natuurlijk, dat besef ik zelf ook wel. Van die mammografie die uitslag, soms in het ziekenhuis is er ook een eh echo gemaakt, dat ze het toch niet helemaal vertrouwden. Na die echo mocht ik elke keer weer het is goed hoor u kunt gaan.
Arts: Ja.
Cliënt: Tot voor eh bijna twee jaar geleden mijn borst begon te bloeden, eh tepel eh uitvloeit.
Arts: Oh aha.
Cliënt: Wat ik dus heel vreemd vond. Ik had er nog nooit van gehoord, van niemand. Dus dan ga je vragen aan je huisarts, ja waar komt dat vandaan. Eh menopauze ben ik al helemaal doorheen,

8.00'

was ik vrij vroeg mee begonnen. Waar komt dat nou vandaan. Oh dat kan een adertje gesprongen zijn, een melkkliertje of wat dan ook.
Arts: Oké. Twee jaar geleden was dat.
Cliënt: Dat is nu in april twee jaar geleden. Eh ben ik ook mee naar het AMC geweest, gelijk toen ik het ontdekte, dus tussendoor nog een keer een mammografie een onderzoek gehad, niets aan de hand
Arts: Oh ja.
Cliënt: Met arts, specialist gesproken, kan meer voorkomen, we zullen het er over hebben in de groep en als het iets vreemds is dan hoort u van ons.
Arts: Ja.
Cliënt: Ik hoorde dus niets, maar het werd op den duur eh helder vloeistof.
Arts: Helder.
Cliënt: Ja ik heb dus geen pus of wat gehad, of dat ie ontstoken is geweest dat niet. Tot dat ik er een keer links, ik s slaap links, in slaap viel en een hele felle pijn voelde wat uitstraalde naar de tepel. Ik denk en nou is het niet goed. Daar daar moet iets voor zijn. Normaliter, want ik voelde me voor de rest heel goed hoor, want eh kanker schijnt je zo niet te voelen.
Arts: Nee helaas.
Cliënt: Dat is juist het sluipende ervan.
Arts: Ja.

9.00'

Cliënt: Dus dit was echt een signaal dat mijn arts zegt, ja maar nou wacht je niet tot december, nou zal ik je voorrang geven dat je eerder een mammografie en echo en eventueel punctie. Wist ik niet hoor, maar goed. Ik weet wel dat het ziekenhuis dat programma heb. Dus ik ben gegaan voor een mammografie.
Arts: Ja. Die twee jaar jaren heeft u dus eh regelmatig bloed...eh..

- Cliënt: Eh eerste half jaar. Was het eh helder bloed, dus ook geen geen ontsteking of wat dan ook, het was heel raar. En dat ging over in heldere vloeistof.
- Arts: En dat eh twee jaar.....
- Cliënt: Ja druppeltje bij drup als ze er echt in knepen dan eh, maar eh toen het in het begin bloedde, moest ik echt een watje of iets er onder doen...
- Arts: Ja oh ja.
- Cliënt: Want het sloeg door mijn kleding heen. Ik schrok me wezenloos, dus dat daar eh...
- Arts: En vorig jaar kreeg u dan zo'n stekende pijn.
- Cliënt: Ja, toen dacht ik van dat zit niet goed. Nou dat klopte toen, toen was het de mammografie en echografie, toen kon ik meteen blijven en een punctie en eh (zucht) een paar dagen daarna de uitslag.
- Arts: Ja. Zo. Nou zeg.

10.00'

- Cliënt: Maar in een heel vroeg stadium, dat kreeg ik wel te horen. En dan word je boos en dan ga je op wachtlijsten.
- Arts: Oh ja.
- Cliënt: Dan hoor je van vier tot zes weken en dan word je er afgehaald omdat Volendam dus geweest is, met die jonge eh kinderen en dat is vreselijk natuurlijk, maar ik was eigenlijk aan de beurt gedurende die periode en ik was helemaal van de wachtlijst af. En dat pik ik dus niet. Ik vind het vreselijk voor die jonge mensen, maar het is ook mijn leven.
- Arts: Ja ja tuurlijk.
- Cliënt: Dus toen eh ben ik met eh voorrang, via de specialist zelf die me geopereerd heeft, die heeft gezorgd dat ik eh geholpen werd.
- Arts: In januari.
- Cliënt: Ja, want anders was ik verwezen naar eh regionaal, naar Leiden of naar eh Utrecht of wat dan ook waar ze plaats hadden, maar ook daar was het vol, dat kan je op internet zien.
- Arts: Hmmm, maar ze hebben toen eh alles weggehaald?
- Cliënt: Ja ja eh d daar heb ik ook zelf op gestaan, omdat ik eh, gezien mijn leeftijd natuurlijk, ik word 59, misschien als je jonger bent dat je er anders over denkt, maar een borstbesparende operatie is zeer ins.. intensief.

11.00'

- Ik hoef geen chemotherapie of bestraling of wat dan ook, ik heb alleen een hormoonkuur, maar die heeft wel bijwerkingen. Vijf jaar lang een hormoonkuur moet ik slikken.
- Arts: Oh ja
- Cliënt: Tamofixen heet het, ik heb het allemaal bij me. Dat is preventief.
- Arts: Ja. (fluistert) Vijf jaar. Ja.
- Cliënt: Dat is dus preventief. Ik heb wel naar de prognose gevraagd aan de specialist.
- Arts: Mm.
- Cliënt: Daar ben ik nog niet helemaal uit, want mijn huisarts is het er ook niet mee eens, maar die krijgt pas veel later een verslag van het ziekenhuis. Ehm eh de prognose is slecht. Dus ik kan binnen een periode van tien jaar wel weer verwachten dat er ergens eh kanker opduikt. Meestal zegt ie is het de rechterborst.
- Arts: Ja.

Cliënt: Nou kan je wel gelijk zeggen ja dan die rechterborst er ook maar af, maar ja dat is een hele beslissing natuurlijk.
Arts: Ja ja dat is zeker zo.
Cliënt: Ja en ik voel me voor de rest prima.
Arts: Mm. Ja dat is het nare ervan.

12.00'

Cliënt: Ja ja ja, je hebt bijwerkingen van die hormoonkuur dat is vermoeidheid en dubbelzien, wat ik last van heb. En slaapproblemen maar dat had ik daarvoor al.
Arts: Dubbelzien zei u?
Cliënt: Ja ik zie eh 's middags een beetje dubbel.
Arts: Dat is ook sindsdien?
Cliënt: Ja, maar dat eh dat staat ook in de bijsluiter dat kan gebeuren en dat kan door de vermoeidheid komen die eh op komt zetten, dus 's middags...
Arts: Daar heeft u wel erg veel last van, die vermoeidheid?
Cliënt: Erg veel last wil ik niet zeggen, want ik ben zelf nogal een actief persoontje, maar ik dwing me wel 's middags om even een uurtje te gaan liggen.
Arts: Ja.
Cliënt: Of een half uurtje, net hoe het uitkomt, maar om even eh te ontspannen.
Arts: Ja. U zegt slapen dat is altijd al een eh probleem..
Cliënt: Slapen is altijd slecht geweest.
Arts: Mm.
Cliënt: Maar daar heb ik Oxazepam voor. Dat is net genoeg, dat is niet te zwaar eh slaapmiddel, dat is net genoeg een roesje om in slaap te vallen
Arts: Ja inslapen.
Cliënt: Juist, want een drukke baan en eh hectisch...
Arts: Piekeren
Cliënt: Ja hersentjes niet stil kunnen zetten en naderhand je ziekte dus en eh ga zo maar door.
Arts: Precies. Ja ja.

13.00'

Cliënt: Dus..... Maar op zich eh. Ik heb wel mijn Arbo-dienst gebeld, dus dat ik op eigen initiatief toch wel weer een paar uurtjes wil gaan beginnen, want ik werd thuis behoorlijk depressief.
Arts: Dat kan.
Cliënt: En ik vloog tegen de muren op van eh ja je kan niet alles aanpakken wat je wil in huis, omdat je met je arm toch niet zoveel mag doen.
Arts: Nee.
Cliënt: He niet inventief eh intensief ramen lappen of schoonboenen of wat dan ook, dat eh dat gaat nou eenmaal niet. Stofzuigen dat doe ik al weer en ik probeer toch wel weer eh... mijn arm kan ik gelukkig goed gebruiken, daar was ik een beetje benauwd voor, maar die kan ik goed gebruiken. Lymfoedeem heb ik ook helemaal geen last van gehad, nog niet.
Arts: Mm.
Cliënt: Wel eh vocht onder de wond, dat moet nog, dat is een paar keer weg gezogen
Arts: Oh ja. (stilte) Ik kan me voorstellen dat je er best wel somber van kan zijn.
Cliënt: Ja je hebt toch een heel ander idee. Het is 't eh 't zet eh je leven op z'n kop uiteindelijk.

14.00'

Je hebt allemaal plannen en eh ja dat moet je eventjes omgooien. (zucht) Ja en je ziet het beeld van je moeder natuurlijk voor je eh. Die is dan overleden op 64 jarige leeftijd aan botkanker, dus weer een andere vorm van kanker en eh dat was niet zo opgewekt om dat allemaal mee te maken.

Arts: Nee.

Cliënt: Dat is een hele andere vorm ervan, dus eh. Nu zijn de middelen natuurlijk veel beter. Mijn moeder had nog zware komo bestraling en die is toen ook losgelaten na een bepaalde periode. Ehm het was in '58, dus ja wat kan je daar nou nog van spreken. Dus eh al die mammografie en eh en speciale hormonen of wat, dat was nog niet.

Arts: Nee dat was er toen nog niet.

Cliënt: Dat was nog niet.

Arts: Nee nee nee, maar niet zodanig somber van ik ben depressief?

Cliënt: Nee nee, ik kan me nog al eh op veel dingen verheugen.

Arts: Goed zo, dus...

Cliënt: Mijn kinderen en twee kleinkinderen en we gaan nu weer vier dagen weg naar Barcelona en we hebben een eigen huis waar je een beetje aan het opknappen bent.

Arts: Ja.

15.00'

Cliënt: Nee ik kan me goed verzetten. Een tuin waar ik gek op ben en ik kijk nu al de bolletjes uit de grond bij wijze van spreken.

Arts: Ja.

Cliënt: Maar ik moet wel opletten dat ik me niet prik of beschadig of wat dan ook aan die hand, daar ben ik nu nog een beetje panisch voor.

Arts: Ja.

Cliënt: Ik durf nog niet zelf onder de naaimachine te leggen of wat dan ook.

Arts: Ja. En het concentreren

Cliënt: Eh kan ik wel. Vroeger kon ik tien dingen tegelijk, voor mijn ziekte, maar dat dat red ik niet meer. Nee ik moet me echt ergens per geval aan gaan zetten.

Arts: Mm.

Cliënt: Die twee uurtjes zijn daar net mooi voor, want vanmorgen eh salaris doe ik dus ook. Calculatie van salarissen nakijken, eh mutaties die er moeten worden gedaan, een verzekeringen. Dat heb ik dus ook nagekeken en dat is dan weer net genoeg.

Arts: Ja.

Cliënt: Dus je merkt echt dat dat commerciële eh deel dat was in feite te veel.

Arts: Oh ja ja ja.

Cliënt: Dat je dan niet meer eh in constant in de computer moet kijken of factureren of orders behandelen. Dat eh dat doe ik nou niet meer.

16.00'

Arts: Misschien komt dat wel weer terug.

Cliënt: Ja en ik kan altijd bijstaan natuurlijk, want dat vind ik natuurlijk wel prettig eh je weet veel.

Arts: Ja.

Cliënt: Ik ben alleen met twee Japanners begonnen, dus je weet veel van zo'n bedrijf en dan vind ik eh en als ik dan hoor van collega's oh Loes heerlijk dat je er weer bent, alsof je niet weggeweest bent en nou ik ben nogal een

regelneefje. Dan zeg ik waarom is dit nog niet opgeruimd of dat nog niet gedaan, oh nou ze is weer terug hoor. Ik zeg nou jongens we hebben een kleine ruimte met zoveel mensen. Opruimen.

Arts: Precies, ja.

Cliënt: Dan moeten ze er wel om lachen, maar ze doen het wel.

Arts: Ja ja ja.

Cliënt: Helemaal dat brandgangen vrij houden, ik vind het heel belangrijk en dat stond dus helemaal vol met dozen en zo en dat vind ik niet goed, dus toen moesten ze die gelijk opruimen, de eerste dag dat ik er was (lacht). Ja en z..en zeker ook met eh gezien de arbodienst, ik ben zelf eh moest ik ook A Arbo-dienst aanvragen, heb ik twee jaar geleden gedaan, dat was het eh, was een afsplitsing van de uitvoeringsinstelling... Zoiets was het.

17.00'

Arts: Ja.

Cliënt: Nou daar was ik niet al te best eh tevreden over. Die zitten hier ook aan de vlak tegenover ziekenhuis daar. Ehm daar ben ik niet tevreden over geweest en ik ben nu bij de arbodienst, sinds 1 januari en dat voldoet beter.

Arts: arbodienst, ja ja

Cliënt: Ja je houdt ook vaste contactpersonen voor zover mogelijk hè in deze tijd met personeel natuurlijk.

Arts: Ja dus het bedrijf zit nu met arbodienst eh..

Cliënt: Ja sinds 1 januari.

Arts: Ja en die zitten in.. Diemen?

Cliënt: In ehm... nee Amsterdam

Arts: Oh daar.

Cliënt: Ja ja ja ja. Voor iedereen heel makkelijk, want ze zitten langs de metrolijn en wij zitten ook langs diezelfde metrolijn en ik woon langs die metrolijn, dus ik denk ik ga toch eens ergens anders zoeken (lacht)

Arts: Ja. (stilte). Jansen.

18.00'

Even kijken hoor, de bedrijfsarts?

Cliënt: Dat weet ik niet. Ik heb met meneer Baard heb ik morgen een afspraak. Na dit bezoek ga ik morgen bij meneer eh Baard.

Arts: Oh nee dat is weer een nieuwe.

Cliënt: Ja ja klopt die is nieuw.

Arts: Oh. Ik ken wel aardig wat mensen daar, maar net deze niet.

Cliënt: Ja die is dus eh.. hij heeft zich ook aan me voorgesteld en eh wil dus ook eh persoonlijk eh contact blijven houden. En ik hoef er dus niet steeds langs, ik kon dus telefonisch...

Arts: Telefonisch ja precies.

Cliënt: ...contact met hem opnemen. Dat gaat prima. En toen ik zelf gesteld van nou na dit bezoek maar morgen gelijk even langskomen.

Arts: Ja. Twee uurtjes per dag en dat is alle dagen?

Cliënt: Ja. Ja ik ben in feite als voorbeeld functie, voor zover je dat kan noemen, want het is bij ons binnen het bedrijf nog nooit voorgekomen. Er is niemand de WAO ingegaan en de ziektegeval is heel laag gebleven. Eh de gedifferentieerde premie van de uitvoeringsinstelling was ook weer heel laag gesteld omdat we geen ziektegevallen hadden.

19.00'

Arts: Nee.

Cliënt: En nu hebben we er ineens twee zware in één jaar.

Arts: Mm.

Cliënt: Ja op een op een eh personeel van twaalf man is dat natuurlijk al veel

Arts: Ja ja ja precies. Hoe is het met de rechterschouder, en de rechterarm?

Cliënt: Eh ja het houdt niet over. Ik mag hier natuurlijk nu weer niets aan doen. Die mag ik weer niet belasten, dat dat moet ik absoluut buitensluiten, dus nu moet ik alles weer rechts doen.

Arts: Mm.

Cliënt: En wat ik voel is in mijn nek.

Arts: Mm.

Cliënt: Ja hoofdzakelijk in mijn nek en zo is het begonnen ook. Het trekt iets naar de naar de bovenarm weer toe.

Arts: En meer bij bel... bij meer bij eh spanningen?

Cliënt: Belasting, want spanningen heb ik nu niet zo meer. Ik kan nu mijn eigen gang gaan en gaan en komen wanneer ik wil.

Arts: Ja uw eigen...

Cliënt: Ja ja zo gestresst ben ik dus ook niet meer, dus het ligt niet zozeer aan de spanning. Maar het zal wel aan het werk liggen. Ik heb op televisie verleden week gezien dat er

20.00'

eh in samenwerking met de Arbo-diensten, ik wil daar morgen nog eventjes naar informeren, een conditietraining wordt gehouden voor kankerpatiënten. Maar ik weet niet of dat in Amsterdam is.

Arts: Oh.

Cliënt: Het is helemaal niet zo goed (telefoon gaat) om alles maar rustig te laten en te gaan zitten en rust te geven, maar ook om conditie op te bouwen met wat je kan.

Arts: Ja dat weet ik niet

Cliënt: Ja ja het is nieuw.

Band wordt uitgezet.

Cliënt: Ja dat straalt gewoon uit, dat voel je.

Arts: Ja.

Cliënt: En je moet nu toch weer alles rechts gaan doen, daar kan je niet onderuit.

Arts: Ja merkt u ook krachts... verandering?

Cliënt: Eh ja, ik was al niet zo'n krachtig persoon, maar eh echt zware dingen doen kan ik sowieso niet meer. Iets opendraaien kon ik toch al niet meer.

Arts: Mm.

Cliënt: En eh....

Arts: Ook dingen laten vallen uit uw handen.

Cliënt: Nee gelukkig niet, in mijn vingers heb ik er niet zozeer last van.

Arts: Het is meer de arm?

Cliënt: Het is meer de arm, de bovenarm.

21.00'

Arts: En bijvoorbeeld boven uw hoofd, haren kammen?

Cliënt: Eh kan ik wel, daarom ben ik ook zo blij dat mijn linkerarm ook goed is, dat ik mijn eigen haar kan föhnen en eh wassen en ook drogen dat gaat wel.

- Arts: Mm.
Cliënt: Het was eerst slechter, want ik ging al de goede kant op eigenlijk. Ik merkte het zelf dus dat het al wat beter werd.
Arts: Mm.
Cliënt: Want ik kon mijn arm al beter optillen en dat was eerst niet.
Arts: Ja. De omslag.
Cliënt: Ja daar doe, daar doe je niets aan. Dan verval je waarschijnlijk weer in de eh oude eh klacht natuurlijk.
Arts: Ja en u gebruikt natuurlijk links ook wat meer denk ik dan rechts. En nu kan dat dan ineens weer eh weer niet.
Cliënt: Ja nou kan het weer niet. Precies.
Arts: Kan ik nog even kijken naar de armen?
Cliënt: Ja natuurlijk, deze.....

Band wordt gestopt

- Cliënt: Ja op zich wil ik het wel weer opbouwen eh tot eh vier uur per dag hoor, van negen tot één. Of van tien tot twee wordt het dan hè dat ik dat flexibel in kan delen.
Arts: Ja precies. Ja ja dat dat moet, dat is wij geven dan een aantal uren zeg maar en dat kun je eh je kunt het dan zelf indelen in overleg. Kan je dat zelf gaan indelen.

22.00'

- Cliënt: Ja.
Arts: Nou ik moet in ieder geval een belastbaarheidpatroon opstellen....
Cliënt: Ja.
Arts: van wat kan wel en wat kan niet. Dat ziet er zo uit. (rommelt wat). Zo. Hierop kan ik m'n beperkingen opschrijven. Daarom moet ik een beetje weten, duurt het ook het gesprek wat langer dan bij een eh bedrijfsarts, van wat zijn nu de klachten en de beperkingen van iemand. En dat moet ik dan hier op dit dit formulier in kaart brengen.
Cliënt: Mm.
Arts: Dit is het lichamelijk gedeelte van wat kan wel en wa... wat kan niet en dit is het psychische gedeelte, dat kan ook allemaal beperkt worden.
Cliënt: Mm.
Arts: Nou dit loop ik met u zodirect nog een klein beetje door en dan gaat het dossier door naar de arbeidsdeskundige en dat is iemand en die stopt al die codes hup in de computer....
Cliënt: Computer en die eh....
Arts: En dan gaat de computer zoeken naar functies die geschikt voor u zouden kunnen zijn. Dat zijn geen vacatures, moet u ook niet gaan doen.
Cliënt: Nee.
Arts: Het is puur theoretisch.
Cliënt: Ja ja.
Arts: Hoe meer functies heel simpel gezegd uit het systeem rollen...
Cliënt: Mm.
Arts: ... hoe eh meer iemand kan in principe hè en hoe lager de WAO dan wordt.

23.00'

- Cliënt: Mm.

- Arts: Want het wordt allemaal uitgerekend en daarvoor krijgt u bericht om nog een keer te komen.
- Cliënt: Oké.
- Arts: En bij de arbeidsdeskundige, andere kamer en dan zal hij uitleggen wat voor functies nou uit het systeem gerold zijn, wat voor een percentage hij er bij uitgerekend heeft en of u het er mee eens bent.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Uiteraard.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Nou en dat gaat dan in in april.
- Cliënt: Oké
- Arts: Ja? Nou dit formulier, daar gaat het dan om. Ehm het gaat met de met de armen natuurlijk eh het klimmen het klauteren beperkt hè, op eh op een trappetje of ik weet het niet, dat soort dingen hè?
- Cliënt: Ja ja, je moet je toch optrekken.
- Arts: Optrekken. Mmm. Het reiken, elke keer iets pakken
- Cliënt: Ja.
- Arts: Ook niet al te ver.
- Cliënt: Nee. Allebei de armen niet.
- Arts: Beide armen niet. Ik zal ze voor allebei beperken. Het bovenhands werken voor allebei. En het tillen, dragen, duwen, trekken, dat is ook niet mogelijk.
- Cliënt: (onverstaanbaar)
- Arts: Ehm dat eh met rechts kan dat nog wel ietsje een boodschap denk ik, met links mag het waarschijnlijk niet.
- Cliënt: Ja links mag ik in feite niet doen.
- Arts: Nee dat zal ik dan met links meer aangeven. Dan moet ik nog even weten of u nog allergisch bent voor iets, voor een stof of ook....

24.00'

- Cliënt: Nee.
- Arts: Geen (???) Ehm gelukkig bent u niet eh depressief..
- Cliënt: Nee.
- Arts: hè.
- Cliënt: Je mag eens je dipje hebben natuurlijk, maar...
- Arts: Ja.
- Cliënt: dat hebben we allemaal wel eens.
- Arts: Ja. Ehm ik hoef verder niet, dit niet. Ik kan urenbeperking aangeven, als ik dat niet aangeef is iemand geschikt voor 40 uur, gangbare arbeid, maar als ik dat zo zie, houden we het maar gewoon op die vier uur per dag.
- Cliënt: Ja.
- Arts: He want u gaat dan uitbreiden op een gegeven moment hè, misschien nog wel in april
- Cliënt: Ja.
- Arts: Dus dan houden we het wel gewoon op die halve dagen.
- Cliënt: Ja
- Arts: Maar goed, de arbeidsdeskundige weet van het systeem.
- Cliënt: Ja dus in principe probeer ik wel weer halve dagen.
- Arts: Ja die moet u opbouwen.
- Cliënt: En dat moet ik opbouwen.
- Arts: Met met met eh met ja eh toestemming en met de bedrijfsarts in ieder geval.

Cliënt: Ja want dat zei de bedrijfsarts ook, ga nou doe dat dan maar op eigen initiatief die twee uur. Dat is op eh arbeidstherapeutische basis het beste wat je kan doen.

Arts: Ja.

25.00'

Cliënt: Dus dat is helemaal

Arts: En dan zelf maar rustig opbouwen denk ik.

Cliënt: Ja.

Arts: Want u slaapt ook nog 's middags.

Cliënt: Ja.

Arts: Dat eh moet u gewoon blijven doen denk ik hoor.

Cliënt: Ja dat doe... Ja dat moet ik ook blijven doen ja.

Arts: Ja, is wel belangrijk. Dat neem ik ook dan mee. Ik maak dan hier een rapportage van, met dit belastbaarheidpatroon en dan krijgt u bericht.

Cliënt: U heeft nog andere gegevens of berichten van mijn nodig? Die opgestuurd moeten worden.

Arts: Mm. Ik geloof het niet, alleen eh identiteitsbewijs...

Cliënt: Ja ik denk ik zal in ieder geval van het revalidatiecentrum meenemen dat ik daar geweest ben bij de, dat je dat kan zien.

Arts: Oh.

Cliënt: Daar heb ik dus mijn afspraken ook mee moeten stoppen, want dat eh ik weet niet of ik die weer op moet nemen.

Arts: Ja.

Cliënt: Maar daar was ik ook al ver in een programma eh.

Arts: U was er mee bezig toch?

Cliënt: Jaha..

Arts: Ja.

Cliënt: Ja maar eh ja dat had voor de rest geen zin, dat werd onderbroken, dat was dan in een programma van het RSI eh, wat je dan nog eventueel wel kon. Daar staan strijktafels op diverse hoogten.

Arts: Oh ja precies.

Cliënt: En bouten op diverse zwaarten en...

Arts: Mm.

Cliënt: Dat wordt echt praktisch eh naar gekeken.

Arts: Ja (onverstaanbaar)

26.00'

Cliënt: Ja ja ja de naam van de arts staat er op (gerommel)

Einde gesprek.

Bijlage II: WOSM Bandje 1 Kant B 081142

Clïënt: Ik denk inmiddels acht jaar geleden heb gehad.
Arts: Zo. Ja.
Clïënt: Dus dat eh daar zat een barst in en was eh ja dat is waarschijnlijk langzaam eh verder gaan slijten.
Arts: Je bent toen niet, er is niet naar gekeken toen, acht jaar geleden.
Clïënt: Nee nee.
Arts: Nee nee.
Clïënt: Ja het was wel zo dat m'n knie toen of ja het was otwri.... Of het was uit de kom of iets dergelijks en toen hebben ze het wel in het gips gezet of gespalkt en eh dus toen ben ik wel behandeld eh die tijd...
Arts: Ja ja
Clïënt: om mijn knie weer sterker te maken, met spieroefeningen
Arts: Oh ja.
Clïënt: Uhm eh ja, ze wisten wel dat er een barst in zat of dat het gebroken was maar ze hebben er verder niks eh aan gedaan.
Arts: Nee, het kan misschien eh ja vanzelf helen zeg maar.
Clïënt: Ja.
Arts: Dat kan natuurlijk ook, ja.
Clïënt: Ja.
Arts: Maar u kreeg er last van?
Clïënt: Ja plotseling eh speelde mijn knie op.
Arts: Ja opeens hè?
Clïënt: Ja, vorig jaar mei was dat.
Arts: Ja.
Clïënt: En eh ik eh ik eh dacht ook niet eh dat het met het ongeluk te maken had zeg maar.
Arts: Nee nee. Het was zonder oorzaak dat het eh dik werd?
Clïënt: Ja, ja ik had wel dus eh veel gewerkt als eh afdelingsassistente.
Arts: Ja ja
Clïënt: Waarbij ik heel veel moest eh lopen. De hele dag eh op en neer rennen naar bloed halen en dat soort dingen.

1.00'

Arts: Oh ja.
Clïënt: Dat was op de intensive care...
Arts: Oh ja.
Clïënt: ...dus dat was heel erg druk
Arts: Ziekenhuis?
Clïënt: Nee eh een ander ziekenhuis.
Arts: Oh ja.
Clïënt: In Oost (?)
Arts: Ja.
Clïënt: Dus misschien dat dat de druppel was. En daarvoor was ik op reis en heb ik veel in de bergen gewandeld.
Arts: En geen last?
Clïënt: Geen last nee, ging goed.
Arts: Ja ja dat kan ja. En toen v.. eh is er toch maar weer eens naar gekeken.
Clïënt: Ja toen ben ik naar de huisarts gegaan en ik dacht dat het een ontsteking was, waarschijnlijk was het een ontsteking of iets dergelijks, maar dat was toch

een beetje vreemd, want eh eh het gebeurde in het buitenland, het gebeurde in Tsjechië. Toen hadden ze vocht er uitgehaald, maar dat was gewoon helder vocht, dus eh dat duidde niet echt op een ontsteking.

Arts: Nee nee nee dan is het vaak troebel.

Cliënt: Ja. Dat klopt ja.

Arts: Oh ja.

Cliënt: Dus toen eh...

Arts: Ja.

Cliënt: ...ging ik in Nederland weer naar de huisarts en die dacht ja misschien is het toch wel ontstoken of iets dergelijks.

Arts: Ja.

2.00'

Cliënt: Dus toen had ie medicijnen gegeven. Ja of het was ontstekingsremmers.

Arts: Klopt ja, meestal geven ze dat als eerste.

Cliënt: Ja en toen eh zei hij dat ik maar een paar weken rust moest houden en eh ja maar toen had ik nog steeds last van, dus ik kon niet eh niet lopen.

Arts: Nee nee.

Cliënt: He, en toen eh moest ik toch eh naar de orthopeed.

Arts: Ja doorverwezen.

Cliënt: Ja en toen eh is het gescand en toen zagen ze al dat er iets mis was met die knieschijf.

Arts: Ja.

Cliënt: Bij het kraakbeen eh dat was geen recht randje, maar het was eh ja het zag er troebel uit, op die scan was dat te zien en toen eh kwam ik op de wachtlijst terecht voor eh operaties.

Arts: Ja en dat is dus 14 september gedaan.

Cliënt: Ja dus dat was eh eigenlijk al weer een paar maanden later en toen eh, ja het vervelende was dat ik zeg maar de hele tijd onzeker was of het eh of het nou wel goed zou komen,

3.00'

dus dat eh of ik er nou eh de hele tijd eh niet meer zou... normaal zou kunnen of eh dat het wel beter zou gaan.

Arts: En wat zei de orthopeed?

Cliënt: Ja eh die zei van eh dat het dat het inderdaad nog niet zeker was, want ze hadden dan een nieuwe techniek om dat kraakbeen te herstellen.

Arts: Ja.

Cliënt: Dat heet dan eh artrocair (?) en dan smelten ze het een beetje terug, omda... zodat het weer een eh rechte ja rechte lijn is.

Arts: Ja precies.

Cliënt: Want het was heel rafelig.

Arts: Ja ja.

Cliënt: Ik heb een fotootje, wil je het zien?

Arts: Ja ja is goed.

Cliënt: Van de kijkoperatie hè heeft ie toen een fotootje... gemaakt (gerommel)

Arts: Oh.

Cliënt: Oké zo zag het er dan uit, zo was het beschadigd.

Arts: Ja.

Cliënt: En daarna was het dan eh weer eh glad gemaakt .

Arts: Dat is eh glad gemaakt. Ja.

Cliënt: Ja.

Arts: En dit is aan de onderkant natuurlijk hè?
Cliënt: Ja.
Arts: ...de knieschijf ja.
Cliënt: Ja, maar het probleem is dat er nog wel, er zit nog wel een barst, zeg maar waar....

4.00'

Dit eh dit is dan er omheen is het helemaal gaan rafelen en zo, dat is steeds verder gegaan waarschijnlijk.
Arts: Ja.
Cliënt: Dus dat is wel recht maar er zit nog wel een barst.
Arts: Ja.
Cliënt: Dus dat is gewoon een kwestie van eh er mee leven zeg maar (lacht een beetje)
Arts: Ja ja ja.
Cliënt: Ja.
Arts: En eh g... en revalidatie heeft u gehad.
Cliënt: Ja dat heb ik nog steeds.
Arts: Ja ja.
Cliënt: Ik heb nog steeds eh fysiotherapie en eh maar dat is nu eh al één ja nog maar één keer per week en eerder was het eh vaker.
Arts: Ja.
Cliënt: En ik train eh wel veel, dus eh drie keer per week.
Arts: En dat is dan eh fietsen of zo?
Cliënt: Ja het is eh echt krachttraining ook het is een ja eh fitness eh in zo'n fitness ruimte bij de fysiotherapie.
Arts: Ja. Dat is eh, onder begeleiding?
Cliënt: Ja.
Arts: Aha, ja.
Cliënt: Dus dat doe ik, doe ik nog steeds want eh
Arts: Ja en eh het been is ook in het gips gezet?
Cliënt: Nee nee, alleen in eh zo'n eh drukverband of zoiets dergelijks.
Arts: En eh revalideren nog steeds
Cliënt: Ja.
Arts: Een beetje vooruitgang?
Cliënt: Ja zeker ja, ik ga echt vooruit ja.
Arts: Goed zo.

5.00'

Cliënt: Ik heb wel eh, ik heb nog steeds wel last van eh nou belasting zeg maar.
Arts: Ja.
Cliënt: Maar eh, ik eh...
Arts: En is het dan pijn?
Cliënt: Ja ja pijnlijk. In de knie en ook een beetje eronder en de fysiotherapeut denkt dat het ook wat uitstralingspijn is of eh.
Arts: Oh dat kan. Ja. Na belasten.
Cliënt: Ja.
Arts: Ja.
Cliënt: Dus eh ja...
Arts: En komt u nou nog bij de orthopeed?
Cliënt: Nee. Hoe.. hoeft niet meer terug te komen. Alleen als eh als het mis mocht gaan of zo.

Arts: Ja ja. En nou liep u geloof ik ook nog bij de psycholoog?
Cliënt: Ja dat ook nog steeds.
Arts: Om het een beetje te verwerken misschien?
Cliënt: Ja dat was wel eh de aanleiding ja om er heen te gaan.
Arts: Ja
Cliënt: Ik had er al eens eerder aan gedacht om eh om andere redenen, maar toen eh toen zat ik echt wel diep in de put ook door dat been.
Arts: Ja.
Cliënt: En ik kon niet zoveel, dus ik had eh heel veel tijd om eh na te denken, dus eh toen raakte ik een beetje gedeprimeerd, zeg maar hè.

6.00'

Arts: Ja.
Cliënt: En eh en dat ja dat helpt echt wel ja.
Arts: Ja ja ook ook eens in de maand is denk ik een gesprek hè.
Cliënt: Nee het is... ik doe het gewoon eh particulier en dan is het eh elke week.
Arts: Oh. Wel baat bij?
Cliënt: Ja. Mm.
Arts: Gelukkig
Cliënt: Ja.
Arts: Niet meer zo diep in die put?
Cliënt: Nee nee.
Arts: Gelukkig.
Cliënt: En het begint nu ook een beetje te lukken met eh met werk eh vinden.
Arts: Ja daar zat u ook mee.
Cliënt: Ja, ik heb vorige week eh twee sollicitatiegesprekken gehad eindelijk (lacht een beetje)
Arts: Ja.
Cliënt: En eh ja ik hoop dat dat wat wordt.
Arts: En wat wat waarvoor heeft u gesolliciteerd?
Cliënt: Eh één ding is als onderzoeker, eh psychologisch onderzoeker. Bij eh ja het gaat om eh de behandeling van eh eetstoornissen en dan gaan ze kijken wat patiënten van de kwaliteit vinden.
Arts: Oh ja.

7.00'

Cliënt: En dan zou ik dat onderzoek uit eh voeren. Ja dat gesprek ging heel goed, dat sollicitatiegesprek, dus ik hoop dat dat wat wordt.
Arts: Ja
Cliënt: En die andere was eh ehm op een afdeling voor kinderen met gedragsmoeilijkheden, bijvoorbeeld autistische kinderen, kinderen met eh ADHD.
Arts: Oh ja.
Cliënt: Dat is wel wat totaal anders, maar dat, dat leek me ook leuk.
Arts: I.. nou zeker. En dan eh wat meer begeleiden denk ik.
Cliënt: Ja als begeleider ja. En daar eh mag ik maandag op proef voor komen
Arts: Oh kijk aan.
Cliënt: Dus eh en dan kan ik ook een beetje kijken hoe hoe het gaat eh met mijn been zeg maar, hoe dat eh. Ja ik ik heb ook niet zo'n idee van of ik nou daar veel moet lopen of iets.
Arts: Nee oh nee. Da's even... dat weet u nog niet.
Cliënt: Nee.

Arts: Nee. Nou spannend.
Cliënt: Ja.
Arts: Ja en u heeft dan ook een psychologische vooropleiding toch hè geloof ik gedaan?
Cliënt: Ja ja
Arts: Of... Psychologie, gestudeerd?
Cliënt: Ja ja
Arts: (Onverstaanbaar)
Cliënt: Heb ik eh twee jaar geleden afgemaakt.

8.00'

Arts: Dat is ook aangegeven. Ja. Oh u heeft het afgemaakt?
Cliënt: Ja ja
Arts: Want hier stond eh... oh ja ja. In '98
Cliënt: Ja.
Arts: Ja dan is het eh leuk om in eh die richting iets te zoeken natuurlijk.
Cliënt: Ja ja. Want ik was ook eh ja dat eh werk als afdelingsassistente, dat was gewoon via het uitzendbureau.
Arts: Ah. Ja.
Cliënt: Want ik eh ik kwam terug van eh van een reis. En toen eh nou ik ga gewoon meteen werken en eh dus toen heb ik daar een paar weken gewerkt en toen ging het dus meteen mis met mijn knie.
Arts: Mm.
Cliënt: En dat werk wou ik gewoon eh dat zag ik gewoon als tijdelijk totdat ik eh echt iets leuks zou vinden zeg maar in mijn richting.
Arts: Ah. In uw richting. Ja. Aha. Ja. En dat heeft u en daar bent u mee blijven solliciteren
Cliënt: Uhm ja toen eh toen, toen ik in het begin wel. Toen ik daar werkte als eh afdelingsassistent toen solliciteerde ik ook en toen het misging met mijn knie is dat ook een beetje...

9.00'

Arts: Op de lange baan geschoven.
Cliënt: Ja ja, want ik dacht ook de hele tijd van nou eh over een paar weken is het over en dan eh ga ik wel weer verder met eh werk zoeken.
Arts: Ja ja ja. U heeft wel eh... nu is een goeie tijd om eh te solliciteren. In ieder geval aan een baan aan.
Cliënt: Ja ja, maar ik ben nu ook al op zich al wel weer een paar maanden bezig en eh ja het lukte niet zo heel goed, omdat ik dan eh ook niet eh niet echt veel ervaring nog heb eh of niet eh echt veel werkervaring.
Arts: Nee, oh u deed al wat?
Cliënt: Ehm
Arts: Qua werk of niet?
Cliënt: Nee nee alleen dat als afdelingsassistente.
Arts: A.. Dat precies. Ja ja. Ja. Nou dat is leuk om in die richting iets te zoeken.
Cliënt: Ja.
Arts: Alle twee staat u wel aan, dat onderzoek of dat eh...
Cliënt: Ja ja. Nou ik zou denk ik liever dat onderzoek doen.
Arts: Oh ja.

10.00'

- Cliënt: Want dan eh ja dan dan begin ik meer gelijk op mijn niveau. En dat met die kinderen dan eh begin ik zeg maar wat eh wat lager. Dan kan ik ook wel verder komen, maar dat eh duurt dan wel wat langer.
- Arts: Ja ja, maar dat loopt allebei nog.
- Cliënt: Ja
- Arts: Gelukkig, ja. Dus niet meer zo diep in die put.
- Cliënt: Nee
- Arts: En het eh concentreren.
- Cliënt: Ja gaat wel. Ja.
- Arts: Gaat goed. Wordt u nog wel eens somber?
- Cliënt: Nou af en toe, maar niet niet meer dan normaal of zo hoor.
- Arts: Nee nee, dus ook genie... kunnen genieten van dingen.
- Cliënt: Eh... jawel, dat gaat wel, ja. Ja ik word er wel eens somber van als het niet lukt met werk eh vinden. Want dan denk ik van ja ik eh ik kan eh ik kan gewoon op zich kan ik wel werken. Alleen eh ja als ik me dan voorstel dat ik ergens heel veel moet lopen,

11.00'

- net als eh dat werk als afdelingsassistent, dan eh dan weet ik dat dat niet gaat en dan eh zie ik wel een beetje van die doembeelden voor me dat ik weer eh...daar in terecht kom.
- Arts: Ja ja ja ja. Dat je dat.. dat je eigenlijk wel kan werken, alleen door die knie dat het dan wel belemmerd wordt.
- Cliënt: Ja ja, of bijvoorbeeld hè.. heel lang zitten dat ga.. dat gaat ook niet goed, want dan zit ik de hele tijd in één houding.
- Arts: Ja.
- Cliënt: En dan eh ja dan gaat het eh heel erg branden, dan wordt het pijnlijk zeg maar. Dus dan zit ik ook te denken van eh ja waar waar zal ik nou terecht komen en eh... of ik dat dan wel kan.
- Arts: Iets waar je... iets kan afwisselen hè.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Zitten, staan, lopen, zoiets.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Ja en dat psychologische onderzoek, ja daar kan je het natuurlijk allemaal zelf indelen denk ik.
- Cliënt: Ja ja ja. Ik zit... het zal natuurlijk wel zitten, maar eh ik kan gewoon heen en weer lopen en dingen doen
- Arts: Dat wel ja, zeker.
- Cliënt: Dus dat zou misschien ook nog beter zijn dan met die kinderen, want ik denk dat ik daar wel eh veel eh actiever zal eh moeten zijn.
- Arts: Eh ja eh ja, kinderen zijn sowieso al heel eh snel.

12.00'

- Cliënt: Ja
- Arts: Deze kinderen zijn ook nog eens vaak druk.
- Cliënt: Ja. Mm.
- Arts: Ja. Oké. Slapen hoe gaat het daarmee?
- Cliënt: Goed, ja
- Arts: Niet last van de pijn in de knie?
- Cliënt: Eh ja ik merk het wel eh vooral eh als ik dan eh veel heb gedaan op een dag, qua sporten of lopen dan eh dan eh voel ik het wel als ik stil lig.

Arts: Oh ja.
Cliënt: Als ik dan in één houding lig, dan eh begint het ook te branden.
Arts: Mm.
Cliënt: Maar meestal val ik wel gewoon in slaap dus eh.
Arts: Ja. 's Ochtends last van stijfheid?
Cliënt: Nee niet echt nee.
Arts: En thuis u woont alleen?
Cliënt: Eh ja ik woon alleen.
Arts: Dus u moet ook zelf het huishouden doen en de boodschappen
Cliënt: Ja ja
Arts: Hoe gaat dat?
Cliënt: Ik word wel geholpen met boodschappen. M'n vriendje die eh die helpt me wel. Dat gaat wel goed. En eh als ik het alleen doe dan hang ik het meestal gewoon aan mijn fiets.

13.00'

Arts: Ja. En het huishouden?
Cliënt: Ja gaat ook, ja
Arts: En hoe ziet uw dag er dan een beetje uit?
Cliënt: Eh ja ik ben nu vooral bezig met eh brieven schrijven. Want ik eh ik schrijf nu ook nog steeds sollicitatiebrieven, want eh voor het geval het toch niks wordt met eh die twee dingen dan.
Arts: Mm. Ja.
Cliënt: Eh ja verder dan sport ik drie keer per week en ik lees veel. Ik eh maak wat muziek.
Arts: Oh ja.
Cliënt: Weet je dat soort dingen. Of ik zit achter de computer eh...
Arts: Ja.
Cliënt: ...te schrijven of wat dan ook.
Arts: Hele dag wel gevuld?
Cliënt: Ja ik ben altijd wel eh bezig.
Arts: Ja. (stille) Ehm kan ik nog even kijken naar de knie?
Cliënt: Ja da's goed.

14.00'

Band wordt stilgezet.

Arts: Nou de WAO beoordeling is ietsje anders dan de ziekwet.
Cliënt: Ja
Arts: Bij de ziekwet wordt puur gekeken naar het werk dat iemand deed bij uitval.
Cliënt: Mm.
Arts: Kan iemand dat nou wel of niet.
Cliënt: Ja.
Arts: Is de vraag. Nou bij de WAO is dat anders, dan wordt er gekeken naar meer eh naar alle andere werk ook, werkzaamheden.
Cliënt: Ja.
Arts: Zou iemand kunnen of niet.
Cliënt: Mm.
Arts: Nou daar hè.. voor hebben ze een belastbaarheidpatroon opgesteld van wat kan wel en wat kan niet.
Cliënt: Ja.

Arts: Dat is dit formulier.
Cliënt: Mm.
Arts: Dat loop ik met u nog een klein beetje door zodirect.
Cliënt: Ja.
Arts: En dan gaat het dossier door naar de arbeidsdeskundige.
Cliënt: Ja.
Arts: En dat is iemand en die stopt al die codes hup in de computer.
Cliënt: Mm.
Arts: En dan gaat de computer zoeken naar functies die geschikt voor.. iemand zouden kunnen zijn.
Cliënt: Ja.
Arts: Met die beperkingen.
Cliënt: Mm.
Arts: Nou hoe meer functies dan uit dat systeem rollen, hoe meer iemand belastbaar is, hoe meer iemand kan werken en hoe minder WAO iemand dan krijgt.
Cliënt: Oh ja.
Arts: Dus dat wordt uitgerekend.
Cliënt: Ja.
Arts: Daarvoor krijgt u bericht om nog een keertje te komen.
Cliënt: Ja.
Arts: In een ander kamertje bij de arbeidsdeskundige. Die zal je uitleggen wat voor functies daar uitgerold zijn.
Cliënt: Mm.

15.00'

Arts: En wat voor percentage WAO daarbij hoort. Dus dat kan van... dat kan ook niks zijn.
Cliënt: Ja.
Arts: Dat er zoveel uitkomt dat er helemaal geen WAO is, dat kan ook
Cliënt: Mm.
Arts: En ehm dus daarvoor krijgt u in ieder geval bericht om nog een keertje te komen.
Cliënt: Ja.
Arts: Ja? Nou dit formulier daar gaat het dan uiteindelijk om. Nou dit is het lichamenlijk gedeelte dat kan je allemaal beperken. Dit is het psychisch gedeelte dat kan je ook allemaal beperken.
Cliënt: Ja.
Arts: Nou dit gaat voornamelijk ehm nou niet te lang zitten dat ehm....
Cliënt: Ja.
Arts:hè, want dat is voor die knie nou niet zo eh lekker. Ehm nou n.. niet te lang staan en lopen.
Cliënt: Nee st.. dat eh dat staan en zeg maar a.. als je slenteren of staan dat eh dat dat gaat dat gaat slecht.
Arts: Ja.
Cliënt: Ja.
Arts: Ja dan krijg je eerder klachten.
Cliënt: Ja dat eh dat zei de fysiotherapeut ook dat het dan het gewricht te weinig gesmeerd wordt en dan eh...
Arts: Oh ja ja ja ja.
Cliënt: ja dat het dat het daar waarschijnlijk mee te maken heeft.
Arts: Ja ja.

16.00'

- Cliënt: Dat het dan pijnlijk wordt. Maar gewoon flink wandelen of zo, dat gaat wat beter dan eh dan langzaam lopen.
- Arts: Ja, trappen lopen?
- Cliënt: Ja gaat wel goed.
- Arts: Dat gaat goed.
- Cliënt: Bijvoorbeeld drie trappen of zo
- Arts: Oh ja
- Cliënt: dat eh gaat zonder problemen.
- Arts: Gelukkig.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Ehm tillen?
- Cliënt: Eh nou niet te zwaar. Dan voel ik echt helemaal de druk erop
- Arts: Ja.
- Cliënt: Dat ben ik ook op zich wel aan het trainen dat eh dat ik dat steeds beter eh kan hebben zeg maar.
- Arts: Ja. Mm.
- Cliënt: Dan krijg ik zo'n eh vestje aan met eh gewichten erin.
- Arts: Oh ja?
- Cliënt: Ja en dan moet ik zo door mijn knieën zakken en eh omhoog.
- Arts: Ja ja hurken...
- Cliënt: Ja.
- Arts: ...en eh weer omhoog.
- Cliënt: Ja precies.
- Arts: Nou zullen we rekening mee houden. De rest hoeft niet. Dan moet ik alleen nog weten of u allergisch bent voor iets.
- Cliënt: Eh voor Ibuprofen.
- Arts: Oh ja. Maar niet voor e in in werk...situaties bijvoorbeeld, dus stoffige ruimtes of rokerige ruimtes. Stof en dat soort, hooikoorts.
- Cliënt: Nee nee.

17.00'

- Arts: Oké. Ehm dit is het psychische gedeelte. Nou op zich hoeft dat ook niet denk ik. U bent niet niet d.. eh depressief.
- Cliënt: Nee.
- Arts: Gelukkig maar, dat eh eh. Je kan af en toe wel een dip hebben natuurlijk.
- Cliënt: Mm.
- Arts: Als het eh weer wat minder gaat.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Maar niet dusdanig dat dit ook allemaal beperkt hoeft te worden.
- Cliënt: Nee.
- Arts: Hoeft niet, nou dit hoeft ook niet. Ehm, ik maak in ieder geval hier een rapportage van.
- Cliënt: Ja.
- Arts: Met dit belastbaarheidpatroon en dan krijgt u bericht om nog een keer te komen.
- Cliënt: Ja dat is goed.
- Arts: Dat is bij de arbeidsdeskundige, dat is eh voor 22 mei in principe.
- Cliënt: Oh ja.
- Arts: Dus dat zal wel ergens in april zijn, dat gaat automatisch.

Cliënt: Ja. Ik had wel nog eh toen ik vorige keer kwam ik bij eh meneer Vissen. En die eh die zei dat ie eh mij in de wet REA (?) zou doen.

Arts: Ja.

Cliënt: En eh, maar daar heb ik nog niks van gehoord en ik ben zelf ook ja ik heb gisteren nog geprobeerd te bellen die meneer die mij eh die mijn dossier daar daar over zou eh hebben of zo.

18.00'

Arts: Meneer Vissen?

Cliënt: Ja meneer Vissen heeft dat gedaan.

Arts: Ja.

Cliënt: En die heeft, eh die heeft mijn dossier gegeven aan meneer Mulder en die zou dan eh ja die z.. die zou me dan gaan helpen.

Arts: Ja ja dat is eh dat dat ehm dat kan, maar dat doet de arbeidsdeskundige, dat gaat dan ook via de arbeidsdeskundige. Dus ik zal het in ieder geval meenemen, want de arbeidsdeskundige die eh ehm ja heeft daar ook heel veel mee te maken.

Cliënt: Ja

Arts: Met REA.

Cliënt: Mm. Oh ja.

Arts: En als iemand op de de ver van de arbeidsmarkt afstaat daar is dan eh zijn er ook voorzieningen voor eh enzovoort van mensen dus met eh ja aanpassingen of zo om ze ook uit de WAO te houden op zich.

Cliënt: Mm. Ja.

Arts: Dus we kunnen eens kijken wat daar eh....

Cliënt: Ja.

Arts: ...mee gedaan kan worden.

Cliënt: Ja ja ik hoop dat het allemaal niet nodig hoor want eh ik hoop dat dit gewoon lukt wat ik nu eh...

Arts: Ja.

Cliënt:nu heb.

Arts: Nou dat moet in principe wel kunnen denk ik.

19.00'

Cliënt: Ja en als ik, stel dat ik wel ergens aangenomen word, moet ik dan gewoon meteen bellen en dat eh dan alles eh

Arts: Ehm eh dat is goed, maar u komt sowieso bij de arbeidsdeskundige.

Cliënt: Oh ja.

Arts: Ja, die die kan toch... we. ge.. Kijk een arbeidsdeskundige kijkt toch of eh een functie eh geschikt is voor iemand.

Cliënt: Oh ja.

Arts: Dus eh..

Cliënt: Ja.

Arts: Maar me... meestal wel hoor.

Cliënt: Ja.

Arts: Maar goed als een bouwvakker bijvoorbeeld eh weer eh of een hele hoop met z'n rug timmerwerk gaat doen, ja dat is niet zo verstandig natuurlijk.

Cliënt: Ja oh ja op die manier.

Arts: Dus daar wordt naar gekeken, maar eh, de meeste mensen die eh als ze iets vinden dan eh eh is het ook wel passend. Maar goed een arbeidsdeskundige kijkt daarnaar en dan krijgt u sowieso een oproep.

Cliënt: Oh ja oké.

Arts: Maar solliciteren moet u gewoon blijven doen.
Cliënt: Ja ja ja
Arts: Goed?
Cliënt: Oké. Ja.
Arts: Nou ik maak het voor u in orde en dan eh in ieder geval krijgt u bericht
wanneer u dient te komen.
Cliënt: Ja. Oké.
Arts: Ja?

20.00'

Einde gesprek.