

Moeilijk objectiveerbare klachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts

Een empirisch onderzoek

V. Brenninkmeijer · S.E. Lagerveld · R.W.B. Blonk

Samenvatting Dit artikel beschrijft de belangrijkste uitkomsten van een empirisch onderzoek naar de problematiek van ‘moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten’ in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Een belangrijk doel van dit onderzoek was de aard en omvang van deze problematiek in kaart te brengen. Hiervoor werd een vragenlijstonderzoek verricht onder 18 bedrijfs- en 19 verzekeringsartsen, waarbij ruim 1200 korte casussen zijn beschreven. De uitkomsten duiden erop dat de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk aanzienlijk is. Het gaat hierbij met name om pijn-, energetische en affectieve klachten. Moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten blijken voorts gepaard te gaan met problemen met betrekking tot het vaststellen van de gepaste begeleiding en het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden. Verder blijkt dat een relatief groot deel van de artsen behoefte heeft aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden met betrekking tot moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten. De auteurs pleiten voor aanvullend beleid of de ontwikkeling van een protocol/checklist, om de problematiek van moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten te verminderen.

Keywords medisch onverklaarde klachten · beoordeling arbeidsmogelijkheden · beoordeling beperkingen · verzuimbegeleiding

TNO heeft in 2004 en 2005 onderzoek uitgevoerd naar de problematiek van ‘moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten’ (MOK) in relatie tot verzuimbegeleiding en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. In dit project is de problematiek van MOK in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk in kaart gebracht.¹

Het onderwerp ‘beoordeling en begeleiding ziekteverzuim en WAO-keuring’ is in het afgelopen decennium op verschillende wijze en met grote regelmaat in het middelpunt van de belangstelling geweest. Een bijzondere groep binnen dit veld betreft de groep mensen met MOK. De problematiek rondom MOK is van grote relevantie voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Daar gaat het immers om beoordelingen waaraan belangrijke individuele en maatschappelijk consequenties zijn verbonden. Fouten of onzorgvuldigheden in verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kunnen aanzienlijke financiële en emotionele schade berokkenen aan personen. Maar ook in het traject voorafgaand aan een WAO-beoordeling, het traject van verzuimbegeleiding vanuit de bedrijfsgeneeskundige praktijk, zijn MOK een zeer relevant probleem. Ook hierbij gaat het om aanzienlijke gevolgen voor verschillende partijen – cliënt, werkgever en samenleving – die gerelateerd zijn aan (langdurig) ziekteverzuim, reïntegratie-inspanningen en (het risico op) WAO-intrede.

In toenemende mate, zo is de indruk, zijn aandoeningen waarbij MOK een belangrijke rol spelen, oorzaak van WAO-intrede.^{2,3} Bedrijfsartsen lijken soms moeite te hebben met het bepalen van een juiste begeleiding, waardoor de gezondheidsproblemen van de cliënt zouden

V. Brenninkmeijer (✉)

Dr. V. (Veerle) Brenninkmeijer, drs. S.E. (Suzanne) Lagerveld en prof.dr. R.W.B. (Roland) Blonk werken bij het team Activering, TNO Kwaliteit van Leven | Arbeid, te Hoofddorp. R.W.B. Blonk is daarnaast als bijzonder hoogleraar verbonden aan de capaciteitsgroep Sociale en Organisationspsychologie, Universiteit Utrecht. Correspondentieadres: Prof.dr. R.W.B. Blonk, Team Activering, TNO Kwaliteit van Leven | Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp. E-mail: roland.blonk@tno.nl.

kunnen verergeren in plaats van verbeteren. Verzekeringsartsen hebben soms moeite om het beroep op de WAO gefundeerd te honoreren of af te wijzen.^{4,5} Cliënten voelen zich soms onbegrepen.⁶ In de media wordt bovendien wel eens denigrerend over deze mensen gesproken omdat zij niet lijken te passen binnen de criteria Medisch en Objectief. Al snel wordt deze groep gezien als het prototype van wat niet onder de WAO zou moeten vallen. Opmerkelijk is dat deze groep niet nader geoperationaliseerd is en (derhalve) ook kwantitatief niet is onderzocht.

Op dit moment is nog onduidelijk wat de aard en omvang zijn van MOK, zowel bij langdurig verzuim als bij WAO-intrede. Vaststellen van de aard en omvang van MOK in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk is daarom een eerste onderzoeksdoel van dit project. De eerste stap in dit onderzoek was het opstellen van een werkdefinitie van MOK met behulp van een multidisciplinaire begeleidingscommissie waarin verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, patiënten en wetenschappers waren vertegenwoordigd. Op grond van eerder kwalitatief onderzoek van TNO⁷ en het advies van onze begeleidingscommissie is gekozen voor de volgende werkdefinitie: *Bij cliënten met moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten ervaart de arts moeite bij het beoordelen/vaststellen van de oorzaak, de ernst of de echtheid van de klachten.* Deze definitie gaat ervan uit dat een klacht moeilijk objectiveerbaar is wanneer een arts, om wat voor reden dan ook, moeite heeft met het beoordelen van oorzaak, ernst of echtheid van een klacht. Een moeilijke objectiveerbare klacht is dus niet per definitie onbegrijpelijk,⁸ maar kan gerelateerd zijn aan factoren die met de desbetreffende arts (bijvoorbeeld kennis of vaardigheden) of cliënt te maken hebben, of met hun onderlinge interactie.

Nadat de noodzakelijke afbakening van het begrip had plaatsgevonden, is een vragenlijstonderzoek verricht onder bedrijfs- en verzekeringsartsen, alsmede hun cliënten. Met dit vragenlijstonderzoek werden onder andere de aard en omvang van de problematiek van MOK in kaart gebracht. Naast bovengenoemde zaken is aandacht besteed aan de behoefte aan ontwikkeling van hulpmiddelen en aan implementatie van de kennis uit dit onderzoek, met daarbij ook de randvoorwaarden bij dergelijke ontwikkeling. Dit is gedaan door middel van discussiegroepen van professionals, onderzoekers, beleidsmakers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. De uitkomsten van deze discussiegroepen staan beschreven in de projectrapportage van TNO die naar aanleiding van dit onderzoek is verschenen.¹

Het uiteindelijke doel van het onderzoeksproject is het verminderen van de problematiek van MOK in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk, of hier toe een aanzet te leveren. Dit is in het belang van alle

betrokkenen bij (langdurig) ziekteverzuim – cliënten, werkgevers, artsen, UWV en arbodiensten. Dit belang is de afgelopen jaren, als gevolg van de veranderingen in de wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (bijvoorbeeld de Wet verbetering poortwachter, de herbeoordelingsoperatie bij de WAO, en de nieuwe WAO) alleen maar groter geworden. Alle partijen worden nu strenger afgerekend op langdurig ziekteverzuim en WAO-intrede. De politieke lading van het thema MOK is hiermee verzaard; voor alle partijen geldt dat er meer op het spel staat.

In het huidige artikel zullen we de belangrijkste bevindingen van het onderzoek bespreken. Het gaat hierbij om de omvang van MOK, de aard van de klachten, de gevolgen van MOK en kennisbehoefte van artsen met betrekking tot MOK.

Methodie

Procedure en deelnemers

Het onderzoek betrof een vragenlijstonderzoek onder 18 bedrijfsartsen en 19 verzekeringsartsen. Bedrijfsartsen werden via verschillende arbodiensten geworven, veelal via stafartsen. Verzekeringsartsen werden vanuit UWV geworven door middel van een circulaire onder regiodirecteuren. Deelname was op vrijwillige basis. De artsen kregen gedurende 4 maanden, maandelijks een vragenlijst toegestuurd. De kenmerken van de deelnemende artsen staan weergegeven in tabel 1.

Turflijst

Een belangrijk onderdeel van elke vragenlijst was de turflijst, waarbij artsen over een twintigtal zelf aan te leveren casussen een kort aantal vragen beantwoordden. Bij bedrijfsartsen ging het hierbij om cliënten die tussen de 4 en 8 maanden verzuimen. Bij verzekeringsartsen ging het om cliënten die zij zagen in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling. De arts werd gevraagd om van de eerstvolgende 20 cliënten casussen aan te leveren.

Er werd gevraagd bij elke cliënt het volgende aan te geven:

1. of men moeite had met het beoordelen van klachten (ernst, oorzaak, echtheid);
2. bij welke type klachten sprake was van MOK;
3. welke overige klachten de cliënt rapporteerde (niet-MOK);
4. of men moeite had met het beoordelen van beperkingen;
5. of men moeite had met het beoordelen van arbeidsmogelijkheden;

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemende bedrijfs- en verzekeringsartsen

Kenmerk	BA (%) (n = 18)	VA (%) (n = 19)
Geslacht		
man	53	56
vrouw	47	44
Leeftijd		
jonger dan 30	6	0
30–40 jaar	12	17
40–50 jaar	59	59
50–60 jaar	24	33
60 jaar en ouder	0	0
Werkervaring		
minder dan 5 jaar	18	6
5–10 jaar	18	6
10–15 jaar	41	33
15–20 jaar	12	33
langer dan 20 jaar	12	22
Etniciteit*		
autochtoon	94	94
allochtoon	6	6

*Een arts werd als allochtoon beschouwd wanneer deze, of de ouders, buiten Nederland was geboren.

6. of men moeite had met het vaststellen van de verzuim-begeleiding (voor de bedrijfsartsen).

| De omvang van moeilijk objectieveerbare klachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk is aanzienlijk.

| Het gaat hierbij met name om pijn-, energetische en affectieve klachten.

| Moeilijk objectieveerbare klachten belemmeren het vaststellen van de gepaste begeleiding en het beoordelen van beperkingen/arbeidsmogelijkheden.

| Veel arts en hebben behoefte aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden met betrekking tot moeilijk objectieveerbare klachten.

Daarnaast werd aan artsen gevraagd het geslacht, de leeftijd, de etniciteit (allochtoon/autochtoon) en de verzuimduur (voor de bedrijfsartsen) in te vullen. Tevens werd gevraagd de diagnose(n) te noteren van de desbetreffende cliënt (CAS-code). Met behulp van deze turflijsten konden de aard en omvang van MOK geschat worden. In totaal hebben de bedrijfsartsen 398 korte casusbeschrijvingen ingeleverd en de verzekeringsartsen 847. Dit verschil in aantal is toe te schrijven aan de kenmerken van de aan te leveren casussen: bij de bedrijfsartsen ging het alleen om cliënten die tussen de 4 en 8 maanden verzuimen; bij verzekeringsartsen ging het om alle cliënten die zij zagen in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling. In tabel 2 staan de

kenmerken van de cliënten uit de korte casusbeschrijvingen weergegeven.

Algemene vragen

De eerste vragenlijst die de artsen ontvingen, bevatte ook een aantal algemene vragen over onder meer de volgende zaken:

1. demografische variabelen;
2. de definitie van de arts van MOK;
3. de visie van de arts op MOK;
4. in hoeverre de arts MOK als een probleem ervaart;
5. de bijdrage van aanvullende kennis, aanleren vaardigheden, instrumenten, protocollen en richtlijnen aan MOK;
6. de behoefte van de arts aan aanvullende kennis, aanleren vaardigheden, instrumenten, protocollen en richtlijnen.

Resultaten

Frequentie MOK

Het onderzoek laat zien dat bedrijfsartsen bij 36,2% van de casussen moeite hebben met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van de gezondheidsklachten (MOK). Bij verzekeringsartsen ligt dit percentage op 41,8% (zie tabel 3). Het gaat hier met name om

Tabel 2 Kenmerken van de korte casussen van bedrijfs- en verzekeringsartsen, in percentage en aantallen (n)

Kenmerk	Korte casus BA (totale n = 398)		Korte casus VA (totale n = 847)	
	%	n	%	n
Geslacht				
man	48	190	39	328
vrouw	52	208	61	518
Leeftijd				
jonger dan 20	1	5	2	14
20–30 jaar	12	46	20	169
30–40 jaar	21	81	33	281
40–50 jaar	37	146	25	215
50–60 jaar	28	108	18	152
60 jaar en ouder	2	7	2	15
Etniciteit*				
allochtoon	12	49	15	124
autochtoon	88	347	85	722

Tabel 3 Percentage van de casussen waarbij bedrijfs- en verzekeringsartsen moeite hebben met het beoordelen van gezondheidsklachten, gepaste begeleiding, beperkingen en arbeidsmogelijkheden

Moeite met beoordelen van:	Casussen BA (n = 398) %	Casussen VA (n = 847) %
Oorzaak, ernst en/of echtheid van klachten (= definitie MOK zoals gehanteerd in het huidige onderzoek)	36,2*	41,8
oorzaak	18,1	18,0
ernst	26,6	37,8
echtheid	9,0	18,1
twee aspecten	14,6	23,5
drie aspecten (oorzaak, ernst én echtheid)	3,0	8,5
Gepaste begeleiding**	26,4	–
Beperkingen**	30,3	25,7
Arbeidsmogelijkheden**	27,8	19,1

* Dit percentage geeft aan dat bedrijfsartsen bij 36,2% van alles casussen moeite hadden met het beoordelen van de oorzaak, ernst, en/of echtheid van de klachten.

**Net als bij de percentages met betrekking tot het beoordelen van klachten, gaat het ook hierbij om het percentage van alle casussen (MOK en niet-MOK) waarbij de arts moeite heeft met het beoordelen van respectievelijk de gepaste begeleiding, de beperkingen of arbeidsmogelijkheden.

problemen bij het bepalen van de ernst van de gezondheidsklachten. Bovendien blijken de percentages MOK tussen artsen aanzienlijk te verschillen. Figuur 1 illustreert de variatie in percentages.

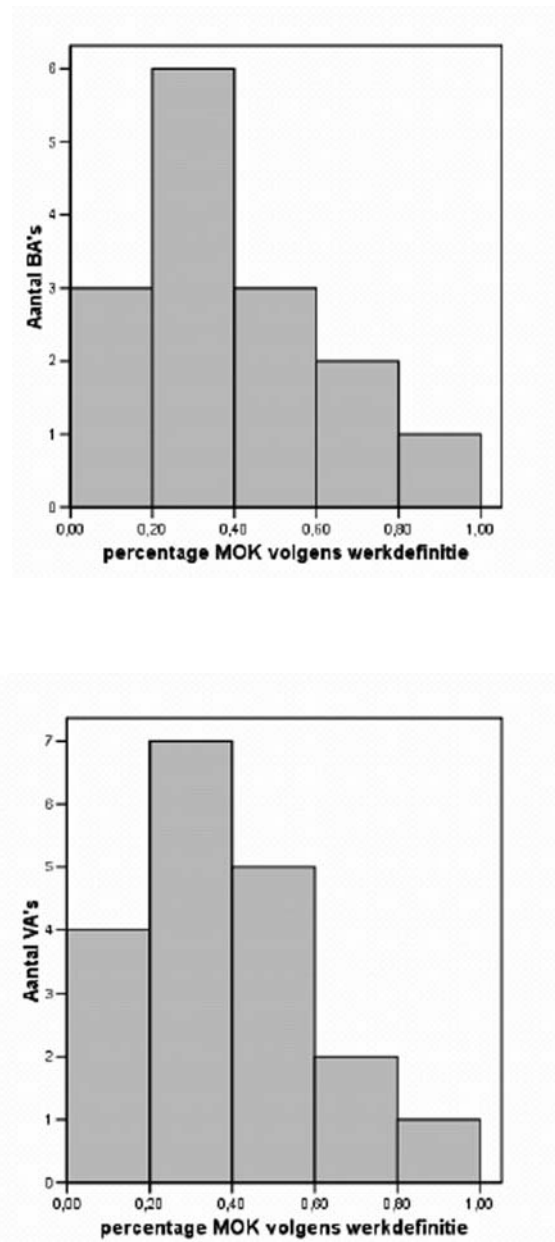
Bedrijfsartsen geven verder aan dat zij bij 26,4% van alle casussen problemen hebben met het beoordelen van gepaste begeleiding voor de cliënt. Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het beoordelen van de beperkingen is voor bedrijfsartsen 30,3% en voor verzekeringsartsen 25,7%. Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden, bedraagt voor bedrijfsartsen 27,8% en voor verzekeringsartsen 19,1%.

Aard van de klachten

Het onderzoek laat ook zien dat MOK met name een probleem vormt bij pijnklachten, energetische klachten en affectieve klachten (tabel 4). Deze klachten komen veel voor en zijn relatief vaak moeilijk objectiveerbaar.

Gevolgen MOK

De aanwezigheid van MOK blijkt gepaard te gaan met problemen bij het vaststellen van de gepaste begeleiding (voor de bedrijfsarts), het beoordelen van de beperkingen en het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden (tabel 5).



Figuur 1 Variatie in MOK-percentage voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

Bij cliënten bij wie sprake is van MOK, heeft de arts vaker moeite met het bepalen van de begeleiding en het beoordelen van de beperkingen en arbeidsmogelijkheden, dan bij cliënten bij wie geen sprake is van MOK.

Kennisbehoefte artsen met betrekking tot MOK

Tabel 6 laat zien dat bijna de helft van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen behoefte heeft aan aanvullende instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen, standaarden) voor MOK. Voorts heeft ruim driekwart van de

bedrijfsartsen en de helft van de verzekeringsartsen behoefte aan aanvullende kennis en vaardigheden met betrekking tot MOK.

Conclusie/discussie

De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat de problematiek van MOK in de bedrijfs- en verzekerings-geneeskundige praktijk aanzienlijk is. Wanneer we uitgaan van onze werkdefinitie van MOK, bedraagt het

Tabel 4 Percentage cliënten dat is gediagnosticeerd met de desbetreffende gezondheidsklacht en percentage cliënten bij wie sprake is van MOK (indien klacht aanwezig)

	Cliënten met desbetreffende klacht		% MOK*	
	casussen BA (n = 398) %	casussen VA (n = 847) %	casussen BA (n = 398) %	casussen VA (n = 847) %
Pijnklachten	31,7	40,0	45,0	56,2
Gastrointestinale klachten	6,3	4,3	16,0	25,0
Evenwichtsklachten	4,8	4,8	73,3	39,1
Cognitieve klachten	2,6	18,9	33,3	37,5
Energetische klachten	32,4	37,8	28,7	50,9
Affectieve klachten	21,6	38,4	25,0	34,8
Overige klachten	30,2	29,2	13,3	17,4

* Percentage van de cliënten met desbetreffende klacht waarbij sprake is van MOK (moeite met beoordelen ernst, oorzaak en/of echtheid klachten).

Tabel 5 Gevolgen MOK: percentage cliënten bij wie de arts moeite heeft met het vaststellen van de gepaste begeleiding (BA), het beoordelen van de beperkingen en het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden, afzonderlijk weergegeven voor cliënten met en zonder MOK

Aanwezigheid MOK	% moeite met vaststellen		% moeite met beoordelen		% moeite met beoordelen	
	begeleiding		beperkingen		arbeidsmogelijkheden	
	casussen BA	casussen VA	casussen BA	casussen VA	casussen BA	casussen VA
Nee	14,8	–	13,7	5,5	14,5	5,4
Ja	46,5	–	59,0	53,8	50,7	39,2

Tabel 6 Percentage bedrijfs- en verzekeringsartsen dat behoefte heeft aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden m.b.t. MOK

Behoeft aan:	% BA	% VA
Instrumenten m.b.t. MOK	47,0	44,0
Kennis/vaardigheden m.b.t. MOK	76,0	56,0

percentage MOK-casussen 36,2% bij de bedrijfsarts en 41,8% bij de verzekeringsarts. In deze gevallen heeft de arts moeite met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van de gezondheidsklachten. Het gaat hierbij met name om pijnklachten, energetische klachten en affectieve klachten.

De percentages MOK blijken verder tussen artsen aanzienlijk te verschillen. De ene arts geeft aan veel vaker MOK te ervaren dan de andere arts. Deze variatie hebben wij ook teruggezien in de presentaties die wij voor artsen hebben verzorgd met betrekking tot de uitkomsten van dit onderzoek. Sommige artsen herkennen zich wel in de gemiddelde percentages, andere artsen helemaal niet.

Er is ook onderzocht in hoeverre artsen moeite hebben met het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding (voor de bedrijfsarts), en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden. Ook hierbij lijkt het te gaan om aanzienlijke percentages. Wanneer we naar de samenhang kijken tussen de aanwezigheid van MOK en de moeite die artsen hebben met het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding en met het beoordelen van beperkingen en

arbeidsmogelijkheden, dan blijkt MOK geen opzichzelfstaand fenomeen te zijn. MOK gaat gepaard met problemen bij het vaststellen van de gepaste begeleiding en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden. Het valt op dat MOK sterker gepaard gaat met problemen bij het beoordelen van beperkingen dan van arbeidsmogelijkheden. Dit is met name het geval bij verzekeringsartsen.

Bij het interpreteren van de bovenstaande percentages is het belangrijk te weten dat het voor de bedrijfsarts om mensen gaat die zij zien in het kader van een verzuimbegeleidingsgesprek en die 4 tot 8 maanden verzuimen. Bij de verzekeringsarts gaat het om mensen die zij zien in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat bijna de helft van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen behoefte heeft aan aanvullende instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen, standaarden) met betrekking tot MOK. Voorts heeft ruim driekwart van de bedrijfsartsen en de helft van de verzekeringsartsen behoefte aan aanvullende kennis en vaardigheden met betrekking tot MOK.

Kanttekeningen

Hoewel het aantal casussen relatief groot was (ruim 1200), zijn zij door een beperkt aantal artsen aangeleverd. In totaal hebben 18 bedrijfsartsen en 19 verzekeringsartsen deelgenomen aan het onderzoek. Niet alleen is het aantal deelnemende artsen beperkt, ook is het mogelijk dat met name artsen hebben deelgenomen bij wie MOK een probleem vormt. Artsen die vaak moeite hebben met het objectiveren van klachten, zijn wellicht meer geïnteresseerd in de problematiek van MOK en in deelname aan onderzoek naar dit onderwerp. Hiervoor vinden we echter geen bevestiging in de resultaten omdat er een aanzienlijke spreiding zit tussen de mate waarin de artsen MOK rapporteren.

Een tweede belangrijke kanttekening is dat veel artsen aangaven dat ze de vragenlijsten, en met name de turflijsten, moeilijk vonden om in te vullen. Het ging hierbij zowel om de veelheid als om de complexiteit van de vragen. Indien niet duidelijk was ingevuld dat men moeite had met het beoordelen van de oorzaak, ernst of echtheid van de klachten, hebben wij dit conservatief geïnterpreteerd en de klacht als niet-MOK beschouwd. Het percentage MOK is derhalve aan de voorzichtige (lage) kant geschat.

Een derde belangrijke kanttekening is dat onze resultaten dienen te worden gezien in het licht van de werkdefinitie van MOK die in dit onderzoek is gehanteerd. De definitie die is gebruikt, is gebaseerd op eerder kwalitatief onderzoek en de visie van de begeleidingscommissie. In deze definitie is sprake van MOK indien de arts moeite heeft met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van gezondheidsklachten. Er zijn echter ook andere definities mogelijk. Indien men er bijvoorbeeld voor kiest dat er sprake is van MOK als de arts de oorzaak, ernst én echtheid (drie aspecten) niet goed kan vaststellen, dan daalt het percentage MOK tot 3,0% voor bedrijfsartsen en 8,5% voor verzekeringsartsen. De samenhang tussen MOK en andere variabelen zal dan wellicht ook veranderen.

Ondanks bovengenoemde kanttekeningen achten wij de resultaten van grote waarde voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Ons onderzoek is het eerste empirische onderzoek dat een inschatting geeft van de aard en omvang van de problematiek van MOK bij bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Implicaties voor beleid

Gezien het hoge percentage MOK en de hoge behoefte van artsen aan instrumenten en kennis/vaardigheden

met betrekking tot MOK, is het ons inziens belangrijk dat er aanvullend beleid en hulpmiddelen worden ontwikkeld, om de problematiek van MOK te verminderen. In een discussiemiddag hebben verschillende partijen die betrokken zijn bij de problematiek van MOK (artsen, cliënten, beleidsmakers, wetenschappers) nagedacht over noodzaak van aanvullend beleid en de ontwikkeling van hulpmiddelen. Deze discussiegroepen pleiten voor de ontwikkeling van een richtlijn of protocol met betrekking tot MOK en schetsen hiervoor diverse mogelijkheden en randvoorwaarden. Het is nu aan de diverse betrokken partijen om 'de handschoen op te pakken' en actie te ondernemen om het probleem van MOK te verminderen. Dit is in het belang van alle betrokkenen: cliënten, werkgevers, artsen, UWV, arbodiensten en de maatschappij als geheel.

Belangenconflicten

Er is geen sprake van belangenconflicten. ZonMw heeft het onderzoek gefinancierd. TNO heeft, als publiekrechtelijke organisatie, een onafhankelijke positie in het uitvoeren, analyseren en publiceren van onderzoek.

Dankwoord

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw, in het kader van het praktijk- & beleidsprogramma 'Chronisch Ziekten'.

Literatuur

- Brennikmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RWB. Moeilijk objectieerbare gezondheidsklachten in relatie tot verzuimbegeleiding en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven | Arbeid, 2005.
- Lisv. Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium. Amsterdam: Lisv, 1996.
- Lisv. Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid. Jaaroverzicht WAO/WAZ en Wajong 2000. Amsterdam: Lisv, 2001.
- Visser J. Met open ogen: verzekeringsartsen en nietobjectieerbare ziekten. *Med Contact* 2001; 56: 1279–1282.
- Wijers JH. Wet- en regelgeving en onverklaarbare chronische ziekten en klachten. *Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 2004; 6: 392–395.
- Breed Platform Verzekerden & Werk en Stichting De Ombudsman. Meer confrontatie en minder begrip. *Recht van Spreken: Deel 2. Onderzoek naar de WAOkeuring van mensen met moeilijk objectieerbare aandoeningen*. <http://www.deombudsman.nl2005>.
- Brennikmeijer V, Bossche SMJ van den, Malij I, et al. De problematiek van moeilijk objectieerbare klachten in kaart gebracht. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.
- Loos WS de. Op zoek naar de bron: Psychiatrie maakt het 'mysterieuze' begrijpelijk. *Med Contact* 2001; 56: 1845–1848.