

Wanneer kwalificeren klachten als "ziekte" in de sociale verzekering, de particuliere AOV en civiele letselschadezaken?

F. Elemans *

Medisch adviseurs en medisch specialisten geven advies en verrichten expertise in het kader van de sociale verzekering, de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en civiele aansprakelijkheidszaken. Daarbij hebben zij onder meer te beantwoorden of de klachten van claimant als ziekte kwalificeren. Het bestaan van *ziekte* is namelijk een minimale voorwaarde om in aanmerking te kunnen komen voor een uitkering. Per rechtsgebied gelden daarvoor verschillende criteria. Kennis van de definitie van ziekte is van groot belang. Het onjuist hanteren van deze criteria kan leiden tot oneigenlijke en langdurige discussies tussen partijen hetgeen een grote druk kan leggen op (beperkt) beschikbare tijd, geld en menskracht en niet in de laatste plaats ook op claimanten. Aan de hand van jurisprudentie en literatuur zullen in deze bijdrage per rechtsgebied de criteria van ziekte worden besproken.

De sociale verzekering

In de sociale verzekering (in verband met de WIA en de WAO) zijn de door een betrokkene genoemde beperkingen pas honorabel als deze beperkingen objectief en met gebruikmaking van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden herleidbaar zijn tot ziekte of gebrek c.q. tot een stoornis. Een stoornis is een gestoorde werking van functie en processen op het niveau van anatomie/fysiologie/ psyche.¹ Het is niet nodig om de beperkingen te herleiden tot een onderliggend ziektemechanisme dat ten grondslag ligt aan de stoornis, de klachten, beperkingen en de participatieproblemen.

Maar als klachten niet herleidbaar zijn tot een stoornis op anatomisch en/of fysiologisch en/of psychisch niveau dan kan in bijzondere gevallen toch aangenomen worden dat klachten een uiting kunnen zijn van ziekte of gebrek, ook al is niet geheel en al duidelijk aan welke ziekte of ziektemechanisme het onvermogen is toe te schrijven. De Centrale Raad van Beroep (hierna de Raad) heeft dat tot uitdrukking gebracht in de zogenaamde uitzonderingsjurisprudentie.

In die bijzondere gevallen stelt de Raad als (minimum-)eis dat bij (de door de rechter benoemde) onafhankelijke medische deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde opvatting bestaat dat ongeschiktheid voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of gebrek de onduidelijkheid valt toe te schrijven, of indien zij zelfs tot zekere hoogte verschillen omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling niet zonder meer geheel kan worden uitgesloten. Ten aanzien van bijzondere gevallen moet gedacht worden aan zogenaamde niet-objectiveerbare aandoeningen als whiplash, fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom (hierna CVS)/ ME).²

De Raad is in zijn jurisprudentie niet snel geneigd om een uitzondering aan te nemen. Voor zover bekend heeft de Raad slechts in een beperkt aantal gevallen een uitzondering aangenomen.³ In deze uitzonderingsjurisprudentie gaat het om gevallen waar een aantal gerenommeerde medische specialisten met gebruikmaking van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden tot het oordeel is gekomen, hoewel dat niet substantieel kan worden gemaakt in de zin van een diagnose, dat er wel degelijk sprake is van onvermogen als gevolg van ziekte of gebrek. Per individueel geval moet dit worden beoordeeld aan de hand van alle medische en feitelijke gegevens in onderling verband beschouwd. In de uitzonderingsjurisprudentie ging het aanvankelijk vooral om psychiaters die op basis van gedegen onderzoek en onderbouwing, tot de conclusie kwamen dat geclaimde moeheid en vermoeibarheidsklachten voldeden aan de toen geldende DSM-criteria van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In die casussen werden daarvoor steeds specifieke aanknopingspunten gevonden in de biografie van de onderzochten. Volgens de hier bedoelde uitzonderingsjurisprudentie is sprake van een niet-toereikende objectieve vaststelling als:

- de conclusie van de deskundige uitsluitend is gebaseerd op de klachten van betrokkene (RSV 1996/42; RSV 1996/162);
- de CVS-klachten voldoen aan de daarvoor opgestelde internationale criteria (RSV 1999/7);

* Fons Elemans, verzekeringsarts - medisch adviseur - gerechtelijk deskundige.

- slechts verwezen wordt naar het feit dat de diagnose CVS is opgenomen in de ziekte classificatie van de World Health Organisation (RSV 1996/162);
- de klachten al jaren bestaan (RSV 1999/7);
- het klachtenverhaal reëel en consistent is (RSV 1996/162);
- de artsen, die betrokkene hebben onderzocht, hebben geconstateerd dat geen sprake is van simulatie (RVS 1999/7);
- uit het dagverhaal blijkt dat betrokkene op grond van de aandoening CVS met een energieprobleem kampt (RSV 1999/7);
- arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen slechts op grond van de aangifte van vermoeidheidsklachten door betrokkene en de daardoor ondervonden beperkingen in lichamelijk en sociaal functioneren (RSV 1996/162).

In uitzonderingsjurisprudentie van later datum heeft de Raad tot uitdrukking gebracht dat CVS/ME als zodanig, onder omstandigheden als ziekte in de zin van het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) kan kwalificeren. Aldus konden in de sociale verzekering vanaf dat moment geclaimde moeheid en vermoeibarheidsklachten honorabel zijn als uiting van CVS/ME in plaats van een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Ter illustratie bespreek ik hiernavolgend ECLI:NL:CRVB:2004:AR7649 en ECLI:NL:CRVB:2007:BB1589.

In ECLI:NL:CRVB:2004:AR7649 meldde een groepsleerkracht met een fulltime dienstverband zich ziek vanwege griepklachten. Aansluitend op de griep was sprake van aanhoudende vermoeidheid en psychische klachten. Met deze klachten maakte betrokkene de wachttijd voor de WAO vol. Op basis van diens onderzoek en na ontvangst van inlichtingen van de behandelend psychiater, kwam de verzekeringsarts (hierna: VA) tot de conclusie dat bij gedaagde geen sprake was van ziekte of gebrek en derhalve ook niet van honorabele beperkingen ten aanzien van het verrichten van arbeid. De WAO-aanvraag werd bij besluit van 5 juni 1998 afgewezen. Betrokkene kwam tegen deze beslissing in bezwaar. De verzekeringsarts bezwaar en beroep (hierna: VBB) vond in de door betrokkene in bezwaar nader overgelegde medische gegevens aanleiding de externe internist dr. H. te verzoeken nader onderzoek te verrichten. Deze kwam bij rapport van 19 mei 1999 tot de conclusie dat bij betrokkene sprake was van "een CVS waarvoor met het gebruikelijke onderzoek geen objectieve verklaring kan worden gevonden en dat de ernstige vermoeidheid en de concentratiestoornis die door hem niet objectief zijn vast te stellen op hem zeer reëel overkwamen." Daarvan uitgaande stelde de internist zich op het standpunt dat de klachten van betrokkene tot het aannemen van beperkingen leidden. De VBB ontleende aan het rapport van internist dr. H. dat er in het geheel geen afwijkingen waren vastgesteld.

Op grond hiervan onderschreef de VBB de conclusie van de primaire VA zodat de primaire beslissing tot afwijzing van de aanvraag van betrokkene om uitkering werd gehandhaafd.

Betrokkene kwam tegen deze beslissing in beroep. Naar aanleiding van de door betrokkene in beroep overgelegde nadere medische gegevens zag de rechter aanleiding zich van verslag en advies te laten dienen door internist J. en ontleende aan diens rapport van 14 oktober 2001 het volgende:

"In het dossier valt op dat er consistentie is in de diagnose chronisch postviraal vermoeidheid syndroom bij de collegae Van Ittersum, huisarts, Haanen, internist, Van Loon, internist, de zogenaamde commissie van drie en collega Herngreen. Ook ik kom op grond van de anamnese, het complex van klachten en verschijnselen, de vitaliteit vermindering van tenminste 50% en de duur langer dan 6 maanden tot dezelfde conclusie. De aandoening kenmerkt zich immers in het ontbreken van objectieveerbare orgaan dysfuncties, de diagnose wordt immers bij uitsluiting daarvan gesteld. De klachtenpresentatie van eiseres komt authentiek over en het lijden is evident. De consistentie van de onafhankelijk van elkaar gedane bevindingen door een reeks van professionele deskundigen zou ik derhalve gelijk willen stellen met een objectieve maatstaf. Ik ben van mening dat deze maatstaf haar zodanige beperkingen oplegt dat verrichting van arbeid tot op de datum van mijn onderzoek niet in redelijkheid kan worden verlangd."

Met een beroep op de uitzonderingsjurisprudentie volgde de rechtbank het oordeel van de door haar benoemde deskundige, waarmee zij de beslissing van de uitvoeringsorganisatie vernietigde. De uitvoeringsorganisatie stelde hoger beroep in. De Raad overwoog dat het standpunt van de VBB dat geen sprake was van ziekte of gebrek en derhalve ook niet van beperkingen, in het geval van betrokkene in deze zaak zich niet verhoudt met de Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium (mededeling van 19 september 1996, nr. M 96 122, van het voormalige Tica), welke richtlijn ten tijde hier in geding dient te worden aangemerkt als een beleidsregel waaraan gedaagde op grond van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is gebonden. In die richtlijn is immers vermeld dat het feit dat er geen lichamelijke of psychische oorzaken van de klachten van de verzekerde aangetoond kunnen worden, niet betekent dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps kunnen bestaan. In dat verband wordt van belang geacht of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt. Voorts overwoog de Raad dat voormelde kritiek van de VBB op het standpunt van de deskundige internist J. er geenszins aan in de weg stond om te aanvaarden dat betrokkene ten tijde hier in geding medische beperkingen ondervond. Zij was immers vóór haar uitval voltijds werkzaam en bij einde wachttijd gedurende twee en een halve dag per week.

Op grond van het hiervoor overwogene kwam de Raad tot het oordeel dat de aangevallen uitspraak, zij het op enigszins andere gronden, bevestigd diende te worden.

Hiernavolgende bespreking van **ECLI:NL:CRVB:2007:BB1589** biedt een scherper zicht op de overwegingen van de Raad in uitzonderingsjurisprudentie ten aanzien van sterke vermoeibaarheid bij inspanning en vertraagd herstel van vermoeidheidsklachten omdat de auteur dezes kon beschikken over het volledige procesdossier.⁵ In deze zaak staakte betrokkene op 23-05-2000 zijn werkzaamheden vanwege sterke vermoeibaarheid bij inspanning en vertraagd herstel van vermoeidheidsklachten. Bij de WAO-beoordeling werd de claim van betrokkene afgewezen omdat deze klachten naar het oordeel van de primaire VA niet als ziekte of gebrek kwalificeerden. De klachten waren naar het oordeel van de primaire VA immers niet herleidbaar tot een somatische of psychiatrische stoornis. De advocaat van betrokkene verzocht een neuropsycholoog, een zenuwarts en een arts-onderzoeker van het toenmalige *CFS Research Center Amsterdam* om onderzoek te verrichten. Later verzocht deze een vrijgevestigde verzekeringsarts om vanuit verzekeringsgeneeskundig perspectief diens oordeel te geven over de dossierstukken.

- **De neuropsycholoog** kon de claimklachten van betrokkene objectiveren middels een mentaal belastbaarheidsonderzoek van 5½ uur. Daarbij presteerde betrokkene consistent normafwijkend bij de uitvoering van taken waarbij informatie op een hoger cognitief niveau moest worden verwerkt of als er meerdere mentale bewerkingen tegelijkertijd moesten worden uitgevoerd. Naarmate een handeling langer uitgevoerd moest worden nam de cognitieve snelheid af en liet de kwaliteit van de informatieverwerking te wensen over. Daarnaast zag de neuropsycholoog dat betrokkene moeite ondervond met het vinden van de juiste woorden, raakte hij meerdere malen de draad van het betoog kwijt, gaf hij inadequate antwoorden op gestelde vragen en liet de non-verbale communicatie in de sociale interactie te wensen over. Aangezien op geen enkele wijze bleek dat psychologische factoren, waaronder een verminderde actiebereidheid, een faalangstige houding of emotionele preoccupatie, een rol speelden in de totstandkoming van deze scores, bood het onderzoek naar het oordeel van de neuropsycholoog evidentie voor het bestaan van een traagheid van cognitieve processen. De onderzoeksbevindingen gaven daarnaast aan dat er ten aanzien van de 'verdeelde aandacht' (oorzaak: traagheid van cognitieve processen) alsmede de 'volgehouden aandacht'. Naar het oordeel van de neuropsycholoog rechtvaardigde een en ander de conclusie dat het onderzoek aanwijzingen leverde voor het bestaan van vermoeidheidseffecten

ontstaan als gevolg van een cognitieve duurbelasting van 5 ½ uur.

- Naar aanleiding van de beschikbare dossierstukken en het onderzoek van betrokkene, concludeerde de **zenuwarts** dat bij betrokkene geen sprake was van een psychiatrische diagnose. Wel voldeden de claimklachten aan de criteria zoals die door Fukuda aan de diagnose CVS gesteld worden zodat sprake is van CVS. De eerder vastgestelde neurocognitieve tekorten pasten naar het oordeel van de zenuwarts bij het beeld van het CVS. Daarnaast was sprake van een laag carnitine gehalte in het bloed. Voorts was sprake van een consistent klachtenpatroon en vonden verschillende medici geen alternatieve verklaringen voor de klachten. Tot slot waren er geen aanwijzingen voor het bestaan van ziekte winst.
- Bij het toenmalige CFS Research Center Amsterdam werd door een **arts onderzoeker** met een algemeen aanvaarde onderzoeksmethode een vaso-vegetatieve stoornis vastgesteld, die niet gefingeerd kan worden of erger voorgedaan kan worden dan feitelijk aan de hand is.

Het bezwaar van betrokkene tegen de primaire beslissing faalde. De rechtbank stelde ter zitting vast dat tussen partijen de gestelde diagnose CVS niet in geschil is. Wel stond ter discussie of deze diagnose met zich meebracht dat sprake is van een objectief aantoonbare ziekte. Om zich nader te informeren schakelde de rechtbank twee deskundigen in om zich nader te informeren: een psychiater en een neuroloog.

- **De psychiater** oordeelde aan de hand van diens onderzoek van betrokkene en de beschikbaar gestelde dossierstukken, dat op datum in geding geen sprake was van een psychiatrische stoornis. Naar diens oordeel was wel sprake van een ziekte. Voor de onderbouwing daarvan verwees de psychiater naar het rapport van de door de rechtbank benoemde neuroloog.
- **De neuroloog** stelde namelijk vast dat betrokkene ten aanzien van de fijne motoriek en de meer subtiele aspecten van de coördinatie fouten begon te maken bij toenemende complexiteit van de taken en bij het opvoeren van de tijdsdruk. Dit leek betrokkene zelf niet goed in de gaten te hebben. Bij screenend onderzoek van de cognitieve (aandacht, geheugen, executieve functies) vond de neuroloog geen afwijkingen, maar naarmate de taken complexer werden en er een element van tijdsdruk werd geïntroduceerd, begon betrokkene fouten te maken (zo werd de aandacht langzaam minder en werden perseveraties gezien bij de inhibitietask van de 'frontal assessment battery'). Betrokkene maakte een betrouwbare indruk op de neuroloog. Het verhaal was coherent en consistent. De neuroloog vond

geen aanknopingspunten voor het bestaan van simulatie, aggraving of somatisatie.

In antwoord op de vragen van de rechtbank concludeerde de neuroloog dat bij betrokkene sprake was van CVS. De klachten van betrokkene pasten namelijk bij de criteria van deze aandoening terwijl het relaas van de klachten consistent was en de klachtpresentatie naar het oordeel van de deskundige reëel was en er geen aanwijzingen waren voor het bestaan van simulatie.

De rechtbank verwierp het beroep van betrokkene. Daarbij overwoog deze dat de diagnose van CVS uitsluitend kan worden gesteld op basis van het klachtenpatroon van eiser en de (subjectieve) observaties van de onderzoeker, en dat deze diagnose niet kan worden gebaseerd op objectieve, niet simuleerbare, bevindingen. "Naar het oordeel van de rechtbank is een dergelijke diagnosestelling in het licht van de rechtspraak van de Raad onvoldoende basis om het bestaan van een uitzonderingsgeval aan te nemen." De Raad dacht daar anders over, zoals hiernavolgend zal blijken. In het kader van het hoger beroep schakelde de advocaat van betrokkene een vrijgevestigde verzekeringsarts in.

- **De vrijgevestigde verzekeringsarts** oordeelde op basis van de dossierstukken dat bij betrokkene sprake was van een consistent verhaal, dat bovendien door de meeste deskundigen werd herkend. Daarnaast beargumenteerde de verzekeringsarts dat en hoe betrokkene de grip over zijn leven kwijt was geraakt (cave: verlies van autonomie) op datum in geding, alsmede dat betrokkene niet de mogelijkheid had om daar zelf verandering in aan te brengen, terwijl geen van de onderzoekers aanwijzingen vond voor het bestaan van aggraving, somatisatie of simulatie.

Alles overziend vernietigde de Raad vervolgens de uitspraak in eerste instantie en overwoog daarbij als volgt:

'Gelet op de inhoud van deze rapporten, ook bezien in onderlinge samenhang, stelt de Raad vast dat de beide [toevoeging FE: door de rechtbank benoemde] deskundigen van mening zijn dat bij appellant sprake is van arbeidsbeperkingen in de vorm van forse energetische beperkingen c.q. ernstige moeheid en vermoeibaarheid en dat deze beperkingen het gevolg zijn van een ziekte of een als zodanig aan te merken syndroom. Naar het oordeel van de Raad zijn de deskundigen tot hun oordeel gekomen op basis van een zorgvuldig onderzoek van appellant en hebben zij alle beschikbare medische informatie bij hun beoordeling betrokken. Ook hebben de deskundigen daarbij de gemotiveerde standpunten betrokken van de (bezwaar)verzekeringsartsen. Naar het oordeel van de Raad zijn de adviezen van de deskundigen concludent, in de zin dat deze logisch voortvloeien uit

hun onderzoeksresultaten en de analyse daarvan. Naar het oordeel van de Raad komen de adviezen van de beide deskundigen op de relevante punten overeen met de visies van de genoemde neuropsycholoog [naam] en de neuroloog-psychiater [naam], alsmede met de visie van [naam vrijgevestigde] verzekeringsarts, zoals die blijkt uit zijn rapport van 15 juni 2007 en zijn ter zitting gegeven toelichting. In de beschikbare informatie van de artsen die appellant in de loop van de jaren hebben behandeld, vindt de Raad ook vooral aanwijzingen die het oordeel van de genoemde deskundigen bevestigen. De Raad heeft geen aanknopingspunten gevonden voor het ter zitting van de Raad door het UvW ingenomen standpunt, dat de bevindingen en conclusies van de (onafhankelijke) medisch deskundigen zodanig uiteenlopen dat geen sprake is van een vrijwel eenduidige opvatting dat appellant als gevolg van ziekte of gebrek niet in staat is te werken.'

In jurisprudentie van meer recenter datum ten aanzien van ME/ CVS heeft de Raad de hiervoor beschreven lijn bevestigd.⁶ Daarin overweegt de Raad immers onverkort dat per individueel geval beoordeeld moet worden of de klachten als ziekte of gebrek en beperkingen kwalificeren.⁷ Het UWV-uitvoeringsbericht *ma 2018/001 B&B* van 3 augustus 2018 sluit daarbij aan. Daarin wordt namelijk het UWV-uitvoeringsbeleid beschreven naar aanleiding van het door de Gezondheidsraad uitgebrachte advies ME/ CVS dat klachten van cliënten met ME/ CVS serieus genomen moeten worden, maar dat ME/ CVS niet op een andere wijze wordt beoordeeld dan andere ziekten.⁸ Met andere woorden: net als bij alle andere ziekten is het MAOC c.q. het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten van toepassing op betrokkenen met ME/ CVS-klachten.

Tegen deze achtergrond en hetgeen de Raad in ECLI:NL:CRVB:2004:AR7657 stelt ten aanzien van niet-objectiveerbare aandoeningen als whiplash, fibromyalgie CVS-ME, valt naar mijn oordeel niet in te zien waarom de beschreven lijn van de uitzonderingsprudentie niet ook van toepassing zou zijn op Post COVID-zaken. Naar het oordeel van de WHO is er namelijk voldoende bewijs dat Postcovid als gezondheidstoestand bestaat.⁹ Derhalve zou naar mijn oordeel de hiervoor beschreven beoordelingslijn in ECLI:NL:CRVB:2007:BB1589 ook bij Post COVID-zaken toegepast kunnen worden.

Objectief vaststellen

In het sociaal verzekeringsrecht is objectief geoperationaliseerd als *controleerbaarheid* (toetsbaarheid), *reproduceerbaarheid* en *consistentie*. In de praktijk heeft 'objectief' betrekking op:¹⁰

- De onderzoeker. Het oordeel van de VA dient te zijn gebaseerd op feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen.
- Diens onderzoek. Het vaststellen of sprake is van een ziekte of gebrek dient reproduceerbaar te zijn:

- Gekwalificeerde beroepsgenoten zouden hetzelfde waarnemen en op grond daarvan tot dezelfde vaststelling gekomen kunnen zijn.
- Hij dient (daarom) gebruik te maken van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden, richtlijnen, standaarden en protocollen.
- Daarnaast dient hij de feiten te toetsen aan beschikbare bronnen (bijvoorbeeld informatie van medisch specialisten/behandelaars).
- Het rapport: inzichtelijk moet zijn:
 - Welke feiten de VA heeft vastgesteld;
 - Aan welke beschikbare bronnen hij de feiten heeft getoetst (bijvoorbeeld informatie van medisch specialisten/behandelaars, werkgever).
 - Of sprake is van een logisch samenhangend geheel van stoornissen, klachten, beperkingen en participatieproblemen die passen binnen de sociaal-medische kennis over het voorkomen, de ernst en de verschijningsvormen van uitingen van ziekte.

De particuliere arbeidsongeschiktheidspolis

In het kader van de particuliere arbeidsongeschiktheidspolis zijn gezondheidsklachten honorabel als deze door medici in verband gebracht kunnen worden met een oorzakelijke ziektemechanisme dat in de medische wetenschap bekend is. Maar in geval verzekeraar en consument niet hebben onderhandeld over de polisvoorwaarden en in een arbeidsongeschiktheidspolis geen nadere definitie is opgenomen omtrent wat precies onder “ziekte” en “stoornis” moet worden begrepen, en in de polis bepaalde klachtbeelden niet zijn uitgesloten van verzekering, dient voor de niet uitgesloten klachtenbeelden uitgegaan te worden van de betekenis van het woord ‘ziekte’ in het algemeen taalgebruik.¹¹ In die gevallen heeft “ziekte” de betekenis van “herkenbaar en benoembaar” ziektebeeld.¹² De medisch deskundige dient dan onderscheid te maken tussen 3 situaties:¹³

- a) Klachten waarbij sprake is van aanstellerij, inbeelding of aggraviatie;
- b) Klachten waarbij er geen reden is om aan te nemen dat sprake is van omstandigheden als bedoeld sub a, en die op zichzelf dus alleszins serieus te nemen zijn, doch waarvoor geen medische grond/oorzaak is aan te wijzen;
- c) Klachten waarvoor een medische grond valt aan te wijzen.¹⁴

Herkenbaar en benoembaar ziektebeeld bevindt zich ergens tussen situatie b en c, wat in overeenstemming is met de overweging van Advocaat-generaal mr. Spier in 3.6.2 van Hoge Raad 16 april 1999, 666: “Van algemene bekendheid is dat er bepaalde kwalen

zijn die medisch (nog) niet zijn vast te stellen. Het is vanzelfsprekend mogelijk dat iemand (ik stel het thans heel algemeen) daaraan lijdt en dientengevolge zijn werkzaamheden staakt.” Maar voorkomen moet worden “een ieder die opgeeft kwalen te hebben een uitkering te geven. Van verzekeraars kan niet worden gevergd aldus te werk te gaan. Noch ook kan worden gezegd dat een dergelijk verwachtingspatroon valt binnen de bescherming die de uitlegeregels (= Haviltex-formule WGJ B.), waarop het onderdeel beroep doet, bieden.”¹⁵ Of zoals Braakhuis het geruime tijd geleden in dit katern fraai formuleerde: “Een redelijke uitleg van genoemd polis artikel brengt met zich mede, dat ook de tussenfase (waarin het ziektebeeld herkenbaar en benoembaar, doch de oorzaak onbekend is) reeds wordt aangeduid als ‘medisch vaststelbaar’ gevolg van ziekte.”¹⁶

Er is sprake van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld als de door verzekerde genoemde klachten voldoen aan door medici vastgestelde afspraken¹⁷, criteria c.q. classificatienormen ten aanzien van een klachtencomplex, die in een richtlijn of standaard van een medische beroepsgroep of de WHO is beschreven.¹⁸ Aldus kunnen in de medische wereld gekende klachtenbeelden die niet in verband gebracht kunnen worden met een oorzakelijk ziekte-mechanisme of waarvan de medische wetenschap (nog) geen oorzakelijk ziekte-mechanisme heeft ontdekt, onder de dekking van de particuliere arbeidsongeschiktheidspolis vallen. Voorbeelden van dergelijke klachtbeelden zijn CVS, ME, fibromyalgie, Hand arm vibratie-syndroom alsmede het postwhiplash- en postcommotioneel syndroom zonder zichtbare anatomische afwijkingen. Voorbeelden van richtlijnen zijn de richtlijn whiplash van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, registratierichtlijnen van beroepsziekten, de ICD10 WHO classificatie en de CDC-94-criteria van de Amerikaanse Centres for Disease Control (CDC) uit 1994 die op een consensus gebaseerde casusdefinitie zijn opgesteld.¹⁹

Objectief vaststellen

Objectief medisch vaststellen of sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld betekent dat een medicus, vanuit zijn vakbekwaamheid en volgens de medische wetenschap heersende opvattingen zijn oordeel geeft over de vraag of de geclaimde klachten in verband zijn te brengen met de heersende opvattingen in de medische wetenschap zoals neergelegd in classificatienormen, richtlijnen en standaarden.²⁰ Dat *medisch vaststellen* betrekking heeft op een medicus volgt ook uit jurisprudentie waaruit blijkt dat onderscheid gemaakt moet worden tussen gevonden lichamelijk afwijkingen en laboratoriumuitslagen van bloedonderzoek die wel en die niet in verband staan met de geclaimde klachten.²¹

Civiele letselschadezaken

Bij civiele letselschadezaken zijn klachten honorabel als deze herleidbaar zijn tot een afwijking op anatomisch niveau. Uit het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef volgt dat ook klachten die met de huidige onderzoeksmethoden niet herleidbaar zijn tot een anatomische afwijking of schade, honorabel kunnen zijn. Maar dan moet objectief vastgesteld worden dat de klachten van betrokkene aanwezig zijn, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn c.q. dat deze niet worden gesimuleerd.²³

In de loop van de tijd is in de rechtspraak tot uitdrukking gebracht dat in die gevallen beoordeeld moet worden of het bestaan van klachten "plausibel" is.²⁴ Het is inmiddels bestendige jurisprudentie dat het bestaan van klachten plausibel is als sprake is van een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten.^{25, 26} De beoordeling of sprake is van consistentie wordt ook wel "de plausibiliteitstoets" genoemd.

In tegenstelling tot wat sommige medisch adviseurs menen, is een claim dus niet van tafel als de door claimant genoemde klachten niet herleid kunnen worden tot een (zichtbaar te maken) afwijking op anatomisch of fysiologisch niveau, zoals bij WAD I-II het geval is en bij het PCS het geval kan zijn. Ergo, als de door claimant genoemde klachten niet herleid kunnen worden tot een (zichtbaar te maken) afwijking op anatomisch of fysiologisch niveau, dan moet de deskundige of de medisch adviseur beoordelen of het bestaan van deze klachten plausibel is.

Objectief vaststellen

Een door partijen of de rechter benoemde deskundige dient objectief vast te stellen of sprake is van een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten. In het kader van de goede procesorde refereert *objectief* in het civiel recht aan de eis dat de deskundige zijn opdracht onpartijdig en naar beste weten dient te volbrengen (Artikel 198 lid 1 Rv). Onpartijdig wil zeggen dat de deskundige niet gehinderd dient te worden door vooroordelen en dat hij niet vooringenomen mag zijn. Voorafgaand aan de benoeming van de deskundige dient ter sprake te zijn gekomen of de deskundige partijen zakelijk, professioneel of privé kent en of de deskundige meent vrij te staan ten opzichte van beide partijen.^{27, 28, 29}

Ook moet de deskundige onpartijdig overkomen op partijen in de procedure. Hiervan is geen sprake wanneer uit feiten of omstandigheden, objectief gezien bij een partij de indruk bestaat of kan ontstaan dat de deskundige niet onpartijdig is. Daarbij is niet doorslaggevend of twijfel aan de onpartijdigheid theoretisch denkbaar is. Beslissend is of de door een partij geuite twijfel objectief is te rechtvaardigen. Een klacht over een gebrek aan onpartijdigheid moet door een partij dus worden gesubstantieerd en door

de rechter worden beoordeeld aan de hand van alle relevante omstandigheden van het geval.³⁰

Over de betekenis van *naar beste weten* is daarentegen weinig bekend. Volgens de Leidraad deskundigen in *civiele* zaken betreft naar beste weten de deskundigheid van de deskundige. Daarbij wordt van de deskundige verlangd dat deze het onderzoek uitvoert en verslaat met gebruik van diens kennis en ervaring op diens vakgebied en met inachtneming van de eventueel op diens vakgebied geldende regels, normen of gebruiken. Voor een arts betreft dit laatste bijvoorbeeld de medisch professionele standaard, aldus de Leidraad. Zoals verderop zal blijken uit de analyse van de Groot, is het de vraag of dit zo is.

In het kader van het voortgaande debat over de kwaliteit van de IWMD-vraagstelling was Akkermans in 2005 in ieder geval minder stellig. Akkermans overwoog destijds dat hij zich niet anders kon voorstellen dan dat de betekenis van *naar beste weten* voortvloeit uit de eigen professionele standaard van medici: "Zelfs de behandelend arts die, wetende dat de door hem verstrekte gegevens in een rechtszaak kunnen worden gebruikt, de problemen van zijn patiënt als feiten presenteert zonder duidelijk te maken dat het om diens subjectieve belevenis gaat, handelt in strijd met de regels".³¹

Ook de Groot is in haar dissertatie minder stellig over de betekenis van *naar beste weten* dan de Leidraad deskundigen in *civiele* zaken. In haar dissertatie schrijft de Groot namelijk: "Over de verplichting van de deskundige om de opdracht *naar beste weten* te verrichten, is weinig bekend".³² Tot dan was er in de wetsgeschiedenis slechts over te vinden "dat de bepaling volgens de Minister van Justitie nodig was om wettelijk vast te leggen dat een deskundige aansprakelijk is als hij de verplichting niet nakomt". Deze verplichting ziet op het niet, of niet behoorlijk vervullen van de rol van deskundige. Maar uit de wetsgeschiedenis blijkt niet wat onder "behoorlijk" moet worden verstaan. Ook *civiele* aansprakelijkheidszaken bieden weinig houvast om de betekenis te duiden van de verplichting om de opdracht naar beste weten te vervullen, aldus de Groot. Wat daarbij niet helpt, is dat de vraag of een deskundigenadvies naar beste weten is uitgebracht, in de praktijk meestal in de bewijswaardering oplost, zodat deze vraag als zodanig in de uitspraak na deskundigenadvies zelden wordt beantwoord.

Al met al was de Groot van mening dat lijnen van de betekenis van "naar beste weten" vielen te destilleren uit de regels die gelden in tuchtrechtspraak van medici en registeraccountants en aan de hand van beperkte nationale rechtspraak waarin de lagere rechter, het hof en de Hoge Raad in verschillende rechtsgebieden commentaar van partijen of een partij waardeerde

over de manier waarop de deskundige de opdracht had verricht en hoe deze tot diens oordeel was gekomen, alsmede op grond van de praktijk in België, Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje, Zweden en Zwitserland, lijnen:³³

- De deskundige behoort de vragen van de rechter naar waarheid te beantwoorden met de kennis van de aan hem ter beschikking gestelde (gegevens uit de) (proces)stukken en met gebruik van actuele vakkennis en zijn professionele ervaring;
- De deskundige mag de grenzen van de opdracht van de rechter niet overschrijden;
- De onderzoeksmethode die de deskundige toepast, moet op zijn vakgebied algemeen aanvaard, betrouwbaar, valide zijn en correct worden toegepast;
- Het deskundigenbericht dient (transparant) volledig, begrijpelijk (inzichtelijk) en logisch (consistent) te volgen zijn.

Naar mijn oordeel voegt AG Hartlief in r.o. 2.4 van ECLI:NL:PHR:2022:298 in het kader van een beroepsaansprakelijkheidszaak tegen een door de rechter benoemde deskundige een nuance toe aan wat moet worden verstaan onder “naar beste weten.” “In deze zaak is vooral het aspect van de zorgvuldigheid aan de orde. De gerechtsdeskundige dient de zorg te betrachten die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot bij het geven van advies in een gerechtelijke procedure mag worden verwacht. Wat die zorg in concreto met zich meebrengt, is afhankelijk van de omstandigheden van het geval, waaronder de aard en inhoud van de opdracht, de positie van de gerechtsdeskundige en de aard en ernst van de betrokken belangen.”

Dit sluit aan bij de analyse van het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef en de medische processtukken.³⁴ Daaruit volgt namelijk dat *naar beste weten* de betekenis heeft van oordeelsvorming van de medisch deskundige op basis van indrukken tijdens diens

onderzoek. Met andere woorden, als de deskundige (onpartijdig) op basis van indrukken tijdens diens onderzoek van oordeel is dat de klachten niet worden gesimuleerd, dan is voldaan aan de eis van objectief vaststellen. De betekenis van *objectief vaststellen* kan dus niet los worden gezien van de formulering van de Hoge Raad in ZA/de Greef dat bij moeilijk te objectiveren klachten, dan wel niet-objectiveerbare klachten, geen hoge eisen mogen worden gesteld aan het bewijs van die klachten.

Tot besluit

In deze bijdrage zijn de criteria van “ziekte” en “objectief vaststellen” in de verschillende rechtsgebieden uiteengezet: (i) de sociale verzekering, (ii) de particuliere arbeidsongeschiktheidspolis en (iii) het civiele aansprakelijkheidsrecht. Uit vergelijking van deze rechtsgebieden volgt dat per rechtsgebied verschillende criteria gelden, waarbij er raakvlakken zijn tussen de sociale verzekering en de particuliere AOV enerzijds en de particuliere AOV en het civiele aansprakelijkheidsrecht anderzijds.

Medisch adviseurs en medisch deskundigen die in deze rechtsgebieden optreden dienen deze criteria te kennen. Toepassing van de verkeerde criteria kan namelijk grote gevolgen hebben voor de uitkomsten van het (deskundigen)onderzoek en het medisch advies met alle gevolgen van dien zoals onnodig lange doorlooptijden en daarmee samenhangende kosten. In de recent herziene Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage wordt hiervan geen nota gegeven. Op basis van persoonlijke waarneming in de beroepspraktijk over langere tijd, meen ik dat het goed zou zijn als de geldende criteria inzake “ziekte” en “objectief vaststellen” per genoemd rechtsgebied als addendum opgenomen zou worden bij deze richtlijn.

Remédis Medisch Advies
www.remedis.nl

Referenties:

1. ICF model, World Health Organisation, 2001.
2. ECLI:NL:CRVB:2004:AR7657.
3. Zie bijv.: RSV 1986/201; RSV 1996/161; ECLI:NL:CRVB:1998:AA8810; RSV 2000/226; USZ 2001/3; ECLI:NL:CRVB:2004:AR7649; ECLI:NL:CRVB:2007:BB1589.
4. Noot van mr. A.V. Bockting bij CRvB 16 augustus 2000, 98/151 AAW/WAO, RSV 2000/ 229.
5. Met speciale dank voor de consent van betrokkene en diens toenmalige advocaat mr. drs. P.B.Ph.M. Bogaers voor inzage in het volledige procesdossier en geanonimiseerde publicatie in een vakblad.
6. Zie bijv. ECLI:NL:CRVB:2018:173, ECLI:NL:CRVB:2021:310; ECLI:NL:CRVB:2023:178.
7. Zie bijv. ECLI:NL:CRVB:2019:275; ECLI:NL:CRVB:2019:804; ECLI:NL:CRVB:2019:971; ECLI:NL:CRVB:2021:69; ECLI:NL:CRVB:2021:619.
8. ECLI:NL:CRVB:2019:275.
9. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/covid-19-emergency-icd-codes>.
10. Zie voor de praktische uitwerking daarvan bijv. noot van mr. E. van den Bogaard bij ECLI:NL:2024:313 in: USZ 21-06-2024, afl. 8., pp. 753-760.
11. E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, Kluwer, 2009, 2e druk, p. 248-252.

12. Zie bijv.: ECLI:NL:HR:1999:ZC2887, HR 16 april 1999, NJ 1999, 666; HR 18 oktober 2002, NJ 2003, 258; Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19-09-2006 (niet gepubliceerd); GHSGR:2007:BA3845; ECLI:NL:GHAMS:2009:BK9363; ECLI:NL:RBUTR:2011:BQ5170; ECLI:NL:GHSHE:2012:BW8401.
13. Zie bijv.: ECLI:NL:HR:1999:ZC2887 (r.o. 3.3.1); ECLI:NL:GHAMS:2019:482. ECLI:NL:GHAMS:2019:623 (r.o. 3.7).
14. Daarvan is sprake als het oorzakelijke ziektemechanisme in de medische wetenschap bekend is.
15. Zie ook: E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, Kluwer, 2009, 2e druk, p. 239.
16. W.G.L. Braakhuis, De arbeidsongeschiktheidsbepaling in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, GAVscoop, jaargang 11, nummer 3, december 2007. Zie overigens ook: E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, Kluwer, 2009, 2e druk, p. 239
17. E.J. Wervelman, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, Kluwer, 2009, 2e druk, p. 243 ev.
18. Zie bijvoorbeeld: Gerechtshof Amsterdam 28 maart 2002 (Betreft zaak m.b.t. RSI, niet gepubliceerd); ECLI:NL:PHR:2003:AI0859 (Conclusie van de Advocaat-Generaal J. Spier. Het betreft een zaak m.b.t. fibromyalgie, zie tevens ECLI:NL:HR:2003:AI0859); Hof 's-Hertogenbosch 9 oktober 2002, VR 2003/182 (Betreft een zaak m.b.t. whiplash); Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19-09-2006 (Niet gepubliceerd. Betreft een zaak m.b.t. CVS zonder aanwijsbaar substraat en waarvan CVS op basis van de (casuspositie) CDC-94-criteria werd vastgesteld); ECLI:NL:GHSGR:2007:BA3845 (Betreft cervicobrachialgie zonder aanwijsbaar anatomisch substraat: Dat een pijnsyndroom, zoals [verzekeraar] heeft aangevoerd, een aanduiding is voor een verzameling (pijn)klachten, zonder dat daarvoor een duidelijke medische oorzaak kan worden aangewezen, maakt nog niet dat een dergelijke verzameling klachten in het algemeen spraakgebruik niet als ziektebeeld wordt opgevat. Dit geldt met name in het geval de klachten medisch kunnen worden gediagnosticeerd. Nu meerdere artsen de klachten van [appellant] hebben gediagnosticeerd als cervico-brachiaal syndroom, welk syndroom bovendien als zodanig is gecodificeerd in de ICD van de WHO, moet dit pijnsyndroom naar het oordeel van het hof redelijkerwijs als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld worden aangemerkt). ECLI:NL:GHSHE:2012:BW8401 (Hand arm vibratie-syndroom is herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Zie r.o. 4.9: "Voorts blijkt uit de omstandigheid dat er ten aanzien van het HAV-syndroom classificatienormen bestaan dat er sprake is van een medische objectivering van de klachten en/of beperkingen." ECLI:NL:PHR:2021:132 (Zie r.o. 2,4: In deze zaak werden de vermoeidheidsklachten van verzekerde niet als ziekte in de zin van de polis gekwalificeerd. Verzekerde stelt dat hij lijdt aan het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), gediagnosticeerd door de bedrijfsarts, zonder dat duidelijk is op welke gegevens deze diagnose is gebaseerd en of daarbij het door de Gezondheidsraad opgestelde verzekeringsgeneeskundig protocol CVS is gevolgd. Daarnaast heeft verzekerde geen medische rapportages of verslagen beschikbaar gesteld waaruit naar voren komt dat betrokken artsen, die hij naar zijn zeggen al sinds 2013 consulteert).
19. Als de kennis over het ontstaan van een frequent gerapporteerd klachtenbeeld beperkt is, de klachten variabel en weinig specifiek zijn en eenvoudige diagnostische tests ontbreken, kan een op consensus gebaseerde casusdefinitie opgesteld worden voor bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek, in een poging richting te geven in de zoektocht naar een stoornis(sen) als verklaring voor de klachten. Zie bijv. A.W.A. Elemans, Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten, GAVscoop, jaargang 13, nummer 3, december 2009.
20. Ibidem 10.
21. Zie bijvoorbeeld: ECLI:NL:GHAMS:2019:482 (Niet voldoende is dat de verzekerde klachten ervaart en dat dit door de beoordelende artsen als reëel wordt ervaren, zonder dat zij de klachten op hun vakgebied kunnen verklaren); ECLI:NL:GHAMS:2019:623 ("In geschil was of appellant een (actieve chronische of persisterende) ziekte van Lyme heeft" [...] "Op basis van deze medische rapportages heeft de rechtbank naar het oordeel van het hof terecht geoordeeld dat niet kan worden gezegd dat objectief medisch vaststaat dat de beperkingen van [appellant] hun oorzaak vinden in een ziekte van Lyme" [...] "Delta Lloyd heeft de geloofwaardigheid van deze vaststelling en de betrouwbaarheid van de gebruikte LTT-test om chronische Lyme te diagnosticeren gemotiveerd bestreden. Delta Lloyd voert meer algemeen aan dat [appellant] zijn stellingen in het geheel niet heeft onderbouwd, gedocumenteerd of toegelicht en dat daaraan reeds daarom voorbij moet worden gegaan."
22. Hoge Raad 8 juni 2001, VR 2001, 168 m.nt GMvW, NJ 2001, 433, ECLI:NL:HR:2001:AB2054.
23. A.W.A. Elemans, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?', Verkeersrecht 2008, nr. 9.
24. A. Kolder, 'Whiplash: Evidence-based of plausibiliteit?', in: F.T. Oldenhuis & H. Vosselman, Whiplash: Juristen aan het woord, Den Haag: Boom juridisch 2012, p. 13-79, nt. 53; A. Kolder, 'Civiele Whiplashzaken', NJB 2015/17, p. 1142-1150.
25. J. Roth, Schadelijk achterhoedegevecht over causaal verband bij whiplash, L&S 2023, afl. 3; J. Roth, Whiplash associated disorder en causaal verband, TVP 2024, afl. 1.
26. Zie o.a.: Hoge Raad 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054; ECLI:NL:HR:2022:1944 (81RO), ECLI:NL:GHAMS:2021:2277, ECLI:NL:GHARL:2020:1560 en 2021:1759 en ECLI:NL:GHSHE:2023:1751; A. Kolder, 'Civiele whiplashzaken', NJB 2015/17, p. 1142-1150.
27. <https://www.rechtspraak.nl/SiteCollectionDocuments/Leidraad-deskundigen-WT.pdf>
28. Vlg. r.o. 3.9 van conclusie AG Hartlief in ECLI:NL:PHR:2022:298.
29. G. de Groot, Civiel deskundigenbewijs, Monografieën Burgerlijk procesrecht, 2e druk, 2019, p. 50-55.

30. G. de Groot, Civiel deskundigenbewijs, Monografieën Burgerlijk procesrecht, 2e druk, 2019, p. 50-51.
31. A.J. Akkermans, 'Verbeterde vraagstelling voor medische expertises: Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak', TVP 2005/3, p. 69-80.
32. G. de Groot, Het deskundigenadvies in de civiel procedure. Recht en Praktijk 165, Kluwer, 2008, pp. 238.
33. G. de Groot, Het deskundigenadvies in de civiel procedure. Recht en Praktijk 165, Kluwer, 2008, §5.6.4, pp. 238-250.
34. Zie voor de weergave van de analyse van de medische stukken Tabel 1 in: A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder? Verkeersrecht, 2008 nr. 9.

Gezonde gewoontes op de werkvloer: een noodzaak voor duurzame inzetbaarheid

*D. Wierper-Heijnen **

Gezondheid en vitaliteit staan steeds hoger op de agenda van werkgevers. Niet zonder reden: ongezonde leefstijlgewoontes vormen een groeiend risico voor de inzetbaarheid van medewerkers en de continuïteit van organisaties. Met een stijgend percentage overgewicht, een toename van chronische ziekten zoals diabetes type II en hoge kosten door leefstijlgerelateerd ziekteverzuim is het essentieel dat bedrijven inzetten op preventie. Voor geneeskundig adviseurs biedt dit een kans om hun expertise in te zetten en werkgevers te adviseren over een effectieve, duurzame aanpak.

De impact van leefstijl op verzuim en arbeidsproductiviteit

Leefstijl speelt een doorslaggevende rol in ziekteverzuim en productiviteitsverlies. Roken, overmatig alcoholgebruik, onvoldoende beweging en slechte voedingsgewoonten dragen bij aan verminderde belastbaarheid en vroegtijdige uitval. Feiten uit recent onderzoek onderstrepen de urgentie:

- Ongezonder gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20% van de ziektelast en leidt jaarlijks tot zorgkosten van 9 miljard euro (RIVM).
- Het percentage volwassenen met overgewicht stijgt naar verwachting van 49% in 2015 naar 62% in 2040, wat overeenkomt met een toename van 6,6 naar 9,1 miljoen mensen (RIVM).

- Diabetes type II, vaak gerelateerd aan overgewicht en een gebrek aan beweging, is inmiddels de meest voorkomende chronische ziekte in Nederland. Het aantal patiënten groeide van 160.000 in 1990 naar 1,2 miljoen vandaag de dag en zal zonder preventieve maatregelen naar verwachting stijgen tot 1,5 miljoen in 2040 (RIVM). Dit leidt tot geschatte kosten van 5 tot 6 miljard euro (Booz 2011, rapport Nivel Diabetes op de werkvloer Een onderzoek onder werkgevers en werknemers).

De werkomgeving als sleutel tot gedragsverandering

Ondanks de wens van veel mensen om gezonder te leven, blijkt de kloof tussen intentie en daadwerkelijk gedrag groot. Werkgevers kunnen hierop inspelen door een werkomgeving te creëren waarin gezonde keuzes toegankelijk en vanzelfsprekend zijn. In Scandinavische landen zien we al succesvolle initiatieven, zoals actieve pauzes en gezonde voedingsopties op de werkvloer, met positieve effecten op verzuim en werkplezier (Universiteit van Kopenhagen, 2018).

Van verplichting naar verleiding: effectief gezondheidsbeleid

Een effectieve aanpak richt zich niet op het opleggen van leefstijlprogramma's, maar op het stimuleren van intrinsieke motivatie. Mensen moeten zelf ontdekken waarom ze gezonder willen leven en op welke manier ze dat kunnen volhouden. Hierbij speelt de sociale en fysieke omgeving een cruciale rol.

* Desiree Wierper-Heijnen, medisch directeur en leefstijlarts, Executive Medical Advisor to the board of Zorg van de zaak & Jamila Jankipersadsing, bedrijfsarts en leefstijlarts.