

Antwoord:

De kern van mijn publicatie in GAVscoop 2009 3

Kort gezegd heb ik in mijn publicatie de vaste rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB) ten aanzien van het objectiveringsvereiste geanalyseerd naar aanleiding en in het licht van het verzekeringsgeneeskundig protocol chronisch vermoeidheidssyndroom (hierna: het protocol). Meer precies ten aanzien van de vraag wanneer volgens het protocol klachten opgevat kunnen worden als ziekte.

Volgens het protocol worden chronische vermoeidheidsklachten opgevat als ziekte als deze voorkomen op de lijst van de CDC-94 criteria. Op basis van de vergelijking van het protocol met de vaste rechtspraak van de CRvB ter zake werd in de publicatie GAVscoop 2009 3 geconcludeerd dat de CDC-94-criteria niet voldoen aan het objectiveringsvereiste.

Over het repliek van Knepper

Met het schrijven van het artikel "Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten. GAVscoop 2009 3, 75-79" hoopte ik op een inhoudelijke feitelijk discussie.

Wat collega Knepper als een repliek heeft bedoeld is op de keper beschouwd vooral een weergave van zijn persoonlijke visie en opvattingen over de begrippen objectiviteit, stoornis, ziekte en de rol van de verzekeringsarts en medisch adviseur binnen de trias politica.

Eenmaal gaat Knepper in op het onderwerp van mijn publicatie. Dat is als hij een arrest en twee vonnissen noemt die na het verschijnen van mijn publicatie zijn uitgesproken maar hij bespreekt deze niet. Daarnaast trekt hij op basis van deze jurisprudentie de onterechte conclusie dat het twijfelachtig is dat de vaste jurisprudentie op gespannen voet staat met het protocol.

Voorts presenteert Knepper zaken die ik noch gesteld noch gesuggereerd heb als feiten. Wanneer hij daaraan zijn persoonlijke opvattingen over de begrippen objectief en stoornis koppelt wordt zijn repliek tendentius.

Zo schrijft Knepper onder meer: "*Elemans denkt dat het begrip 'stoornis' houvast biedt, maar dat is een zeer divers gebruikt begrip*" en "*Maar uiteindelijk behoort de jurisprudentie gevoed te worden door vakinhoudelijke argumenten van verzekeringsartsen en medisch adviseurs. Elemans lijkt die volgorde om te draaien*" en "*Maar menige door Elemans geciteerde zinsnede is uit deze fundamentele bron afkomstig, kennelijk zonder dat hij zich dat realiseert*".

Deze handelwijze ken ik van Knepper maar dat brengt ons niet verder in de discussie over het onderhavige onderwerp. Daarnaast past Knepper enige bescheidenheid.

Zeker ten aanzien van de begrippen "stoornis" en "objectiviteit" die hij aanhaalt. Als een van de opstellers van de richtlijn maoc heeft hij sinds de werking daarvan (in 1996) namelijk verzuimd om de kernbegrippen daarvan - waaronder het begrip stoornis - goed te operationaliseren. Verzekeringsartsen moeten ondertussen dagelijks werken met deze richtlijn die overigens in 2000 werd gecodificeerd in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Over de gevolgen daarvan met betrekking tot de kennis van de betekenis van de kernbegrippen bij praktiserende verzekeringsartsen verwijs ik naar niet gepubliceerd empirisch onderzoek van ondergetekende uit 2004¹. Knepper kent dit onderzoek maar heeft daarmee niets gedaan.

Inhoudelijke reactie op repliek Knepper

Zoals hiervoor vermeld noemt collega Knepper een aantal zaken die niet direct de kern van mijn publicatie raken. Vanwege het fundamentele belang van zijn opmerkingen voor de verzekeringsgeneeskunde zal ik toch op deze zaken inhoudelijk reageren.

Mijn reactie op het repliek van Knepper valt uiteen in vier delen. In de eerste plaats zal ik reageren op de jurisprudentie die hij noemt. In de tweede plaats behandel ik de stelling van Knepper dat uiteindelijk de jurisprudentie gevoed behoort te worden door vakinhoudelijke argumenten van verzekeringsartsen en medisch adviseurs. Vervolgens geef ik enkele overwegingen ten aanzien van de betekenis van het begrip stoornis. Tot besluit ga ik in op de betekenis van het begrip objectief in de zin van de arbeidsongeschiktheidswetten.

1. Knepper noemt in zijn repliek een arrest van de CRvB en twee vonnissen van de rechtbank Almelo. Op het door Knepper genoemde vonnis van de rechtbank Almelo WAJONG 09/11 kan ik helaas niet inhoudelijk reageren omdat hij verzuimd heeft de vindplaats te vermelden. Zoeken op de vrije tekst WAJONG 09/11 op www.rechtspraak.nl leidde niet tot een zoekresultaat. Ik verzoek collega Knepper bij een volgende gelegenheid het LJN te vermelden. In het arrest van 19-02-2010 (LJN BL4595, 07/19 WAO) is niet in geding of de klachten een uiting zijn van een stoornis/ziekte of gebrek maar gaat het er om dat UWV op onjuiste medische grondslag geen urenbeperking heeft opgelegd. Evenmin was het protocol aan de orde en werd niet getoetst of het vaststellen van ziekte volgens de CDC-94-criteria aan het objectiveringsvereiste voldoet.

In deze zaak achtte appellante zich ten gevolge van pijn- en vermoedheidsklachten gerelateerd aan ME/CVS en PTSS ernstiger beperkt dan waar het UWV blijkens de (aangepaste) functionele mogelijkhedenlijst (FML) van 16 februari 2006 vanuit gaat.

Ter beantwoording van de vraag of het UWV met de genoemde FML de medische belastbaarheid van appellante op de datum in geding, zijnde 15 februari 2006, op juiste wijze in kaart heeft gebracht, heeft de Raad als deskundige prof. dr. Abraham-Inpijn opdracht gegeven dit te onderzoeken en de Raad te adviseren.

De deskundige legt in haar rapport neer dat zij zich wel kan verenigen met de door het UWV gehanteerde FML, maar dat appellante op de datum in geding niet in staat was de aan het bestreden besluit ten grondslag gelegde functies te verrichten omdat, kort weergegeven, een arbeidstijdverkorting tot 20 uur dient te worden aangehouden ter voorkoming van overbelasting van appellante. In reactie op het rapport van de bezwaarverzekeringarts, welk rapport met name ingaat op het ontbreken van objectieve medische gronden die het aannemen van een urenbeperking rechtvaardigen, wijst de deskundige op de verkregen gegevens (van huisarts, behandelend internist, dossier etc.) en wetenschappelijke literatuur die het belang aangeeft van de cumulatie van belasting door het ME-syndroom en PTSS.

In rechtsoverwegingen 2 en 2.1 overweegt de Raad dat de deskundige, kort gezegd, zich heeft gehouden aan het objectiveringsvereiste en dat de Raad het oordeel van de deskundige dus volgt. Dit is geen nieuwe rechtspraak.

Sinds het zogenaamde Oerarrest uit 1986 waarin de Raad voor het eerst ziekte of gebrek aannam bij moeilijk objectiveerbare klachten (MOK) heeft de CRvB in vijf gevallen ziekte of gebrek aangenomen bij MOK.

Getoetst wordt ook niet of het stellen van de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria voldoet aan het objectiveringsvereiste maar of de medische belastbaarheid op de juiste medische grondslag in kaart is gebracht.

De vonnissen van de rechtbank Almelo betreffen lagere rechtspraak die ik daarom niet gelijk zou willen stellen aan vaste rechtspraak van de CRvB. Afgezien daarvan stelt de rechtbank Almelo in zijn vonnis van 20 januari 2010 (LJN BL3104, 08/1279 WAJONG) vast dat tussen partijen niet in geschil is dat bij eiseres sprake is van CVS. Aangezien bij eiser ten aanzien van de CVS klachten niet is voldaan aan het objectiveringsvereiste is volgens verweerder (bezwaarverzekeringarts UWV) door de primaire verzekeringarts bij de herbeoordeling in 2008 terecht geen aanleiding gezien eiseres

meer beperkt te achten.

Saillant is, zo blijkt uit het vonnis, dat deze primaire verzekeringarts op basis van zijn onderzoek concludeerde dat de door betrokkene verwoorde beperkingen geen uiting zijn van een stoornis maar dat hij het gezien het chronische karakter van de klachten wel acceptabel acht om enige beperkingen ten aanzien van zwaardere fysieke/energetische belasting aan te nemen. Ondanks dat er geen stoornis is aangenomen heeft de primaire verzekeringarts toch beperkingen aangenomen. De bezwaarverzekeringarts stelt in de beroepszaak in feite dat deze door de primaire verzekeringarts aangenomen beperkingen niet in geding zijn maar dat er niet meer beperkingen aangenomen kunnen worden omdat de CVS klachten geen uiting zijn van een stoornis/ziekte of gebrek. Deze kromme redenering kan ik niet in verband brengen met de geschreven en ongeschreven rechtsregels.

Overigens is het bestreden besluit wegens een motiveringsgebrek in strijd met artikel 7:12 Algemene wet bestuursrecht vernietigd. Evenmin als in het hiervoor besproken arrest wordt ook in dit vonnis dus niet getoetst of het vaststellen van de diagnose CVS op basis van de CDC-94-criteria voldoet aan het objectiveringsvereiste. Sterker, tussen partijen was niet in geding of sprake was van CVS.

- In de tweede plaats geeft Knepper aan dat uiteindelijk de jurisprudentie gevoed behoort te worden door vakinhoudelijke argumenten van verzekeringartsen en medisch adviseurs. Niet duidelijk wordt wat Knepper daarmee precies bedoelt omdat hij deze opvatting in de volgende alinea koppelt aan algemene en persoonlijk opvattingen omtrent het begrip "objectiviteit". Terzijde merk ik op dat mij ook niet duidelijk is waarom Knepper hier medisch adviseurs noemt en welke medisch adviseurs hij bedoelt. De leden van de GAV – uitgezonderd de leden die naast hun werk als medisch adviseur ook bij UWV als verzekeringartsen werken – verrichten namelijk (vooralsnog) geen beoordelingen in het kader van de sociale verzekeringswetten.

De opvatting van Knepper dat uiteindelijk de jurisprudentie gevoed behoort te worden door vakinhoudelijke argumenten van verzekeringartsen en medisch adviseurs is gespeend van begrip van economische politiek en de rol en functie van de sociale verzekeringswetten daarin alsmede van de trias politica in het Nederlandse politieke systeem. Voor alle duidelijkheid. Het is de wetgever die de polisvoorwaarden (de wet) opstelt. Daar kan

Knepper het niet mee eens zijn maar daar hebben we het op dit moment mee te doen.

UWV is als bestuursorgaan door de overheid bevoegd om de wet uit te voeren. De rechter geeft betekenis aan de toepasselijke regel (wet) in een concreet geval en controleert – eenvoudig gezegd – of “UWV” de wet goed heeft uitgevoerd.

Dat de overheid de polisvoorwaarden opstelt hangt samen met het gegeven dat het sociale zekerheidsstelsel en daarmee de sociale verzekeringswetten op macro-economisch niveau een functie hebben in zowel het inkomensbeschermende als in het participatiebevorderende domein².

Zo leidt inkomensbescherming op macro-economisch niveau onder meer tot handhaving van consumptieve bestedingsmogelijkheden van de uitkeringsontvangers en bevordert daarmee de bestaanszekerheid van een grote groep. Het sociale zekerheidsstelsel draagt aldus bij tot het verwerklijken van een “rechtvaardige” inkomensverdeling. Doordat inkomensbescherming een bepaald bestedingsniveau garandeert, fungeert de sociale zekerheid daarnaast als instrument van economische politiek ter handhaving van de koopkracht van de uitkeringontvanger en ter stabilisering van conjuncturele schommelingen.

Naast de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) is UWV eigenlijk de enige andere partij die de wetgever/overheid op de hoogte kan c.q. had kunnen brengen van het feit dat het vaststellen van de diagnose CVS aan de hand van de CDC-94 criteria botst met de vaste rechtspraak ten aanzien van het objectiveringsvereiste.

Dat had zij kunnen doen met het argument dat verzekeringsartsen ten aanzien van het protocol problemen ondervinden bij haar primaire taak, dat is het toepassen van de rechtsregel op de feiten. De onpartijdige positie van UWV/verzekeringsartsen zou daarmee niet in het geding zijn of zijn gekomen.

Rechters zouden dit ook kunnen doen omdat zij vanuit hun ervaring met rechtszaken veel kennis van zaken hebben over de uitvoering en de uitvoerbaarheid van wetten.

In Nederland is het weliswaar mogelijk om als rechter politiek te bedrijven maar dat is niet onomstreden vanwege de vrees voor machtscumulatie. Hetzelfde zou kunnen gelden voor het maken van opmerkingen over een onderdeel van een verzekeringsgeneeskundig protocol.

Medisch specialisten maken geen deel uit van de trias politica dus die staan buiten deze discussie,

dunkt mij.

Maar het is juist deze beroepsgroep die – aangevuld met de medisch adviseur (tevens verzekeringsarts) van het UWV – op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Gezondheidsraad advies van 2005 inzake *Het chronische-vermoeidheid-syndroom* heeft opgesteld.

Daarin stelt zij op basis van schaarse kennis dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is en dat vaststaat dat CVS beperkingen oplegt aan het persoonlijk, beroepsmatig en sociaal functioneren. Daarnaast stelt de commissie in haar advies dat de internationaal erkende casusdefinitie CDC-94-criteria de standaard is.

In het advies wordt niet vermeld dat het vaststellen van de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria niet aansluit bij de vaste jurisprudentie ten aanzien van het objectiveringsvereiste.

Dat is de medisch specialisten die deel uit maakten van de commissie niet euvel te duiden omdat zij de kennis ter zake niet hebben. Niet duidelijk is welke rol de medisch adviseur van UWV bij het opstellen van het advies heeft gehad en of hij heeft gewezen op de vaste rechtspraak inzake CVS. Ondertussen is de zinsnede dat *CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is en dat vaststaat dat CVS beperkingen oplegt aan het persoonlijk, beroepsmatig en sociaal functioneren* wel opgenomen in het protocol en moeten verzekeringsartsen daarmee werken.

In het licht van het eerdergenoemde was het daarom in de eerste plaats aan de verzekeringsartsen die lid waren van de commissie protocol CVS om dit op te merken en naar de overheid te communiceren.

Het is mij niet duidelijk of zij dat hebben gedaan en als zij dat wel hebben gedaan waarom dit niet in het protocol is terug te vinden.

Uit wandelgangverhalen begrijp ik dat de verzekeringsartsen die betrokken waren bij het tot stand komen van het protocol niet of nauwelijks werden gehoord of slechts een rol in marge hadden. Zoveel begrijp ik ook uit de repliek van Knepper. Maar via de officiële kanalen heb ik niet van de betrokken verzekeringsartsen vernomen noch van de voormannen bij UWV noch van UWV zelf.

Wellicht willen niet de schijn van partijdigheid wekken. Onpartijdigheid is echter niet in het geding als zij de overheid op de hoogte had gesteld van het feit dat verzekeringsartsen niet goed uit de voeten kunnen met het protocol omdat het op een belangrijk onderdeel botst met de vaste rechtspraak.

Nadat het protocol van kracht werd hadden

ook verzekeringsartsen in het veld dit knelpunt aanhangig kunnen maken. Maar het is voorstelbaar dat zij zich niet geroepen voelen om naar buiten te treden als hun werkgever en daarbij werkzame voormannen niet van zich laten horen en de voorzitter van hun beroepsorganisatie nog voordat het protocol in werking trad bovendien stelt dat het protocol goed past in de richtlijn maoc³.

3. Knepper stelt in zijn repliek dat de ICF stoornissen beschouwt als afwijkingen in of verlies van functies. In de tweede plaats stelt hij dat stoornissen niet als pathologie beschouwd kunnen worden, maar daar manifestaties van zijn, wat nog niet hoeft te betekenen dat iemand dan een ziekte heeft. Het begrip stoornis biedt dus geen houvast om 'ziek' van 'niet ziek' te onderscheiden. Het beeld dat Knepper schets behoeft bijstelling.

In termen van de ICF zijn stoornissen afwijkingen in of het verlies van functies of anatomische eigenschappen. Functies zijn omschreven als fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Anatomische eigenschappen zijn positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk lichaam worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

Ter illustratie van de betekenis van het begrip stoornis en het verschil daarmee met de betekenis van de begrippen ziekte en beperking, geef ik het volgende voorbeeld⁴:

Complex Regionaal Pijnsyndroom type I (ook bekend onder de naam dystrofie) aan een voet.

Bij dit klachtenbeeld (die door medici worden samengevat onder de noemer CRPS type I) staan pijn (= klacht) en een gestoorde pijnwaarneming (= klacht) op de voorgrond. De pijn neemt in hevigheid toe bij druk op de aangedane voet en houdt langer aan dan men op grond van de druk op de voet zou verwachten. De beperking is dan drukuitoefening op de voet hetgeen bij ondermeer lopen, staan en het dragen van zware spullen het geval is. Betrokkene is dus beperkt voor ondermeer lopen en staan.

De stoornissen bij dit klachtenbeeld zijn onder andere een gestoorde doorbloeding van de aangedane voet alsmede een gestoorde pijnwaarneming door het lichaam. Het bestaan daarvan is met bepaalde onderzoeksmethoden aan te tonen. Het daadwerkelijke onderliggende mechanisme (= de ziekte) dat verantwoordelijk is voor de gestoorde pijnwaarneming is nog niet helemaal opgehelderd. Dus ondanks dat de

ziekte niet bekend is, kunnen de klachten met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden herleid worden naar (een) stoornis(sen).

In tegenstelling tot wat Knepper stelt biedt het begrip stoornis houvast om 'ziek' van 'niet ziek' te onderscheiden.

Dit sluit ook aan bij de vaste rechtspraak. Daaruit en meer in het bijzonder ook uit de uitzonderingsjurisprudentie blijkt dat bij het vaststellen of sprake is van ziekte gebruikgemaakt dient te worden van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden (waarmee klachten gereproduceerd kunnen worden) terwijl niet steeds geheel en al duidelijk hoeft te zijn aan welke ziekte of gebrek precies die ongeschiktheid valt toe te schrijven.

Stoornis in het kader van de ICF/Schattingsbesluit heeft dus niet de betekenis van stoornis in het functioneren (lees beperkingen) op de drie niveau's micro-, meso- en macroniveau zoals Knepper stelt.

In de visie dat stoornis opgevat dient te worden als functiestoornis op orgaan- en weefselniveau alsmede op het niveau van de psyche, zijn klachten en beperkingen een uiting van ziekte indien de uitingen van ziekte op stoornisniveau en op alle drie de niveaus van het mens-zijn (micro-, meso- en macroniveau (in de vorm van beperkingen in het functioneren) kunnen worden vastgesteld. Ziekte dient zich op deze aspecten logisch samenhangend en consistent te manifesteren.

4. Knepper heeft tevens moeite met het begrip "objectief". Dat is op zichzelf begrijpelijk omdat dé objectiviteit niet bestaat. Daarnaast wordt het begrip objectief in verschillende betekenissen gebruikt hetgeen multi interpretabiliteit in de hand werkt⁵.

Als een van de opstellers van de richtlijn maoc mag daarentegen verwacht worden dat de betekenis daarvan voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het bestuursrecht voor hem duidelijk is. Zoals Knepper terecht stelt heeft dit begrip namelijk in essentie betrekking op de omgang met alle lichamelijk onverklaarde klachten door verzekeringsartsen. Dit is ook de kern van mijn publicatie in GAVscoop 2009 3. Uit deze publicatie blijkt dat het Schattingsbesluit en ook de uitzonderingsjurisprudentie meer houvast bieden dan Knepper stelt.

Deze leren ons dat "objectief" niet refereert aan de ziekte maar refereert aan de onderzoeker, aan de wijze van onderzoeken (van ziekte of gebrek)

en de wijze waarop wordt gerapporteerd. Dat is ook wel logisch omdat niet elke ziekte is terug te voeren op een zichtbaar anatomisch of fysiologisch substraat.

Of zoals in de nota van toelichting Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten staat: Het onderzoek dient gericht te zijn op het objectiveren van de gestelde klachten als uiting of een gevolg van een somatisch of psychiatrisch ziek zijn, dan wel een combinatie van beide, waarbij niet altijd exact valt aan te geven aan welke ziekte de klachten zijn toe te schrijven (RSV 1996/161, 1997/32)⁶.

De oplettende lezer merkt op dat in de nota van toelichting wordt gesproken van objectiveren van klachten terwijl uit vaste rechtspraak blijkt dat het duidelijker zou zijn te spreken van objectief vaststellen van klachten als uiting vanwelke ziekte de klachten zijn toe te schrijven. Indien het niet mogelijk is lichamelijke of psychische oorzaken precies te meten, betekent dat niet in alle gevallen dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Van belang is of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt. Het is vaste rechtspraak dat *“waar in bijzondere gevallen bij - onafhankelijke - medische deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of gebrek precies die ongeschiktheid valt toe te schrijven*

of, al verschillen zij tot op zekere hoogte omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling van die ongeschiktheid alsdan niet zonder meer geheel valt uit te sluiten”.

Waar het dan om gaat is dat meerdere deskundigen tot dezelfde opvatting komen. Dit betekent uiteraard niet dat de medisch deskundige zich uitsluitend op de klachten van de betrokkene mag baseren. In zijn uitspraak van 20 oktober 1998 (RSV 1999, 7) kwam de Raad tot de conclusie dat waar deskundigen hun conclusie uitsluitend baseren op de door betrokkene verwoorde gezondheidsklachten, zij “om die reden geen toereikende motivering van hun oordeel hebben gegeven, zodat een beroep op een uitzonderingsgeval als bedoeld in RSV 1996/161 niet kan slagen”. In GAVscoop 2009 3 heb ik op pagina 77 puntsgewijs 8 andere voorbeelden genoemd waarvan de Raad heeft overwogen dat geen toereikende motivering is gegeven. Uit het hiervoor genoemde moge duidelijk zijn dat niet de rechtspraak bepaalt of sprake is van ziekte of gebrek maar de medicus waarbij deze niet enkel oordeelt langs de lijn van het moderne Newtoniaanse wereldbeeld en de daarmee verbonden opvatting van objectiviteit en rationaliteit. De rechtspraak controleert of het vaststellen van ziekte of gebrek door de medicus objectief is geschied.

A. W. A. Elemans
verzekeringarts

Literatuur

1. A.W.A. Elemans. Een onderzoek naar de kennis van de bepalingen van het Schattingsbesluit aangaande het medisch kerncriterium bij praktiserende verzekeringsartsen. Eindopdracht in het kader van de opleiding tot verzekeringsarts aan de NSPOH. Vindplaats: www.remedis.nl/inloggen.
2. P.H. Hoekman, J. Houkes. Economie van de zorg- en welzijnssector. Wolters Noordhoff 2000, 3e druk.
3. F. van Duijn. Duidelijkheid over CVS? Voorzittercolumn. Medisch Contact 62 nr. 49, 7 december 2007.
4. A.W.A. Elemans. Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies arbeidsvermogen. PIV-bulletin september 2009.
5. A.W.A. Elemans. Hoe subjectief kan objectief zijn zijn? Definitie WAD I/II van CBO-richtlijn is multi-interpretabel. PIV-bulletin oktober 2009.
6. Nota van toelichting schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten 8 juli 2000. Stb. 2000, 307.