

Special
BAR

*Opvattingen
over arbeids-
ongeschiktheid*

Ontwikkeling *internationale classificaties*

Birgit Donker-
Cools, Astrid
de Wind,
Clare Luymes,
Lyanne Jansen,
Han Anema,
Frederieke
Schaafsma

Wereldwijd en door de eeuwen heen hebben opvattingen over ziekte en arbeidsongeschiktheid een ontwikkeling doorgemaakt. Dit op basis van praktische ervaringen, wetenschappelijke inzichten en determinanten van arbeidsongeschiktheid die daarbij een rol spelen. Dit artikel beschrijft een paar van die opvattingen van de afgelopen 200 jaar. Vervolgens wordt beschreven hoe deze denkbeelden van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van internationale classificaties.

Medisch model

Het zogenaamde *medisch model* als verklaring voor arbeidsongeschiktheid bestaat al sinds de negentiende eeuw¹. Het is alléén ziekte, die volgens dit model arbeidsongeschiktheid verklaart.

► *Birgit Donker-Cools is als senior onderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, Amsterdam UMC, Afdeling Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health research institute en tevens werkzaam als adviseur-verzekeringsarts bij UWV, Amsterdam*
b.h.cools@amsterdamumc.nl

► *Astrid de Wind, Clare Luymes, Lyanne Jansen, Han Anema en Frederieke Schaafsma zijn onder meer verbonden aan Amsterdam UMC, Afdeling Public and Occupational Health en Amsterdam Public Health research institute*

Iemand die ziek is wordt, zolang er geen genezing is, ontheven van zijn werkzaamheden. Hoe ernstiger de ziekte, hoe meer iemand vrijgesteld is van verplichtingen. Diegene krijgt de ziekenrol toegewezen, zoals de socioloog Talcott Parsons eerder omschreef. Besluitvorming over de zieke ligt volledig in de handen van een arts. Deze voert de behandeling uit en houdt regie.¹ Dit medisch model wordt in Nederland nog steeds gehanteerd in de zogenaamde baremale schattingen in letselschadezaken. Daarbij wordt invaliditeit vastgesteld op basis van (anatomisch en fysiologisch) functieverlies van een persoon na een letsel.²

Biopsychosociaal model

De Amerikaanse internist en psychiater George Engel was van mening dat arbeidsongeschiktheid niet als een puur medische aangelegenheid kon worden gezien en ontwikkelde in 1977 het

biopsychosociaal model.¹ Dit model illustreert dat naast biomedische (zoals genetische aanleg of verstoring van de homeostase) ook niet-medische aspecten een rol spelen bij arbeidsongeschiktheid zoals gedragscomponenten (leefstijl) en sociale omstandigheden (culturele invloeden, sociale steun).¹ Het biopsychosociaal model is breed geaccepteerd in de gezondheidszorg. Het heeft de basis gevormd van de *International classification of functioning, disability and health* (ICF); deze wordt toegepast in de verzekeringsgeneeskunde.³

Internationale classificaties in historisch perspectief

Vanaf de achttiende eeuw is ten behoeve van de verzameling van gegevens over de gezondheidstoestand en gezondheidszorg een 'familie van internationale classificaties' ontwikkeld.⁴ Het doel hiervan was standaardisatie: voor belangrijke thema's van volksgezondheid was er idealiter één standaard, waarmee op mondiaal niveau gegevens konden worden verzameld, geproduceerd en uitgewisseld.⁴

De hierboven beschreven veranderende inzichten, ervaringen en opvattingen met betrekking tot ziekte en arbeidsongeschiktheid hebben het onderliggende concept van deze classificaties mede bepaald. Hieronder volgt een beschrijving van de historie van de belangrijkste van deze classificaties.

Beginjaren ICD en ICDH

De Franse arts François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767) was de eerste die ziekten systematisch ging classificeren. Hij publiceerde de *Nosologica methodica*, een lijst met tien ziektecategorieën onderverdeeld in 2400 ziektebeelden.⁵ In 1785 verscheen de *Synopsis nosologica methodicae* van de Schotse arts William Cullen⁵, een boek waarin vier grote ziektegroepen beschreven zijn, ingedeeld in categorieën: infectieziekten, neurologische ziekten, cachexie en lokale ziekten.

De statisticus William Farr ontwikkelde de classificatie van Cullen verder door. Hij zag de noodzaak van een verbetering van de nomenclatuur van de classificatie en pleitte voor internationale uniformiteit. Hij vond ook dat nieuwe medische inzichten in de classificatie konden worden opgenomen.⁵ Tijdens het allereerste Internationale Statistische Congres in Brussel in 1853 kreeg hij

de opdracht om een classificatie van dodelijke ziekten op te stellen voor internationaal gebruik.⁵ Deze werd vanaf 1864 een aantal malen gereviseerd onder leiding van de Franse demograaf en statisticus Jacques Bertillon en vormde de basis van *The Bertillon classification of causes of death*.⁵ Deze werd vanaf 1885 in de internationale gezondheidszorg geïntroduceerd en naast ziekenhuizen gingen bijvoorbeeld ook militaire diensten en verzekeraars gebruikmaken van de lijst. Er ontstond een toenemende behoefte bij deze organisaties om naast het registreren van doodsoorzaken ook niet-dodelijke ziekten te classificeren, verenigd in één lijst.⁵

De classificatie van Bertillon werd herzien, waaruit in 1910 de *International classification of causes of sickness and death* voortkwam.⁵ Deze werd niet algemeen aanvaard, maar het belang van doorontwikkeling in internationaal verband werd gezien.⁵ De World Health Organization (WHO), opgericht in 1948, heeft een grote rol gespeeld bij de (door)ontwikkeling van de *International classification of diseases* (ICD). Lidstaten richtten nationale commissies op om statistische activiteiten in het eigen land te reguleren.⁵

Op basis van de inbreng vanuit deze landen werd de ICD tienmaal gereviseerd.⁵ In 1948 werd de ICD uitgebreid met niet-dodelijke ziekten. Tijdens een internationale conferentie in Genève in 1975 werd, in het kader van de negende revisie, gepleit voor een meer gedetailleerde ICD. Intussen werd de tiende revisie voorbereid. De ICD heeft inmiddels een prominente positie verworven in de gezondheidsinformatie over mortaliteit en morbiditeit.⁴ De ICD gaat uit van een *medisch model* van ziekte, maar is ontoereikend als ziekten niet leiden tot genezing of de dood en chronisch worden. De diagnose sec biedt namelijk geen aanknopingspunten voor de mate van hinder die iemand als gevolg daarvan in het dagelijks leven ondervindt:⁶ na een hersenletsel bijvoorbeeld kan iemand volledig hersteld of volledig afhankelijk van anderen zijn.

De World Health Assembly (WHA), het besluitvormend orgaan van de WHO, nam in 1976 een resolutie aan om – los van de ICD – aanvullende classificaties te publiceren van *consequenties* van ziekte.⁵ Dit leidde tot de *International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH) in 1980.⁷ →

De ICIDH bevat drie deelclassificaties:⁷

- *Impairments* (I-code): de afwijkingen op orgaanniveau.
- *Disabilities* (D-code): de gevolgen van deze afwijkingen voor activiteiten, zoals bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging.
- *Handicaps* (H-code): de problemen die mensen ondervinden als gevolg van *impairments* en *disabilities*, bijvoorbeeld participatieproblemen.

De ICIDH maakte het beter mogelijk deze (participatie)problemen inzichtelijk te krijgen en te benoemen. De ICIDH is toegepast in de gezondheidszorg (revalidatie) en sociale zekerheid (arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen).^{6,7}

De ICIDH had echter als classificatie van consequenties van ziekte het nadeel te medicaliserend te zijn: de invloed van bijvoorbeeld persoonlijke factoren had geen duidelijke plek in de ICIDH.^{7,8} De United Nations Commission on Human Rights (OHCHR) adviseerde de WHO de ICIDH daarom te reviseren.⁷ Niet alleen biomedische aspecten zijn namelijk belangrijk voor iemands functioneren^{7,8}, hetgeen ook in lijn is met het *biopsychosociaal model*.¹

Beschrijving van drie perspectieven binnen ICF

De WHO heeft in lijn met het *biopsychosociaal model*¹ in navolging op de ICIDH in 2001 de *International classification of functioning, disability and health* (ICF) gepubliceerd⁸. Deze werd in 2002 vertaald naar het Nederlands.

De ICF is opnieuw een classificatie, gebaseerd op een begrippenkader om (de problemen in) menselijk functioneren te beschrijven met de factoren die daarop van invloed zijn (figuur 1).

Deze worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven⁸:

1. Het perspectief van het menselijk organisme (stoornissen in structuur en functie, bijvoorbeeld van de longen).
2. Het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten, bijvoorbeeld kan iemand zitten of zelf beslissingen nemen).
3. Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie, bijvoorbeeld betaald werk hebben).

Met name het derde perspectief is direct relevant voor werkenden en professionals op het gebied van arbeid en gezondheid. Omdat menselijk functioneren en deelname aan het maatschappelijk leven – en problemen daarmee – contextgebonden zijn, beschrijft de ICF het menselijke, door ziekte veranderde, functioneren in relatie tot externe en persoonlijke factoren.⁸

Externe factoren

De externe factoren kunnen volgens de ICF een positieve of een negatieve invloed hebben op de activiteiten en participatie waartoe iemand met een bepaalde ziekte in staat is.⁸ Een voorbeeld van een externe factor is de natuurlijke omgeving, zoals buitenlucht die, wanneer deze vervuild is, het werk van iemand met een longziekte kan belemmeren. Andere voorbeelden van externe factoren zijn beleid en wetgeving, sociale ondersteuning of een aangepaste werkplek.^{8,9}

Persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren zijn iemands achtergrond en kenmerken die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Dit kunnen leeftijd, opleiding, sociale achtergrond of leefstijl zijn maar ook persoonskenmerken of motivatie.^{9,10} Deze factoren zijn niet nader uitgewerkt in de ICF. Er bestaat geen lijst of classificatie met persoonlijke factoren in de ICF vanwege grote sociale en culturele verschillen die hierin voorkomen. Wel is bekend uit wetenschappelijk onderzoek dat persoonlijke factoren direct of indirect invloed hebben op activiteiten en participatie.¹¹

Alfanumeriek systeem

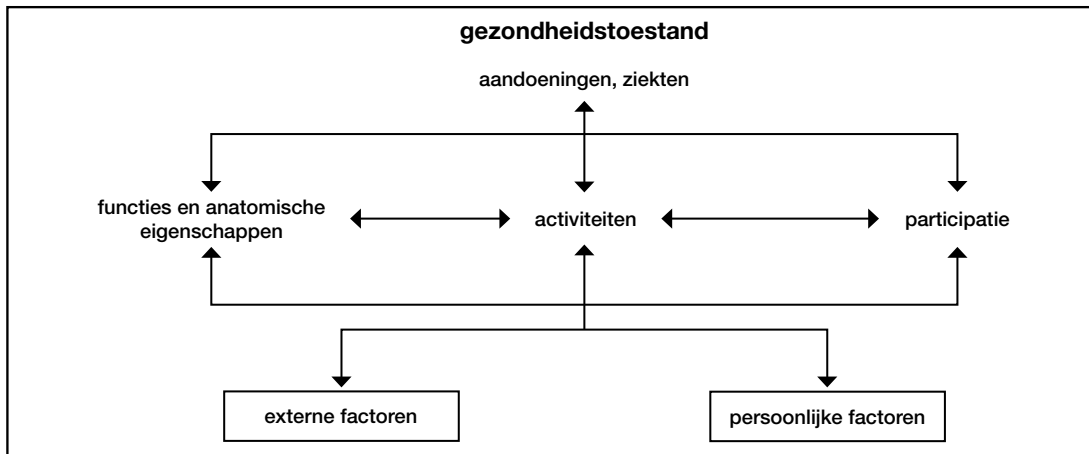
De ICF is systematisch geordend en maakt gebruik van een alfanumeriek systeem.

De letters duiden componenten aan:

- **b** functies,
- **s** anatomische eigenschappen,
- **d** activiteiten en participatie,
- **e** externe factoren.

Deze componenten zijn op meerdere niveaus verder onderverdeeld tot zogenaamde (hoofd-) categorieën, die een eigen definitie hebben en zijn voorzien van een 3-, 4-, of 5-cijferige code, toegevoegd aan de letter van de component waar ze onder vallen. Bijvoorbeeld 'd451 Traplopen' (onder component 'd') met als definitie: 'zich naar

▼ **Figuur 1: Schematische weergave van de International classification of functioning, disability and health (ICF).**



Bron: 20130501_ICFwebuitgave.pdf (whofic.nl).

boven en omlaag verplaatsen met tenminste één voet op de grond, zoals bij een trap of trottoir op- en aflopen. Iemand functioneren wordt weergegeven door het kiezen van alle categorieën die van toepassing zijn.⁸

ICF core sets

De ICF bestaat echter uit meer dan 1400 individuele categorieën, waardoor gebruik lastig kan zijn. Zogenaamde *ICF core sets* kunnen hierbij ondersteuning bieden. Deze sets bevatten namelijk alleen essentiële ICF-categorieën, bijvoorbeeld voor een bepaald ziektebeeld (zoals depressie)¹², of een bepaald onderwerp (re-integratie of arbeidsongeschiktheidsbeoordeling).^{13,14} Deze *core sets* maken het daarmee beter mogelijk gestandaardiseerd gebruik te maken van de ICF in de dagelijkse praktijk. Opname van *ICF core sets* in (multidisciplinaire) richtlijnen kan hier verder aan bijdragen.

ICF in (internationale) gezondheidszorg

De ICF kwam in internationaal verband tot stand. Hierdoor is toepassing in verschillende landen en culturen mogelijk en kunnen gegevens over de gezondheid (stoestand) mondiaal vergeleken worden.^{4,15} De ICF is eveneens te gebruiken voor onderlinge communicatie tussen professionals in de (multidisciplinaire) zorg¹⁵; maar ook andere stakeholders, bijvoorbeeld beleidsmakers, docenten of onderzoekers kunnen elkaar beter begrijpen door de gemeenschappelijke taal van de ICF te gebruiken.¹⁵

ICF in sociale zekerheid

Ook in de sociale zekerheid wordt de ICF toegepast: de verschuiving van de aandacht voor compensatie meer in de richting van participatie had gevolgen voor de sociaal medische beoordeling.^{9,16} De ICF als model voor de analyse van menselijk functioneren bevat alle componenten die nodig zijn om re-integratiemogelijkheden van mensen met beperkingen te kunnen beoordelen. De Gezondheidsraad, die al eerder aangaf een verhoging van de kwaliteit van de beoordeling wenselijk te achten, heeft de ICF als kader voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling aanbevolen.¹⁷

Sinds 2015 wordt een deel van de sociaal medische beoordelingen bij UWV uitgevoerd volgens de methode Sociaal Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA), namelijk de beoordeling van jonggehandicapten.¹⁸ De SMBA-methode is gebaseerd op de ICF en sluit beter aan op de ontwikkelingen binnen de sociale zekerheid: de behoefte om mensen met beperkingen te laten deelnemen aan het arbeidsproces. Participatie in werk staat centraal en compensatie is bedoeld voor degenen die daar niet toe in staat zijn.^{9,16,18} De ICF wordt niet door iedereen omarmd; de SMBA-methode wordt in de praktijk als complex ervaren. Deze methode wordt ondersteund door het Methode Ondersteunend Instrument (MOI)¹⁹: een interactieve database, gebaseerd op de in het Nederlands vertaalde *Children and youth*-editie van de ICF (ICF-CY)²⁰. →



De doelgroep van de SMBA-methode (Participatiewet) is namelijk bekend met een specifieke problematiek, waar het begrippenkader van de ICF-CY goed op aansluit.

'De ICF heeft de toekomst'

Concluderend is met de komst van de ICF in de gezondheidszorg en sociale zekerheid een kader beschikbaar dat mogelijkheden biedt re-integratie vorm te geven bij arbeidsongeschiktheid. Dit is voor de beroepsgroepen binnen het domein arbeid en gezondheid dé kans om in te zetten op arbeidsparticipatie als gezamenlijk behandel-doel, samen met collega's in de curatieve zorg. Het wordt tijd niet langer alleen de (arbeids-) belastbaarheid te beoordelen, maar deze ook te beschrijven in relatie tot participatie in werk en maatschappelijk leven. Dit past ook in de ontwikkelingen die binnen de sociale zekerheid hard nodig zijn. Onlangs adviseerde de Sociaal-Economische Raad (SER) om de komende jaren een adequate infrastructuur te realiseren voor mensen die van baan moeten veranderen, zodat er altijd uitzicht is op nieuw werk.²¹ Om gelijke kansen en de kwaliteit van onze toekomstige beroepsbevolking te bevorderen is bijvoorbeeld het SER-advies om onderwijs en kindvoorzieningen in Nederland te verbeteren²¹; voorbeelden van externe factoren die arbeidsparticipatie positief kunnen beïnvloeden. De arbeidsmarkt van morgen biedt mensen duurzame werk- en inkomenszekerheid en ruimte voor het combineren van werk met leren, zorgtaken en een privéleven.²¹ De ICF kan daar als begrippenkader zeker aan bijdragen: 'De ICF heeft de toekomst!'³ ■

Referenties

1. Costa-Black KM, Feuerstein M, Loisel P. *Work disability models: past and present. Handbook of work disability and management.* ISBN 978-1-4614-6213-2. DOI:10.1007/978-1-4614-6214-9_6. Springer Science-Business Media. New York 2013.
2. Lankhorst GJ, Timmer M. *Invalideits- en arbeidsongeschiktheidsschattingen.* Ned Tijdschr Geneesk. 1990;134:215-217.
3. Otto W. *De ICF heeft de toekomst.* Hoofdreactioneel. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2017;25:203.

4. Hirs WM, Van Gool CH, Heerkens YF, De Kleijn-de Vrankrijker MW, Van Loon AJM, Okkes I, Ten Napel H. *Internationale classificaties in Nederland 2011, Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).*
5. *History of development ICD. who.int/classifications/icd/en/historyofICD.pdf*
6. Lankhorst GJ, Halbertsma J, De Kleijn-de Vrankrijker MW. *Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps van de WHO.* Ned Tijdschr Geneesk. 1990;134:212-213.
7. WHO. *International classification of impairments, disabilities and handicaps. Manual of classification relating to the consequences of disease.* Geneva. 1980.
8. WHO. *International classification of functioning, disability and health.* 2001.
9. *Eindrapport Project SMBA. Innovatieve voorstellen voor Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen.* UWV. 2009. onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/y852fezh
10. Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bültmann U, Franche RL, Van der Klink JJ, Groothoff JW. *Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence. An application of the Theory of Planned Behavior.* J Occup Rehabil. 2009;19:166-174. DOI:10.1007/s10926-009-9172-5.
11. De Wit M, Wind H, Hulshof CTJ, Frings-Dresen MHW. *Person-related factors associated with work participation in employees with health problems: a systematic review.* Int Arch Occup Environ Health. 2018;91:497-512. DOI:10.1007/s00420-018-1308-5.
12. Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, Stucki G, De Bie R. *ICF core sets for depression.* J Rehabil Med. 2004;44 Suppl:128-134. DOI:10.1080/16501960410016055.
13. Finger ME, Escorpizo R, Glassel A, Gmünder HP, Lückenempser M, Chan C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanjsek N, Stucki G, Cieza A. *ICF core set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference.* Disabil Rehabil. 2012;34:429-438. DOI:10.3109/09638288.2011.608145.
14. Sengers JH, Abma FI, Wilming L, Roelofs PDDM, Heerkens YF, Brouwer S. *Content validation of a practice-based work capacity assessment instrument using ICF core sets.* J Occup Rehabil. 2021;31:293-315. DOI:10.1007/s10926-020-09918-7.
15. WHO Collaborating Centre for the FIC in the Netherlands. *De ICF een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn.* whofic.nl
16. Brouwer S, Bültmann U, Schellekens J, Groothoff J, Van der Klink J van der. *Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen vanuit participatiegerichte benadering.* TBV 2010;18:353-356. DOI:10.1007/BF03089127.
17. Gezondheidsraad. *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspectieveke lage rugpijn. Hartinfarct.* Den Haag, Gezondheidsraad, 2005.
18. Feij L. *SMBA: innovatieve kijk op claimbeoordeling en participatie.* AD Visie juni 2016.
19. Hoetmer R, Pool A, Stroomer M, Kam T, Goldhoorn C, Kremer B. *Werkwijzer MOI.* UWV Centraal Expertise Centrum. 2015.
20. *ICF-CY: ICF for children and youth.* whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/afgeleide-classificaties/icf-cy
21. SER. *Sociaal-economisch beleid 2021-2025. Zekerheid voor mensen, wendbare economie en herstel van de samenleving.* Advies 21/08, Den Haag, Juni 2021.



 stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum


 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

 bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghum

bohn
stafleu
van loghu

bohn
stafleu
van loghum

