

Arbeidsconflict, ziek of niet ziek?

Raza Sargany – OH396

Ongepubliceerd: 21-7-2026

Samenvatting

Inleiding

Arbeidsconflicten komen frequent voor binnen de bedrijfsgeneeskundige praktijk en kunnen gepaard gaan met psychische klachten en discussie over arbeidsongeschiktheid. De beoordeling of er sprake is van ziekte blijkt hierbij niet altijd eenduidig. Dit onderzoek had als doel inzicht te verkrijgen in de argumenten die artsen werkzaam binnen de bedrijfsgeneeskunde gebruiken bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid tijdens een arbeidsconflict.

Methode

Er werd een vignetonderzoek van kwalitatieve aard uitgevoerd middels een gestandaardiseerde fictieve casus met open vragen. De vragenlijst werd voorgelegd aan artsen werkzaam binnen de bedrijfsgeneeskunde, waaronder A(N)IOS en bedrijfsartsen. De antwoorden werden thematisch geanalyseerd op terugkerende argumenten en verschillen in beoordeling.

Resultaten

Tien respondenten vulden de vragenlijst inhoudelijk volledig in. Vrijwel alle respondenten verwezen naar de NVAB richtlijn Arbeidsconflicten in de werksituatie, soms aangevuld met richtlijn betreffende psychische klachten. Ondanks overeenstemming over relevante richtlijnen bestond duidelijke variatie in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Een deel van de respondenten beschouwde de klachten als passend bij ziekte, terwijl anderen deze interpreteerden als een begrijpelijke reactie op een arbeidsconflict zonder medische arbeidsongeschiktheid. Belangrijke thema's binnen de argumentatie betroffen psychische kwetsbaarheid, klachtenpresentatie en dagverhaal/functioneren. Ook bestonden verschillen in conflictbegeleiding en terugkoppeling richting werkgever.

Conclusie

Binnen de bedrijfsgeneeskunde bestaat substantiële variatie in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij arbeidsconflicten. Individuele interpretatie en professionele afwegingen lijken hierbij een belangrijke rol te spelen, ondanks gebruik van dezelfde richtlijnen.

Introductie

Arbeidsconflicten zijn een veelvoorkomend probleem binnen organisaties en kunnen aanzienlijke gevolgen hebben voor zowel werknemers als werkgevers (1,2).

Volgens de Stichting Expertisecentrum Re-integratie en Participatie (STECR) Werkwijzer (3) – een document dat als leidraad wordt gehanteerd door met name niet medische professionals – wordt een arbeidsconflict als volgt gedefinieerd: “Twee individuen, één individu en een groep of twee groepen, binnen de grenzen van een arbeidsorganisatie, hebben een arbeidsconflict als tenminste één van de partijen vindt dat de andere partij haar dwarsboomt of ergert. Dit kan betrekking hebben op arbeidsinhoud, arbeidsverhoudingen, arbeidsomstandigheden of arbeidsvoorwaarden.”

Volgens de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2018, gaf ruim 30% van de werknemers aan een conflict te hebben ervaren (4). Een arbeidsconflict is een vorm van psychosociale (over)belasting. Een verhoogde psychosociale arbeidsbelasting geeft een verhoogd risico op klachten en werkt derhalve negatief op de gezondheid van werkenden (5), hetgeen ook financiële kosten met zich meebrengt – in de vorm van verzuim, inschakelen mediators/bedrijfsarts, inzetten vervangers, etc – die niet goed eenduidig zijn te benoemen. Klachten hoeven echter niet altijd te resulteren in ziekte, hierop rijst de vraag, wanneer is er bij arbeidsconflicten wel sprake van ziekte leidend tot arbeidsongeschiktheid?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is een gespecialiseerd orgaan van de Verenigde Naties die zich richt op de mondiale volksgezondheid. De WHO is een belangrijke speler in het wereldgezondheidsbeleid en heeft invloed op de wereldgezondheid door middel van

samenwerking tussen landen onderling. De WHO heeft zelf ook een definitie van wat “gezondheid” betekent (6), en impliceert daarmee tegelijkertijd ook wat “ziekte” zou moeten inhouden: “Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.”

De WHO geeft dus als het ware aan dat ziek zijn niet alleen betekent dat er ook daadwerkelijk sprake moet zijn van een objectieveerbare ziekte of diagnose, maar ook dat het kan gaan om een verstoring van het algemene functioneren van het individu, zowel fysiek als mentaal.

Als bedrijfsarts kan er bij arbeidsconflicten worden teruggevallen op de NVAB richtlijn conflicten in de werksituatie (7). Hierin staat eveneens beschreven wanneer er sprake is van ziekte resulterend in arbeidsongeschiktheid, zoals te zien in figuur 1.

Conform de NVAB richtlijn “conflicten in de werksituatie” is er een eenduidige definitie van ziekte bij arbeidsconflicten. Toch is er binnen de praktijk van bedrijfsartsen een grote variatie in de beoordeling van arbeidsconflicten en de vraag of er sprake is van ziekte. Sommige artsen beoordelen een werknemer met een arbeidsconflict als ziek, terwijl anderen dit niet doen. Deze variatie kan gevolgen hebben voor de begeleiding en opvolging van werknemers in conflictsituaties. Daarnaast vertelt de praktijk dat het thema “arbeidsconflicten” relatief vaker kan uitmonden tot gegronde klachten bij het tuchtcollege ten opzichte van andere bedrijfsgeneeskundige onderwerpen (8,9). Sterker nog, bij 60% van de tuchtzaken waar bedrijfsartsen bij betrokken zijn, is er sprake van een arbeidsconflict (10).

De bovengenoemde NVAB-richtlijn is in feite het toegepaste, geprotocolleerde kader voor het omgaan

De bedrijfsarts gebruikt de diagnostische criteria voor **overspanning**, waarbij aan alle vier onderstaande criteria (A t/m D) moet worden voldaan:

- | | |
|---|---|
| A | Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig |
| | <ul style="list-style-type: none"> - moeheid - gestoorde of onrustige slaap - prikkelbaarheid - niet tegen drukte/herrie kunnen - emotionele labiliteit - piekeren - zich gejaagd voelen - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid. |
| B | Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen. |
| C | Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren. |
| D | Distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis. |

Figuur 1. Criteria voor ziekte bij psychische problemen (waaronder het arbeidsconflict).
Bron: NVAB richtlijn psychische problemen

binnen dit kader analyseren en is derhalve tevens de relevantie van dit onderzoek; namelijk het verschaffen van meer inzicht in de argumenten die bedrijfsartsen hanteren in de adviezen bij arbeids-conflicteuze gesprekken, om zo van elkaar te leren en meer eenduidigheid te creëren voor in de bedrijfsgeneeskundige praktijk.

Met dit onderzoek wordt beoogd om inzicht te krijgen in de argumenten die bedrijfsartsen gebruiken bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van een arbeidsconflict spreekuur. Daarnaast zal worden gezien welke invloed deze beoordeling heeft op de verdere bedrijfsgeneeskundige opvolging van het arbeidsconflict.

Methode

Opzet

De onderzoekopzet betreft een vignetonderzoek van kwalitatieve aard. Er is een fictieve casus bedacht waarbij er sprake is van een arbeidsconflict, die schriftelijk is voorgelegd aan artsen werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde, waarbij er concrete vragen zijn gesteld die van invloed zijn op de oordeelsvorming of er wel of geen sprake is van ziekte.

Populatie

De populatie betreft artsen werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde.

De populatie is gevonden via collega AIOS/bedrijfsartsen; zo zijn collega's die werkzaam zijn bij verschillende arbodiensten middels mail en telefoon door de onderzoeker benaderd met als vraag of zij willen deelnemen én of zij het onderzoek ook verder in hun netwerk kunnen verspreiden. Er is gekozen voor een verscheidenheid aan arbodiensten, juist om mogelijke bias te vermijden en objectiviteit te vergroten.

Inclusie criteria betreft in ieder geval een arts (al dan niet bedrijfsarts) werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde.

Voor het onderzoek zelf was de schatting dat er minimaal 10 deelnemers nodig waren, de verwachting was namelijk dat er dan mogelijke sprake zal zijn van data saturatie. Dit is in de praktijk ook het geval geweest.

Vragenlijst

In bijlage 1 staat de fictieve casus, deze casus zal vergezeld gaan met een aantal vragen die staan uitgeschreven in bijlage 2. Deelname duurt circa 5 minuten.

De casus is qua indeling opgesteld op een manier die veelal gebruikelijk is in de (bedrijfs)geneeskunde, namelijk eerst met de arbeidsanamnese, vervolgens de klachten en tot slot het objectiveerbare (lichamelijk) onderzoek. De casus is zo opgesteld dat het vanuit verschillende invalshoeken geïnterpreteerd kan worden, hierin is bijval gekregen vanuit de NSPOH onderzoeksgroep. In totaal zijn er een acht tal vragen gesteld; waarvan drie gesloten vragen en 5 open vragen. De vragenlijst is opgedeeld in een vijftal categorieën, namelijk; onderzoekspopulatie, NVAB richtlijnen, arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte, terugkoppeling richting de werkgever en tot slot revisie. Het doel van deze vragen was om meer inzicht te kunnen krijgen in de argumentatie van de conclusie en het beleid van de (bedrijfs)arts. Voor zover bekend, is er geen bestaande literatuur die gelijke of soortgelijke vragen stelt met als doel meer inzicht te krijgen in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit betekent ook dat het geen gevalideerde vragenlijst betreft.

Data-verzameling

Gezien het gaat om specifieke onderwerpen, wordt er gekozen voor een select groepje vragen die in bijlage 2 is terug te zien. Deze is voorgelegd middels het programma "surveymonkey" gedurende maart 2026.

10 (bedrijfs)artsen hebben de volledige vragenlijst gecompleteerd, waarop verzadiging in de antwoorden eveneens in maart 2026 werd bereikt.

Data-analyse

Er zijn open vragen gesteld behorend aan de fictieve casus, wat maakt dat dit kan worden geclassificeerd als een vignetonderzoek van kwalitatief aard. De uitkomsten worden geëxploreerd om tot datasaturatie te komen. Hierbij wordt o.a. gekeken welke argumenten meer of minder vóórkomen, zo zal er middels een thematische analyse worden geïnventariseerd naar terugkerende redeneringen. Chronologisch zal er transcriptie plaats vinden van de input, vervolgens zullen de antwoorden worden gecodeerd en geclusterd, en uiteindelijk gethematiseerd. Om de objectiviteit te vergroten zal er een mede codeur worden aangesteld. Om bias te vermijden en de kans op een mogelijk onjuiste interpretatie te verkleinen is de mede codeur niet een arts werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde, maar in een andere branche van de sociale geneeskunde. De antwoorden zijn apart gecodeerd en er was sprake van consensus.

Ethische aspecten

Dit onderzoek valt niet onder de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Er is geen sprake

direct of indirect patiënt contact, wel worden (bedrijfs)artsen gevraagd om te participeren in het onderzoek. Dit betekent concreet dat er geen toetsing zal worden aangevraagd bij de medisch ethische commissie.

Aan de deelnemende artsen zal informatie worden verschaft over het onderzoek, en er zal informed consent worden gevraagd. De vragenlijsten worden anoniem ingevuld en zijn derhalve niet te herleiden naar de invuller, de data wordt eveneens anoniem opgeslagen op een werk computer die is beveiligd met een wachtwoord.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

Er hebben in totaal 13 artsen werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde (gedeeltelijk) deelgenomen aan het onderzoek. Hiervan hebben er in totaal 10 artsen de volledige vragenlijst ingevuld, dit betroffen

1 ANIOS bedrijfsgeneeskunde, 6 AIOS bedrijfsgeneeskunde, en 3 geregistreerde bedrijfsartsen. De 3 artsen die de vragenlijst gedeeltelijk hebben ingevuld, werden geëxcludeerd uit dit onderzoek.

NVAB Richtlijnen

Aan betrokkenen is gevraagd welke richtlijn(en) volgens hen van toepassing is. Drie artsen hebben uitsluitend de NVAB richtlijn "arbeidsconflicten in de werksituatie" benoemd. Eén arts heeft alleen de NVAB richtlijn "psychische problemen" benoemd. Zes van de tien artsen hebben beide richtlijnen genoemd die zojuist zijn beschreven.

Van de 10 respondenten hebben er 5 aangegeven om de richtlijn(en) wel te benoemen in het medisch dossier en 5 niet (figuur 2).

Thema 1A; Toetsbaarheid

Zorgvuldigheid wordt in totaal tweemaal als argument genoemd. Daarnaast wordt tweemaal aangegeven dat het belangrijk is om jurisprudentie/mediprudentie in acht te nemen en dit ook te laten blijken. Tot slot wordt aangegeven dat de richtlijn(en) ondersteunen bij het geven van een adviesrichting; zoals of er wel of geen sprake is van ziekte en in welke fase van het conflict iemand zich bevindt.

Thema 1B; Regulier professioneel handelen

Twee van de vijf artsen geven aan dat het niet nodig is om de richtlijn te benoemen voor het geven van een bedrijfsgeneeskundig advies. Daarnaast wordt benoemd dat om de richtlijn daadwerkelijk te hanteren, die niet hoeft te worden benoemd; het is geen vereiste.

Richtlijn benoeming in medisch dossier



Figuur 2. Benoeming richtlijn in medisch dossier (n=10)

Er wordt ook aangegeven dat de richtlijn reeds geïmplementeerd is in het dagelijkse handelen, wat maakt dat er niet opnieuw naar hoeft te worden verwezen.

Arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte

Zes artsen geven aan dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte, 4 artsen vinden wel dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte (figuur 3).

Thema 2A; Psychische kwetsbaarheid

De klachten in combinatie met de psychiatrische voorgeschiedenis en/of het huidige behandeltraject en/of het medicijngebruik maakt dat er ziekte wordt toegekend door 3 van de 4 artsen die vinden dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid.

Eén arts vindt de klachten voldoende om arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekte aan te nemen.

Bij de artsen die geen ziekte toekennen, wordt de voorgeschiedenis en het behandeltraject niet expliciet benoemd (of ontkracht).

Thema 2B; Klachtenpresentatie en dagverhaal

Het dagverhaal, al dan niet in combinatie met de klachtenpresentatie, is het argument om de casus niet als ziekte of arbeidsongeschiktheid te classificeren. Tot slot wordt de situatie bestempeld als een normale reactie. Dit zijn de argumenten van de 6 artsen die geen arbeidsongeschiktheid in de fictieve casus toekennen.



Figuur 3. Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling als uitkomst (n=10)

Terugkoppeling richting werkgever

Thema 3A; Conflictinterventie alvorens werkhervatting
Acht artsen geven het advies om eerst een (duurzame) oplossing te bewerkstelligen middels gespreks(interventies), en pas daarna arbeid te gaan verrichten.

Twee van deze acht artsen koppelen ook expliciet terug dat er geen sprake is van ziekte of medische beperkingen.

Thema 3B; Conflictinterventie synchroon met gedeeltelijke werkhervatting

De overige 2 van de 10 artsen adviseren om in gesprek te gaan, en simultaan het werk (uitsluitend) gedeeltelijk op te pakken. Eén van deze twee artsen formuleert daarbovenop expliciet richting de werkgever dat er sprake van ziekte.

Revisie

Thema 4; Zorgvuldigheid

Negen van de tien artsen wenst de client nog opnieuw te spreken. Er worden soortgelijke redenen aangegeven; ter evaluatie (driemaal), in het kader van de zorgplicht (tweemaal), conform de richtlijn (tweemaal), procesbewaking (eenmalig), zorgvuldigheid (eenmalig).

Eén arts gaf aan dat een revisie niet noodzakelijk is, tenzij er geen oplossing kan worden bewerkstelligd.

Geen revisie wordt als het ware dan ook niet genoemd.

Discussie

De beoordeling van arbeidsongeschiktheid in situaties van arbeidsconflicten verschilt aanzienlijk tussen bedrijfsartsen. Naast de geldende richtlijnen lijken individuele afwegingen en interpretaties hierbij van invloed te zijn.

Interpretatie van de resultaten

NVAB Richtlijnen

Door alle 10 de participanten is minimaal 1 van de 2 relevante NVAB richtlijnen benoemd, namelijk de richtlijn psychische problemen en de richtlijn conflicten in de werksituatie (6), echter geeft slechts de helft aan dit ook in het medisch dossier te benoemen. Het valt hierbij ook op dat er een duidelijke tweedeling zichtbaar is in de gedachte om het wel of niet te benoemen, waarbij beide visies nagenoeg dezelfde type argumenten aanhalen. Binnen de NVAB-richtlijnen wordt niet expliciet voorgeschreven dat de bedrijfsarts in het medisch dossier moet documenteren op basis van welke richtlijn(en) de beoordeling of het advies tot stand is gekomen (11). Echter wordt in de tuchtrechtspraak belang gehecht aan een beoordeling die voldoende inzichtelijk en navolgbaar is. Wanneer niet duidelijk is op welke richtlijn of professionele standaard een oordeel is gebaseerd, kan dat de toetsbaarheid van de beoordeling bemoeilijken hetgeen de arts kan worden aangerekend (12).

Arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte

Er is nagenoeg geen onderzoek in een soortgelijke setting beschikbaar. Wel is er onderzoek gedaan naar de variatie bij belastbaarheidsbeoordelingen tussen verzekeringsartsen onderling, waarbij deze variatie wel beperkt was (13). Dit is in tegenstelling tot dit bedrijfsgeneeskundig onderzoek. Zes van de tien artsen zijn in dit onderzoek van oordeel dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid. De overige 4 impliceren dat er wel degelijk sprake is van ziekte. Ook hier is, net als het hierboven genoemde onderwerp, een tweedeling zichtbaar. Wat daarnaast in de resultaten meteen in het oog springt, is de manier van beoordelen, of de manier waarop deze conclusie wordt getrokken. De (bedrijfs)artsen die vinden dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid, beargumenteren dit op basis van klachten in combinatie met het (actieve) dagverhaal. De artsen die anderszins van mening zijn, kijken hoofdzakelijk naar de algehele psychische kwetsbaarheid; (psychiatrische) voorgeschiedenis, het lopende behandeltraject, het medicatie gebruik en de klachten. Het springt in het oog dat verreweg de grote meerderheid niet uitsluitend vaart op de klachten, maar beduidend breder kijkt. In de richtlijn wordt gek genoeg

nauwelijks aandacht besteed aan bijvoorbeeld de invloed van de voorgeschiedenis en/of medicatie gebruik op de arbeidsongeschiktheid (6).

Terugkoppeling richting werkgever

Ook hierin staan een tweetal type adviezen centraal; conflictinterventie wel óf niet in combinatie met (gedeeltelijke) werkhervatting. Alle artsen adviseren om het conflict op te lossen, conform de bedrijfsgeneeskundige richtlijn (6), gezien dit bevorderlijk is voor werkhervatting (en re-integratie).

Zes van de tien artsen geven aan dat er geen sprake is van arbeidsongeschikt, echter adviseren 8 artsen om eerst het conflict op te lossen alvorens het werk te hervatten. Dit impliceert toch een preventieve urenbeperking (en niet uitsluitend een time-out) en derhalve arbeidsongeschiktheid, wat niet overeenkomt met het feit dat slechts 4 artsen van oordeel zijn dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid. Een mogelijke verklaring kan toch zijn de terughoudend bij een arbeid conflictueuze casus.

Revisie

Geen van de artsen geeft aan dat een revisie niet afgesproken hoeft te worden. In dit specifieke onderdeel wordt de richtlijn dan ook gevolgd (6).

Sterke en zwakke punten

Sterke punten

In dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van een gestandaardiseerde fictieve casus, wat betekent dat alle respondenten dezelfde informatie hebben ontvangen. Hierdoor konden verschillen in beoordeling en argumentatie goed met elkaar worden vergeleken.

Daarnaast sluit het onderwerp goed aan bij de dagelijkse praktijk binnen de bedrijfsgeneeskunde, aangezien arbeidsconflicten regelmatig voorkomen en vaak leiden tot discussie over arbeidsongeschiktheid.

Daarnaast maakt het kwalitatieve karakter van de studie niet alleen mogelijk om conclusies te trekken, maar ook onderliggende argumenten en redeneringen te analyseren.

Zwakke punten

Het uitgevoerde onderzoeken is ook aan beperkingen onderhevig. Zo bestaat de onderzoekspopulatie uit een relatief laag artsen aantal waarin de AIOS bedrijfsgeneeskunde was oververtegenwoordigd. De (afzonderlijke) argumenten van de bedrijfsartsen en ANIOS bedrijfsgeneeskunde zijn hierdoor mogelijk niet volledig aan bod gekomen.

Daarbovenop waren de argumenten of antwoorden van de respondenten niet altijd even uitgebreid, een (semi gestructureerd) interview had hier wellicht uitsluitend over kunnen geven.

Tot slot kan interpretatie bias bij een kwalitatieve analyse niet worden uitgesloten, echter is door het aanstellen van een tweede codeur getracht om dit risico te minimaliseren.

Implicaties voor verder onderzoek

Als vervolgonderzoek kan er meer worden gefocust op grotere en meer diverse onderzoekspopulaties. Er kan ook worden gekeken naar de invloed van praktijkervaring, persoonlijke opvattingen en richtlijnkennis naar de invloed op een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Om daarnaast nog meer inzicht te krijgen in de argumentatie, zou vervolgonderzoek middels (semi gestructureerde) interviews zinvol kunnen zijn.

Implicaties voor de bedrijfsgeneeskundige praktijk

Zoals uit dit onderzoek blijkt, is er in de bedrijfsgeneeskundige praktijk een variatie in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij arbeidsconflicten. Meer onderlinge reflectie, scholing en bespreking van complexe casuïstiek, kunnen mogelijk bijdragen aan meer eenduidigheid in deze beoordeling en de daarbij behorende communicatie richting werknemer en werkgever.

Conclusie

Dit onderzoek bevestigt de variatie in arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen bij arbeidsconflicten.

Zo is er in dit onderzoek een duidelijke tweedeling te zien in de beoordeling, namelijk het wel of niet benoemen van de specifieke richtlijnen in het medisch dossier; het al dan niet toekennen van de arbeidsongeschiktheid; de terugkoppeling richting de werkgever bijbehorend bij de conclusie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Desalniettemin moet ook worden geconcludeerd dat nagenoeg alle artsen wel eensgezind zijn ten aanzien van de revisie van de client.

Ten aanzien van de punten waar tweedeling over bestaat, kan verder verdiepend onderzoek zinvol zijn, daarnaast is het ook nuttig om bij het onderwerp arbeidsconflicten ook regelmatig scholing en intervisie plaats te laten vinden, teneinde meer eenduidigheid te creëren.

Referenties

1. De Raeve L, Jansen NW, Van den Brandt PA, Vasse R, Kant IJ. Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occup Environ Med.* 2009;66(1):16-22. doi:10.1136/oem.2007.037655.
2. Castellini G, Consonni D, Costa G. Conflicts in the workplace, negative acts and health consequences: evidence from a clinical evaluation. *Ind Health.* 2023;61(1):40-55. doi:10.2486/indhealth.2021-0283.
3. Stichting Expertisecentrum Participatie (STECR). Beschikbaar via: <https://www.stecr.nl/>. Geraadpleegd op 11 oktober 2025.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2018 [internet]. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2019/15/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2018>. Geraadpleegd op 11 oktober april 2025.
5. Schramme T. Health as complete well-being: the WHO definition and beyond. *Public Health Ethics.* 2023;16(3):210-218. Published 2023 Jul 27.
6. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Conflicten in de werksituatie [internet]. Beschikbaar via: <https://nvab-online.nl/kennisbank/conflicten-in-de-werksituatie/>. Geraadpleegd op 11 oktober 2025.
7. Shields M, Dimov S, Kavanagh A, Milner A, Spittal MJ, King TL. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(7):1147-1160. doi:10.1007/s00127-021-02077-x.
8. Medisch Contact. Bedrijfsarts had doortastender moeten optreden in arbeidsconflict [internet]. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/>. Geraadpleegd op 16 april 2026.
9. Medisch Contact. 'Terughoudendheid tuchtrechter bij arbeidsconflict' [internet]. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/>. Geraadpleegd op 16 april 2026.
10. Venne K, Schalk B. Toename van gegrond verklaarde klachten, TBV Online, 2021-11-09 [internet]. Beschikbaar via: <https://www.tbv-online.nl/magazine-artikelen/toename-van-gegrond-verklaarde-klachten/>. Geraadpleegd op 11 oktober 2025.
11. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Leidraad bedrijfsgeneeskundig dossier – inrichting & overdracht (2024) [internet]. Beschikbaar via: https://nvab-online.nl/app/uploads/2025/10/Leidraad-BG-dossier_2024_V241203-DEF-1.pdf. Geraadpleegd op 16 april 2026.
12. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle. ECLI:NL:TGZRZWO:2026:35 – Klacht tegen een bedrijfsarts gedeeltelijk gegrond; berisping met bekendmaking in het BIG-register [internet]. Beschikbaar via: https://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI_NL_TGZRZWO_2026_35. Geraadpleegd op 16 april 2026.
13. Schellart AJ, Mulders H, Steenbeek R, et al. Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health.* 2011;11:864. doi:10.1186/1471-2458-11-864.

Bijlage 1 - Casuïstiek**Casuïstiek**WERKWerkanamnese

Ziekmeldingsdatum: Sinds 2 weken

Functie; Administratief medewerker

Werkzaamheden; veelvuldig zittende werkzaamheden achter de computer, contact met collega's, hanteren van deadlines, helft van de dagen werk vanuit huis, fysieke werkzaamheden nagenoeg nihil

Arbeidspatroon; 24 uur verdeeld over ma, di en do

Werkzaam bij het bedrijf sinds; 2020

Contact met leidinggevende; "heb echt een conflict"

Plezier in het werk; "eerst wel maar nu niet"

Arbeidsverleden; receptioniste en administratief medewerker

Huidige inzet:

Volledig verzuim

Hulpvraag tav het consult:

Graag opschrijven dat "geen contact mogelijk is" met de werkgever

Visie:

"rust nodig", want leidinggevende belt werknemer dagelijks sinds datum verzuim, heeft hierdoor niet kunnen rusten ondanks dat ze niet werkt

SUBJECTIEFSociale anamnese

Woonachtig met partner en kind, heeft een breed steunsysteem, prive geen stressoren

Algemene voorgeschiedenis:

2016 depressie, geluxeed vanuit werk gerelateerde factoren, heeft als behandeling in totaal ca 2 jaar antidepressiva gebruikt en psychologische gesprekken gevoerd, was in totaal 14 maanden arbeidsongeschikt gemeld

Medicatie:

oxazepam 10mg z.n. (ca 1x pw)

Intoxicaties:

dagelijks glas alcohol

Behandelingen:

Huisarts

Huidige situatie en klachten:

Heeft het gevoel alsof de leidinggevende haar wil wegwerken. Leidinggevende heeft een vakantie van werknemer afgewezen waarvoor ze al boekingen heeft verricht, betreft namelijk huwelijks jubileum (hierna ziek gemeld). Leidinggevende gaf eerst aan dat het kon maar uiteindelijk toch weer niet. "Maar dat is niet het enige". Werknemer geeft aan dat er recent 2 collega's zijn vertrokken middels VSO. "heb contact opgenomen met de vakbond en die zeiden dat ik recht heb om ziek te zijn" "en dat ik niets moet tekenen." Heeft ook jurist in de hand genomen. Jurist heeft vooral contact met werkgever, maar werkgever blijft maar werknemer dagelijks bellen. Hierop heeft werknemer haar telefoon uitgezet omdat ze anders te veel stress krijgt. Echter nog steeds wel "hartstikke ziek", "ben hartstikke moe, kan niet slapen, kan zo in huilen uitbarsten, voel een hoge bloeddruk". Boodschappen doen lukt wel, mijdt geen drukke plekken. HA heeft geadviseerd om ziek te melden en over paar weken opnieuw langs te komen, op navraag of POH is ingezet geeft WN aan dat ze niet weet dat dat is. Gaat wel iets beter dan paar dagen geleden, maar nog steeds "forse klachten" omdat werkgever maar blijft contacten. Ervaart geen gripverlies.

Heteroanamnese partner:

"herken mn partner niet". "doet zich groter voor dan hoe het werkelijk gaat."

Dagverhaal:

0800u wakker, kindje eten geven, zelf ontbijten, huishouden/koken, 's middags een wandelingetje maken en afspreken met vriendinnen, supermarkt boodschappen doen, avondeten maken, rond 2300u naar bed en kijkt daarvoor nog TV met partner (slaapt niet overdag)

OBJECTIEFOnderzoek:

Verzorgd uiterlijk, aandacht te trekken en te behouden, denken coherent, emotionele klachtenpresentatie (tranende ogen gedurende ca 2 minuten), dysfore stemming (verheft stem als het gaat over werk/conflict), wel modulerend affect, hier met partner gekomen.

Bijlage 2 - Vragenlijst

Dank u voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek, uitgevoerd in het kader van de opleiding tot bedrijfsarts bij de NSPOH.

Deze vragenlijst richt zich op de beoordeling van ziekte bij arbeidsconflicten door arbo artsen en bedrijfsartsen. Eerst zal worden gevraagd wat uw functie is. Vervolgens zal er een fictieve casus worden gepresenteerd vergezeld met 7 vragen. De vragenlijst neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de mate van variatie tussen artsen werkzaam in de bedrijfsgeneeskunde bij het al dan niet vaststellen van ziekte in situaties van een arbeidsconflict. In essentie is er dan ook geen "goed of fout."

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Ter lering zal het uiteindelijke artikel mogelijk worden vrijgegeven aan derden.

Door verder te gaan, geeft u toestemming voor het gebruik van de anonieme gegevens voor dit onderzoek. Deelname is vrijwillig en u kunt op ieder moment stoppen zonder opgaaf van reden.

Naam: Raza Sargany

Mail: [...]

Functie: Arts in opleiding tot specialist
bedrijfsgeneeskunde

Vragen

- Wat is uw functie (bedrijfsarts/ AIOS of ANIOS bedrijfsgeneeskunde)?
- Welke NVAB richtlijn(en) is/zijn er volgens u van toepassing?
- Benoemt u deze richtlijn(en) in het medisch dossier (ja of nee)?
- Waarom wel of niet (betrekking op bovenstaande vraag)?
- Vindt u dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid op basis van ziekte (ja of nee)?
- Waarom wel of niet (betrekking op bovenstaande vraag)?
- Wat koppelt u schriftelijk terug richting de werkgever?
- Wilt u werknemer nog opnieuw spreken (ja of nee) én waarom?