



Opdrachtgever

UWV



Opdrachtnemer

UWV

Onderzoek

*Innovatieve voorstellen voor Sociaal-
Medische Beoordeling van
Arbeidsvermogen*

Einddatum – 1 december 2009

Categorie

*Profilings-, diagnose en targeting-
instrumenten*

Eindrapport Project SMBA

Conclusie

Het project Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen is door de inbreng van deskundigen uit verschillende vakgebieden tot stand gekomen. En biedt aangrijpingspunten voor onderzoek ter verbetering en innovatie van het beoordelen van arbeidsvermogen. Het gaat om de bevordering van de kwaliteit van de claimbeoordeling en de op participatie gerichte beoordeling. De opbrengst van het project is aangeboden aan het KCVG en AKC ten behoeve van de ontwikkeling van hun onderzoeksprogramma's. Bron: UWV

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/y852fezh>

Project SMBA

Innovatieve voorstellen voor
Sociaal-Medische Beoordeling
van Arbeidsvermogen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Ten geleide	6
Inleiding	8
Hoofdstuk 1: Uitgangspunten voor het project SMBA	11
1.1 Projectbeschrijving	11
1.2 Kaderstuk Wetenschappelijk Denken over Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen	16
Hoofdstuk 2: Uitwerking thema's door de projectgroep SMBA	21
2.1 Thematisch basisdocument	21
2.2 Wat is een goede beoordeling?	37
2.3 Persoonlijke factoren bij de beoordeling van arbeidsvermogen	40
2.4 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen in samenhang	44
2.5 Project Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA)	50
Hoofdstuk 3: Expertpapers	61
3.1. Kwaliteit van claimbeoordeling: onderzoek en innovatie	61
3.2 Professioneel oordelen over arbeidsvermogen	77
3.3 Representatieve beoordeling van arbeidsvermogen	85
3.4 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: een argumentatief model en mogelijke ICT-ondersteuning	89
3.5 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: plausibiliteit van door cliënten gerapporteerde symptomen en beperkingen	120
3.6 Participatie gerichte claimbeoordeling	133
3.7 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen vanuit een participatiegerichte benadering: uitdagingen binnen deze paradigmashift	147
3.8 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: maak werk van interactie tussen alle partijen!	162
3.9 Taken voor laag-gekwalificeerden: op weg naar een parallelle arbeidsmarkt?	177

Hoofdstuk 4: Synthese door de projectgroep SMBA	193
4.1 Twee invalshoeken voor SMBA	193
4.2 Positionering van de verschillende deelstudies	194
4.3 De cruciale rol van beoordelingscriteria voor compensatie en participatie	195
4.4 Tendens in SMBA: zicht nodig op ontwikkelingsmogelijkheden van mens en werk	197
4.5 Versterking van Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen nodig	198
4.6 Toekomstige ontwikkelingen in SMBA-onderzoek	198
Bijlage I: Lijst met deelnemers	201
Bijlage II: Verslag expertmeeting 10 juni 2008	203
Bijlage III: Verslag expertmeeting 5 februari 2009	217

Voorwoord

UWV heeft de ambitie om de beste publieke dienstverlener te worden. Veel inspanningen zijn er op gericht de dienstverlening aan cliënten en werkgevers voortdurend te verbeteren. Alle onderdelen van UWV dragen daar aan bij, ook de divisie Sociaal Medische Zaken (SMZ). SMZ, verantwoordelijk voor de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige beoordelingen, neemt een belangrijke plaats in binnen UWV, maar ook daarbuiten. De beoordelingen hebben namelijk grote impact op het leven van cliënten, burgers in Nederland. Sociaal medische beoordelingen worden vaak gezien als het startpunt voor re-integratie in werk of anderszins maatschappelijk participeren en het belang daarvan is groot.

Tegen die achtergrond hebben verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen de moeilijke en verantwoordelijke taak een professioneel oordeel te geven over mogelijkheden en beperkingen van mensen om te (kunnen blijven) werken en inkomen te verwerven. Een continue verbetering van de kwaliteit van het professioneel handelen en de dienstverlening is voor SMZ dan ook de belangrijkste opgave.

Daarbij past de ontwikkeling van protocollen, het monitoren van de huidige beoordelingspraktijk en reflectie daarop, bijvoorbeeld door intervisie, maar ook het creatief denken over verbetering en innovatie van die praktijk.

Voor de verdere professionalisering van het werk van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen is wetenschappelijk onderzoek onontbeerlijk. Dat onderzoek moet vooral praktijkgericht zijn, het moet kennis, methoden en instrumenten opleveren waar professionals mee vooruit kunnen. Met dat doel participeert UWV in het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) en het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum (AKC). En we richten bij SMZ het Centraal Expertise Centrum (CEC) in, waarin alle activiteiten gericht op kennisoverdracht en professionalisering geconcentreerd zijn.

In het project Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) zijn door de inbreng van deskundigen uit verschillende vakgebieden visies en ideeën tot stand gekomen die aangrijpingspunten bieden voor onderzoek ter verbetering en innovatie van het beoordelen van arbeidsvermogen. De projectgroep heeft er bewust voor gekozen het vervolg niet zelf vorm te geven. SMZ zal de opbrengst van het project aanbieden aan het AKC en KCVG ten behoeve van de ontwikkeling van hun onderzoeksprogramma's.

Veel dank aan de projectgroep, in het bijzonder aan zijn voorzitter professor Hofstee, voor zijn inspirerende en richtinggevende bijdragen aan de gedachtevorming over beoordelen als professionele vaardigheid.

Ten slotte ook een woord van dank aan de Stichting Instituut Gak, voor de financiële ondersteuning van het project, en aan de heer Veentjer, die van meet af aan vertrouwen had in de potentiële bijdrage van dit project aan innovatie van SMBA.

Geert Tillemans
Directeur SMZ

Ten Geleide

De projectgroep Innovatie van Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) beveelt haar eindverslag graag in de aandacht aan van iedere betrokkene bij dit onderwerp:

- De onderzoekers, gedurende het project de primaire gesprekspartners van de projectgroep, die aan geleverde ontwerpen voor innovatie verder gestalte zullen moeten geven, en hun wetenschappelijk forum;
- De subsidiegevers, die de benodigde research & development zullen moeten faciliteren en verder begeleiden;
- De beleidsmakers verantwoordelijk voor de implementatie van de uitkomsten;
- De direct bij de uitvoering van de SMBA betrokkenen – waaronder verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en cliënten zelf, van wier inzet het welslagen van innovaties afhankelijk is;
- De politici en hun achterban, verantwoordelijk voor het draagvlak waarop de toekomst van de SMBA gestalte krijgt.

Iets over de context waarin de projectgroep heeft geopereerd. Aan de ene kant fungeerde het vigerende stelsel van sociale zekerheid als uitgangspunt, en lagen voorstellen voor stelselwijziging niet op de weg van de projectgroep: de focus was op het functioneren van de SMBA, niet op de structuur waarbinnen ze functioneert. Aan de andere kant had de projectgroep te maken met een geleidelijke verandering in de opvattingen of zelfs ‘filosofie’ over het stelsel, waarin het accent verschuift van compensatie naar participatiebevordering. Die twee uitgangspunten staan met elkaar op gespannen voet, aangezien een verzekeringsstelsel eerder wordt gekenmerkt door *moral hazards* dan door een appèl aan de eigen verantwoordelijkheid. De projectgroep en de onderzoekers stonden zo permanent bloot aan de verleiding te reflecteren over deze context, en op plaatsen zijn sporen daarvan in dit document terug te vinden. Een praktische oplossing voor dit fundamentele dilemma valt te zoeken in versterkte nadruk op participatie in de beginfase van de arbeidsongeschiktheid, met gebruikmaken van benaderingen die in hoofdstuk 3 worden voorgesteld.

Een dilemma op het concretere niveau vormt de vraag of innovaties in de SMBA moeten worden gezocht in nog verder gaande protocollisering, bureaucratisering en juridificatie ervan. In de context van claimbeoordeling ligt dat misschien voor de hand, maar het staat wederom op gespannen voet met het beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, onmisbaar waar het gaat om re-integratie en participatie. Ook voor de overtuiging waarmee uitvoerende beoordelaars hun vak beoefenen dient een discretionaire marge, nodig om recht te doen aan de casus, behouden te blijven. De oplossing voor dit dilemma ligt enerzijds in permanente evaluatie en verbetering van protocollen, en anderzijds in handhaving van het uitgangspunt dat ze de beoordelaar en de cliënt niet ontheffen van hun verantwoordelijkheid.

Een derde dilemma lag vervat in het streven van de projectgroep een coherent onderzoeksprogram te leveren. De uitersten zijn hier: een *grand design* en een collage. In het eerste geval fungeren de onderzoekers als toeleveranciers die worden uitgenodigd onderdelen te verzorgen, zoals de romp, staart, vleugels en motoren voor een nieuw type vliegtuig. Het tweede uiterste is louter het neerzetten van een abstracte doelstelling (innovatie van SMBA) waar iedere onderzoeksgroep haar eigen invulling aan geeft. In de praktijk is uiteraard sprake geweest van interactie tussen plan en uitvoering. De projectgroep heeft zich in de aanvang intensief bezonnen over de vraagstelling en oplossingsrichtingen; de voorstellen van de uitgenodigde onderzoekers zijn in twee rondes voorwerp geweest van al even intensieve discussie en afstemming. Dit eindverslag biedt een getrouwe weergave van al deze arbeid. Het soort coherentie dat resulteert doet echter eerder denken aan een meerdimensionaal weefsel dan aan een hiërarchisch geordende verzameling van deelvraagstellingen en -oplossingen. Voor de uiteindelijke productiviteit van de voorgestelde innovaties is die weefselstructuur eerder bevorderlijk dan nadelig.

Achteraf bekeken heeft een project als dit ook een procesdoelstelling, die relevant is voor de lezer van dit verslag. Een aantal geëngageerde deskundigen op aspecten van de problematiek, met de projectgroep als kern, heeft elkaar gedurende enige tijd – langer dan oorspronkelijk gepland – alle hoeken en gaten van het uiterst complexe SMBA-vraagstuk laten zien en heeft daarvan geleerd, wat zoals meestal wil zeggen: is er wijzer van geworden. De lezer van dit eindverslag kan in luttele uren zijn of haar voordeel doen met de neerslag van al deze intellectuele exercities. Behalve als opmaat tot verdere *research and development*, heeft dit document naar we hopen ook waarde in zichzelf.

De projectgroep:

W.E.L. de Boer, verzekeringsgeneeskundig onderzoeker, TNO-Arbeid

R.L.M. van Deynen, arbeidssocioloog, UWV

W.K.B. Hofstee, emeritus hoogleraar Persoonlijkheidspsychologie, RUG, voorzitter

H. Kroneman, medisch adviseur, UWV

H.P.G. Mulders, arbeids- en organisatiepsycholoog, UWV, coördinator

F.J.N. Nijhuis, hoogleraar Psychologie van Arbeid en Gezondheid, Universiteit Maastricht

J.H.B.M. Willems, hoogleraar Verzekeringsgeneeskunde, UVA

Inleiding

Het initiatief voor het project SMBA (Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen) is ontstaan vanuit de behoefte bij de afdeling Sociaal Medische Zaken (SMZ) van UWV om de kwaliteit van de traditionele beoordeling van arbeids(on)geschiktheid in Nederland te verbeteren, en om die beoordeling bovendien meer te oriënteren op de actuele en toekomstige centrale vraag naar de mogelijkheden tot inschakeling van mensen met beperkingen in het arbeidsproces. Het onderwerp van dit project is innovatie van de **professionele beoordeling van arbeidsvermogen**. Die beoordeling blijft onmisbaar als grondslag voor de beslissingen over het individuele recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering en de hoogte en duur daarvan (compensatie), in het kader van publieke en private verzekeringsarrangementen. Die beoordeling is echter in toenemende mate ook nodig als grondslag voor activering, advisering, training, begeleiding en coaching van (aspirant) werknemers, werkzoekenden en (potentiële) werkgevers, bij het (opnieuw) inschakelen van mensen met beperkingen in werk (arbeidsparticipatie).

Bij de start van het SMBA-project is ervan uitgegaan dat beide vormen van beoordeling, de ene gericht op compensatie en de andere gericht op participatie, binnen één conceptueel kader verder kunnen worden ontwikkeld. Conform de aanbeveling van de Gezondheidsraad is als vertrekpunt voor het project gekozen voor het conceptuele kader van de ICF, de Internationale Classificatie van Functioneren van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De indeling van de verslaglegging volgt het historisch verloop van het project. Het gebruik van de tegenwoordige tijd in de originele teksten is daarbij gehandhaafd. Hoofdstuk 1 bevat een uitgebreide beschrijving van het project SMBA, en het Kaderstuk Wetenschappelijk Denken over Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen, dat het uitgangspunt vormde voor het verzoek aan de deelnemende experts om een eigen bijdrage te leveren aan dit project. Bijlage I bevat een lijst met experts die op deze uitnodiging zijn ingegaan.

De projectgroep heeft gekozen voor een gerichte invitatie van deskundigen op diverse terreinen die raakvlakken hebben met thema SMBA. In het kaderstuk zijn drie vragen voorgelegd aan deze experts:

- 1. Wat zijn zwakke en sterke punten in de theorie en in de praktijk van de huidige beoordeling van arbeidsvermogen?**
- 2. Hoe kan de wetenschap bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de beoordeling van arbeidsvermogen?**
- 3. Op welke punten is nader theoretisch en empirisch wetenschappelijk onderzoek nodig?**

Om de gedachten nader te bepalen heeft de projectgroep een aantal documenten opgesteld als input voor de eerste werkconferentie van de experts op 10 juni 2008. Deze documenten zijn integraal opgenomen in hoofdstuk 2. Tijdens deze conferentie werden papers bediscussieerd die de experts hadden opgesteld naar aanleiding van de drie vragen in het kaderstuk en de onderliggende documentatie. Bijlage II bevat een samenvattend verslag van deze eerste bijeenkomst. Aan een tiental experts is vervolgens gevraagd om hun innovatieve ideeën nader uit te werken in een uitgebreid paper.

Die papers zijn bediscussieerd op een tweede conferentie, op 5 februari 2009. Bijlage III bevat een samenvattend verslag van deze tweede bijeenkomst. Naar aanleiding van de besprekingen tijdens deze tweede conferentie hebben de auteurs een definitieve versie van hun paper vervaardigd. Deze finale papers zijn integraal opgenomen in hoofdstuk 3.

De projectgroep SMBA heeft bij de start ambitieuze doelstellingen geformuleerd. **"Het project moet een nieuw beoordelingskader opleveren met de ICF als richtinggevend concept. Vanuit dit kader wordt een beschrijving gemaakt van de 'state of the art' van de kennis, methoden en instrumenten voor de beoordeling van arbeidsvermogen. Daarnaast wordt dit beoordelingskader gebruikt om de gewenste verdere wetenschappelijke ontwikkeling te formuleren in een 'Kenniprogramma Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen'".**

De gedachtewisselingen in de projectgroep SMBA tijdens voorbereiding van de werkconferenties, de analyses en ideeën vervat in de papers en de discussies daarover tijdens en na de conferenties, hebben nieuwe inzichten opgeleverd over centrale thema's in het werkveld SMBA, over opvattingen en vragen die leven bij professionals in dit veld en bij wetenschappers die dat veld iets te bieden hebben, en tot slot over de kennisvragen die daaruit voortvloeien voor onderzoek ter verbetering van de kwaliteit van SMBA in zijn diverse toepassingen. In hoofdstuk 4 heeft de projectgroep geprobeerd om te komen tot een synthese op hoofdlijnen van al deze uiteenlopende bijdragen. In een vervolgtraject zal moeten worden gezien of en zo ja, welke uitkomsten van dit project SMBA mogelijk bouwstenen kunnen vormen voor een samenhangend onderzoeks- en ontwikkelprogramma, gericht op innovatie van de sociaal medische beoordeling van arbeidsvermogen.

Hoofdstuk 1:

Uitgangspunten voor het project SMBA

1.1 Projectbeschrijving

1.1.1 Samenvatting

Het project SMBA is gericht op het stimuleren van het wetenschappelijk denken over de mogelijkheden voor een nieuwe opzet van de beoordeling van arbeidsvermogen in de nabije toekomst (2012). Deze tijdshorizon is bewust gekozen om te voorkomen dat de huidige beoordelingspraktijk bij voorbaat leidend is voor het denken over toekomstige mogelijkheden op dit werkkterrein van diverse professionals. Het initiatief voor dit project is genomen vanuit UWV, dat veel belang hecht aan een verdere, samenhangende wetenschappelijke kennisontwikkeling op dit thema.

Het initiatief is uitgewerkt in de vorm van een op zich zelf staand project, om te voorkomen dat de projectactiviteiten interfereren met de dagelijkse uitvoeringspraktijk van UWV, en omgekeerd. Met dit project wordt zodoende een vrije ruimte gecreëerd om fundamentele vragen te stellen over de huidige beoordelingsopzet en deze te bediscussiëren met het oog op de toekomst. Hiertoe worden een tweetal 'invitationale conferenties' belegd met deskundigen uit relevante wetenschappelijke vakgebieden.

De deelnemers leveren ieder individueel een eigen bijdrage aan de gedachtevorming middels een 'position paper'. Gezamenlijk fungeren zij als wetenschappelijk forum voor de analyse van de tekortkomingen in de theorie en praktijk van de huidige beoordeling, en voor de formulering van gewenste oplossingsrichtingen op dit gebied.

Het project moet een nieuw beoordelingskader opleveren met de ICF als uitgangspunt. Vanuit dit kader wordt een beschrijving gemaakt van de 'state of the art' van de kennis, methoden en instrumenten voor de beoordeling van arbeidsvermogen. Daarnaast wordt dit beoordelingskader gebruikt om de gewenste verdere wetenschappelijke ontwikkeling te formuleren in een 'Kennisprogramma Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen'.

1.1.2 Aanleiding

Behoud en uitbreiding van arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking wordt tegenwoordig algemeen gezien als de sleutel tot maatschappelijke participatie van burgers, en noodzakelijk geacht voor het financiële en morele draagvlak van de sociale zekerheid. Daarbij past een activerend stelsel van sociale zekerheid, gericht op (re-)integratie van mensen met beperkingen in functioneren; ongeacht of deze nu veroorzaakt zijn door gezondheidsproblemen, door verouderingsprocessen of door stoornissen die zijn aangeboren, dan wel het gevolg zijn van een ongeval.

Een belangrijke voorwaarde voor de (re-)integratie van mensen met beperkingen in functioneren is een goed (zelf)inzicht in hun (eigen) arbeidsvermogen. Voor welk werk is iemand met beperkingen in functioneren geschikt, al dan niet na passende scholing? Welk werk is geschikt te maken voor iemand met specifieke beperkingen in functioneren, al dan niet met passende voorzieningen? Een antwoord op deze kernvragen vereist specifieke kennis van arbeid in relatie tot menselijk functioneren en gezondheid, en stelt hoge eisen aan het beoordelingsvermogen van de professionals die in deze kwesties voorlichten, adviseren, begeleiden, oordelen en beslissen.

Bevindingen uit onderzoek naar- en ervaringen met de uitvoeringspraktijk van de sociale zekerheid convergeren al enige tijd in de conclusie, dat er grote behoefte is aan wetenschappelijke bijdragen gericht op kwaliteitsverbetering van de professionele beoordeling van menselijk arbeidsvermogen.

De concentratie van het overheidsbeleid op behoud en uitbreiding van arbeidsparticipatie is voor de betrokken professionals eens te meer reden voor een herbezinning op hun vak kennis, methoden en instrumenten. Deze zijn immers sterk geconditioneerd door de vragen naar beperkingen in functioneren en belemmeringen voor arbeidsparticipatie, die lange tijd maatgevend zijn geweest voor de aanspraak op (inkomens)bescherming in de sociale zekerheid.

1.1.3 Doel

Het project SMBA moet een nieuw conceptueel kader opleveren voor de professionele beoordeling van arbeidsvermogen, dat geheel gericht is op het ontdekken van arbeidsmogelijkheden van mensen met beperkingen in functioneren, met als doel hun arbeidsparticipatie te bevorderen of te continueren. Het nieuwe beoordelingskader zal multidisciplinair zijn, en gebaseerd op de actuele stand van zaken in de betrokken wetenschappelijke vakgebieden. Dit kader moet hanteerbaar zijn voor de professionals die arbeidsvermogen beoordelen in de uitvoering van de sociale zekerheid, en inzichtelijk voor de mensen van wie het arbeidsvermogen beoordeeld wordt. Binnen dat conceptuele kader zal in kaart gebracht worden welke kennis, methoden en instrumenten geëigend en reeds beschikbaar zijn, ofwel voor deze toepassing gemodificeerd moeten worden, dan wel nog volledig ontwikkeld moeten worden.

Het project SMBA zal resulteren in een eindrapport waarin de wetenschappelijke “state of the art” op het terrein van de sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen wordt beschreven. Vanuit die status quo zal het Kennisprogramma SMBA worden geformuleerd. Dit kennisprogramma zal de noodzakelijke ingrediënten bevatten voor de fundamentele inhoudelijke vernieuwing van de sociaal-medische beoordelingspraktijk op middellange termijn.

1.1.4 Aanpak

In het project SMBA wordt onderzocht welke bijdragen vanuit diverse relevante wetenschappelijke vakgebieden kunnen worden geleverd aan de verbetering van de kwaliteit van de professionele beoordeling van het arbeidsvermogen van mensen met beperkingen in functioneren. Daarbij moet gedacht worden aan alle disciplines die zich richten op menselijk functioneren in arbeid, op arbeid en gezondheid, maar ook disciplines met de menselijke beoordelaar als onderwerp van onderzoek. Deze inventarisatie moet kennis, methoden en instrumenten opleveren om tekortkomingen in de bestaande beoordelingspraktijk te ondervangen, maar ook om te kunnen anticiperen op toekomstige (internationale) ontwikkelingen op dit terrein.

Voor fundamentele herbezinning en vernieuwing is een brede, open en onbevangen benadering van de thematiek gewenst. Via *twee invitationale conferenties* worden sleutelfiguren uit relevante wetenschappelijke disciplines in de gelegenheid gesteld om hun visie te geven op de beoordeling van arbeidsvermogen van mensen met beperkingen in functioneren: wat is daarvoor noodzakelijk, waar schort het aan, wat valt er te verbeteren, en welke bijdrage kan daaraan geleverd worden vanuit van uit hun eigen vakgebied?

Ter voorbereiding van de eerste conferentie is het bijgaande *Thematisch basisdocument* opgesteld door de projectgroep SMBA. Daarin worden een aantal theoretische en praktische problemen bij de huidige sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen benoemd en geanalyseerd. In het eveneens bijgaande *Kaderdocument* worden gerichte vragen gesteld aan de uitgenodigde wetenschappelijke experts. Het is de bedoeling dat deze experts voorafgaand aan de conferentie ieder een beknopt position paper opstellen. Deze papers vormen tezamen met de documenten van de project-groep SMBA de input voor de eerste werkconferentie. De individuele schriftelijke bijdragen aan de conferentie, en de discussies daarover in thematische werkgroepen, worden door de projectgroep SMBA verwerkt tot een congresverslag. Aan een aantal individuele deelnemers zal worden gevraagd, tegen een passende vergoeding, een nadere uitwerking te geven van hun eerste bijdrage, in de vorm van een uitgebreid position paper. Leidraad voor deze selectie is het fundamentele en/of innovatieve karakter van deze bijdragen.

Het verslag van de eerste conferentie, aangevuld met een aantal uitgebreide position papers vormt de input voor de tweede werkconferentie, waarin de uitgediepte afzonderlijke thema's in onderlinge samenhang zullen worden bediscussieerd. De resultaten van de tweede conferentie worden door de projectgroep SMBA verwerkt tot een eindrapport met een probleemanalyse van de huidige beoordelingspraktijk, een voorstel voor een nieuw gezamenlijk conceptueel beoordelingskader, en een overzicht van de kennis, methoden en instrumenten die nodig zijn om dat kader te operationaliseren. Het eindrapport mondt uit in een Kennisprogramma SMBA, waarin onderwerpen voor onderzoek en ontwikkeling geagendeerd worden. Dit kennisprogramma is bedoeld om de noodzakelijk geachte nieuwe onderzoeksinitiatieven te initiëren. Daarnaast zullen in dit programma ook bijdragen zichtbaar gemaakt worden vanuit reeds bestaande onderzoekslijnen, om een gecoördineerde kennisontwikkeling rond het thema beoordeling van arbeidsvermogen te bevorderen.

1.1.5 Kennisprogramma SMBA: brede vraagstelling, gericht op de toekomst: 2012

Om te voorkomen dat het denken en doen gericht op verhogen van de kwaliteit van de beoordeling van arbeidsvermogen interfereert met de dagelijkse uitvoeringspraktijk op dit gebied, en omgekeerd, zal de ontwikkeling van het Kennisprogramma SMBA als een op zich zelf staand project worden opgezet. Het project moet ideeën genereren voor een nieuwe opzet van de beoordeling van arbeidsvermogen in de nabije toekomst (2012).

Beoordeling van arbeidsvermogen wordt in het project SMBA breed gedefinieerd:

- De beoordeling van arbeidsvermogen impliceert altijd een oordeel over twee domeinen: dat van de persoon (mogelijkheden/belastbaarheid) en dat van de arbeid (eisen/belasting), én de onderlinge verhouding tussen deze beide domeinen (fit/match)
- Afhankelijk van de context is de vraagstelling bij de beoordeling geformuleerd in termen van arbeidsgeschiktheid (uitgaande van het werk), of in termen van geschikte arbeid (uitgaande van de persoon).
- Wat als arbeidsgeschiktheid, dan wel als geschikte arbeid wordt gezien is sterk onderhevig aan maatschappelijke en culturele invloeden, en daardoor voortdurend in ontwikkeling. Dit komt tot uiting in veranderende normen voor SMBA ('passende arbeid', 'gangbare arbeid', 'in billijkheid op te dragen', 'in redelijkheid te eisen').
- De beoordeling van arbeidsvermogen (vanuit beide opties) is aan de orde bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid (claimbeoordeling) van werknemers met langdurig of frequent ziekte-verzuim, maar ook bij advisering en toetsing van activiteiten gericht op werkhervatting (re-integratie) van mensen met beperkingen in functioneren; zowel onder publieke als private arrangementen.
- De beoordeling van arbeidsvermogen is deels momentaan (status quo), deels toekomstgericht, namelijk op herstel en verdere ontwikkeling van arbeidsvermogen, en de interventies (persoon) en voorzieningen (arbeid) die daar voor nodig zijn.

1.1.6 ICF als uitgangspunt voor ontwikkeling conceptueel kader SMBA

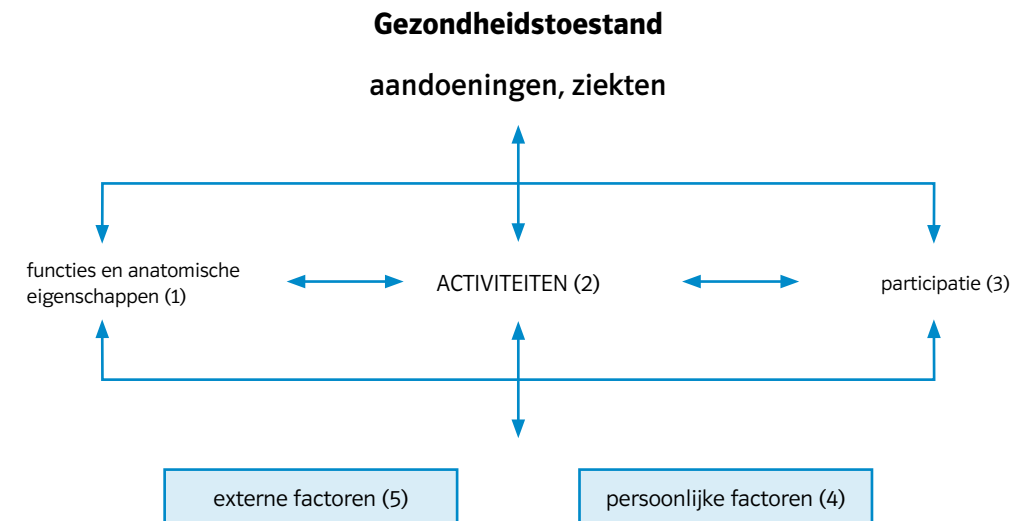
De Internationale Classificatie van Functioneren (ICF) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, Geneva, 2002) biedt een internationaal algemeen geaccepteerd globaal theoretisch kader voor de beschrijving van participatieproblemen in relatie tot gezondheidsproblemen. De Gezondheidsraad, die verhoging van de kwaliteit van de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid wenselijk acht¹, beveelt de ICF aan als conceptueel kader². De keuze van de ICF als raamwerk voor de ontwikkeling van een nieuw conceptueel kader voor de beoordeling van arbeidsvermogen en de daarbij benodigde kennis, methoden en instrumenten, helpt bovendien te voorkomen dat Nederland zich op dit gebied (nog verder) geïsoleerd ontwikkelt. De keuze voor de ICF wordt hieronder nader toegelicht.

De ICF bevat in elementaire vorm alle begrippen die van belang zijn voor het analyseren van de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen in functioneren. De ICF is echter een generiek model dat in het project SMBA nader ingevuld moet worden voor de toepassing op de beoordeling van arbeidsvermogen.

¹ Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag, Gezondheidsraad, 2005.

² Een uitstekend en internationaal breed aanvaard raamwerk voor de ontwikkeling van een door alle betrokken praktische en wetenschappelijke disciplines gedeeld begrippenapparaat', Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspectieke lage rugpijn, Hartinfarct. Den Haag, Gezondheidsraad, 2005.

Figuur 1.1: Het ICF model



Het menselijk handelen (activiteit) staat centraal in ICF-model.

De kern van het model wordt gevormd door de as:

1. het menselijk organisme (lichamelijk en psychisch functies en structuren)
2. activiteiten (persoon)
3. participatie (samenleving)

Ziekte en aandoeningen kunnen aangrijpen op elk van deze drie componenten, rechtstreeks of bemiddeld (via een andere component). Ziekte of aandoeningen kunnen leiden tot vermindering van lichamelijk of psychisch functioneren (stoornissen), die kunnen leiden tot aantasting van activiteiten (beperkingen), die op hun beurt kunnen leiden tot belemmering van participatie (handicaps)³. Participatieproblemen kunnen echter ook een direct gevolg zijn van stoornissen zonder dat er sprake is van beperkingen in functioneren (activiteiten), bijvoorbeeld door gelaatsmisvormingen na ernstige brandwonden. Belemmeringen in functioneren hoeven niet noodzakelijk tot participatieproblemen te leiden. Mensen zijn adaptieve wezens, die altijd compensatiestrategieën weten te ontwikkelen, vooropgesteld dat de externe en persoonlijke factoren hiervoor de ruimte bieden.

Het proces kan ook in omgekeerde volgorde worden doorlopen: werkloosheid kan leiden tot ziekte. Verlies van werk (participatie) kan leiden tot verminderde activiteiten en vermindering of verlies van functies (stoornissen) als uiting van ziekte; bijvoorbeeld depressiviteit, verslaving of eetstoornissen. Ook de gevolgen voor arbeidsparticipatie van veroudering of ongevallen (bijvoorbeeld niet-aangeboren hersenletsel) zijn goed te beschrijven met dit model.

³ Stoornissen-beperkingen-handicaps zijn de aanduidingen die tot voor kort werden gebruikt in de ICIDH, de voorganger van de ICF. Deze drie-eenheid vormt de hoeksteen van het arbeidsongeschiktheidsbegrip in de sociale zekerheid in Nederland (Schattingsbesluit WAO 2000, 2004; WIA 2005). In de ICF is deze trias positief gelabeld.

De ICF expliciteert de invloed van externe factoren en persoonlijke factoren op de participatie, en vice versa. Externe factoren zijn onder andere de arbeidsmarkt, de wereld van beroepen en opleidingen, de wetgeving, de structuur van de gezondheidszorg, de vormgeving van de sociale zekerheid enzovoort. De persoonlijke factoren worden in de huidige versie van de ICF nog niet nader uitgewerkt. Dit zal een belangrijk thema worden in het project SMBA.

1.2 Kaderstuk Wetenschappelijk Denken over Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA)

Het doel van het project SMBA is het stimuleren van wetenschappelijk denken over de mogelijkheden voor een nieuwe opzet van de beoordeling van arbeidsvermogen in de nabije toekomst (2012). Het project is geïnitieerd door de directeur Sociaal Medische Zaken UWV drs. G.J. Tillemans en wordt gesubsidieerd door de Stichting Instituut GAK (SIG), in het kader van het SIG-programma Verzekeringsgeneeskunde, gecoördineerd door prof. dr. J.H.B.M. Willems.

Dit document bevat een uitwerking van de projectdoelstelling, in de vorm van vraagstellingen die worden voorgelegd aan deskundigen op diverse relevante gebieden. Zij worden uitgenodigd te reageren in de vorm van een korte 'position paper'. Deze papers vormen de input voor een eerste expert conference. Op basis daarvan zal een uitwerking worden gevraagd van position papers, die vervolgens dienen als input voor een afsluitende conferentie. Het projectteam formuleert tenslotte op basis van de papers en conferentieverlagen een kennisprogramma SMBA.

Dit kaderdocument is gebaseerd op de bijgevoegde notities, geproduceerd door leden van het projectteam, en op de besprekingen ervan in de eerste bijeenkomsten van het team. Deze notities bevatten verdere mogelijke uitwerkingen van de projectdoelstelling zowel als positiebepalingen, en dienen om de gedachten nader te bepalen.

1.2.1 Algemeen kader

Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) dient in dit kader in ruime zin te worden opgevat:

(a) De doelgroep voor SMBA is beduidend groter dan aanvragers van een uitkering wegens langdurige arbeidsongeschiktheid (publieke en private arrangementen). Het werkkterrein voor SMBA omvat ook de beoordeling, begeleiding en advisering van werknemers tijdens de ziekteperiode, en het beoordelen van arbeidsmogelijkheden en de toetsing van re-integratie-inspanningen van werkgever en werknemer tijdens deze periode; maar ook de advisering over re-integratie van (ex-) WAO-ers en WIA-ers, (potentiële) Wajongers, en werkzoekenden met gezondheidsproblemen (WW en WWB); en tenslotte, de indicatiestelling voor toelating tot sociale werkplaatsen (WSW) en de vrijstelling van sollicitatieplicht op sociaal-medische gronden voor bijstandsgerechtigden (WWB).

(b) SMBA vindt plaats in verschillende stadia, vanaf de eerste ziekteperiode of zelfs daarvoor tot herkeuringen in WIA-verband, en vervult daarin verschillende functies of combinaties daarvan, te onderscheiden als (zie ook verderop):

- bevordering van employability (werktoerusting, -inzetbaarheid)
- re-integratie
- claimbeoordeling

De rolverhouding van beoordelaar en beoordeelde (het beoordelingscript) heeft verschillende accenten naar gelang stadium en functie. Van het beoordelaarsteam kunnen anderen dan de verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige deel uitmaken.

(c) Behalve op geschiktheid van de persoon voor werk heeft SMBA betrekking op de geschiktheid van werk voor de persoon, en op de wisselwerking tussen die twee.

1.2.2 Vraagstellingen:

1 Sterkte-zwakte-analyse

Vraagstelling:

Wat zijn zwakte en sterke punten in de theorie en in de praktijk van de huidige beoordeling van arbeidsvermogen?

Toelichting:

De huidige theorie en praktijk van de SMBA zijn voor dit project uitdrukkelijk niet richtinggevend. Ieder nieuw SMBA-ontwerp zal echter vroeg of laat worden afgemeten aan de huidige theorie en praktijk. Een empirische en/of analytische sterkte-zwakte-analyse ervan anticipeert daarop. Ze levert niet vanzelf nieuwe inzichten, maar attendeert enerzijds op aspecten die verbetering behoeven en anderzijds op aspecten die niet teloor zouden moeten gaan in een nieuw ontwerp. In dit verband moet worden bedacht dat het kader waarin SMBA plaatsvindt, dynamisch van aard is: de WIA bijvoorbeeld werd pas in 2006 van kracht. In sommige opzichten kan de analyse dus niet meer dan een voorlopig karakter hebben.

Theorie: aan SMBA ligt theorie op verschillende niveau's ten grondslag; op elk niveau kan daarbij vervolgens een onderscheid worden gemaakt tussen expliciete en impliciete, onuitgesproken theorie. Op een middenniveau kan men spreken van beoordelingstheorie: expliciete en impliciete opvattingen over kenmerken van een goede beoordeling in het algemeen. Op een concreter niveau is sprake van vakinhoudelijke theorie die betrekking heeft op maatstaven voor geschiktheid van de persoon voor werk en geschiktheid van werk voor de persoon, en de manier waarop de informatie voor de beoordeling wordt verzameld (werkwijzen, methoden, instrumenten). Op een abstracter niveau bevinden zich expliciete en impliciete beleidstheorieën: opvattingen over doelstellingen van beleid en over de manier waarop die het best kunnen worden verwezenlijkt. De opvattingen op verschillende niveau's staan in wisselwerking met elkaar. Binnen en tussen niveau's kan sprake zijn van meer of minder coherentie.

Praktijk: de uitvoering van de SMBA kent een eigen dynamiek, in functie van de context (privaat dan wel publiek, ziektewet, WAO, WIA, enzovoort), en in functie van uitvoerende organisaties en individuele beoordelaars. Van de uitvoeringspraktijk wordt gesteld dat die in de afgelopen jaren 'te theoretisch' zou zijn geworden, in de zin van gebaseerd op vooronderstellingen die niet zijn vervuld, en met voorbijgaan aan de kenmerken van de individuele casus. In de analyse van de uitvoeringspraktijk kunnen 'prototypische' beoordelingsscenario's (-modellen, -concepties, -paradigma's) verhelderend zijn, die betrekking hebben op de (rol)verhouding tussen beoordelaar, beoordeelde, verzekeraar, werkgever, premie- en belastingbetaler en overige betrokkenen.

2 Oplossingsrichtingen

Vraagstelling:

Hoe kan de wetenschap bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de beoordeling van arbeidsvermogen?

Toelichting:

Beoordeling, in dit geval SMBA, is geen doel op zich maar een middel. Het stramien voor wetenschappelijk denken over de kwaliteit van SMBA is het doel-middelenschema. Wat een goede beoordeling is, valt alleen vast te stellen op basis van het doel dat men ermee wil bereiken.

Doelstellingen van SMBA: in de analyse van het projectteam kan de SMBA als 'doelstellings-onzuiver' worden gekenschetst: niet alleen dient de beoordeling meer dan één doel, maar die doelen staan ook nog in gespannen verhouding tot elkaar. In de geschiedenis van het stelsel hebben met name de verzekerings- (compensatie-, uitkerings-) doelstelling en de activerings- (re-integratie-, participatie-; in WRR-termen: verheffings-) doelstelling om de voorrang gestreden. Die doelstellingen staan beoordelingstechnisch op gespannen voet met elkaar met name waar het de normering van de SMBA betreft en de daaruit voortvloeiende verhouding tussen over- en onderschattingen van het arbeidsvermogen, beide onvermijdelijk aangezien de schatting imperfect is. Het projectteam gaat niet uit van de vooronderstelling dat tussen dergelijke doelstellingen een definitieve keuze zal worden gemaakt. De veronderstelling is eerder dat rekening moet worden gehouden met een uitbreiding en accentverschuiving waarbij SMBA primair in functie staat van bevordering van de employability (werktoerusting) van de persoon, ter preventie van verlies van arbeidsvermogen, secundair in functie van re-integratie in geval van verlies, en tertiair in functie van financiële compensatie bij onvermijdbaar verlies. Naar gelang die functie zal 'kwaliteitsverbetering van de SMBA' verschillende accenten krijgen.

Middelen om de kwaliteit van SMBA te verhogen: als omvattend conceptueel kader voor een vernieuwde SMBA beveelt het projectteam, in het voetspoor van de Gezondheidsraad, de Internationale Classificatie van Functioneren (ICF) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2002) aan. De ICF biedt een globaal theoretisch kader dat nadere invulling vergt, tegen de achtergrond van de nu in Nederland gebruikte instrumenten en methoden. De ICF-categorie 'persoonlijke factoren' is heterogeen en niet nader uitgewerkt, en vergt toegepitste studie. Verder kunnen beoordelingstheoretische en -technische principes leiden tot voorstellen voor kwaliteitsverbetering.

3 Lacunes

Vraagstelling:

Op welke punten is nader theoretisch en empirisch wetenschappelijk onderzoek nodig?

Toelichting:

De opzet van het project is dat het uitmondt in de formulering van een kennisprogramma SMBA met een looptijd van 2008/9 tot 2011/12. Zowel de sterkte-zwakte-analyse van de huidige stand van zaken als het naar voren brengen van oplossingsrichtingen zullen naar verwachting uitmonden in het signaleren van lacunes in de kennis die nodig is voor een nieuw SMBA-ontwerp. Die lacunes kunnen liggen op uiteenlopend disciplinair, multi- of interdisciplinair, tot en met transdisciplinair/methodologisch vlak; ze kunnen analytisch/theoretisch en empirisch van aard zijn. Concreet wacht het projectteam op dit punt suggesties, ideeën en aanzetten tot onderzoeks-voorstellen in, waarvan de uitkomsten naar verwachting bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de SMBA.

Hoofdstuk 2: uitwerking thema's door de projectgroep SMBA

2.1 SMBA : Thematisch basisdocument

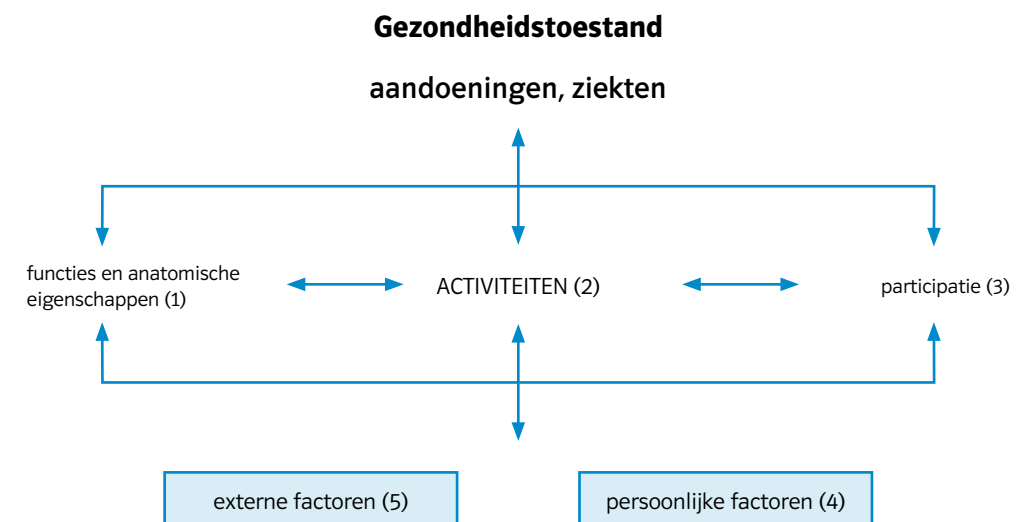
(Henny Mulders, Fran René van Deynen en Herman Kroneman)

2.1.1 Thema 1: SMBA, nadere begripsbepaling

Sociaal-Medische Beoordelingen van Arbeidsvermogen (SMBA) zijn beoordelingen van de mogelijke arbeidsprestaties van mensen met tijdelijke of blijvende (ervaren) beperkingen in functioneren, ten gevolge van tijdelijke of blijvende (ervaren) gezondheidsproblemen, die hun arbeidsparticipatie belemmeren.

Het doel van SMBA is om een zo betrouwbaar en valide mogelijke inschatting te geven van de gezondheidsproblemen van een individu, die tot uiting komen in (ervaren) problemen in het lichamenlijk en/of psychisch functioneren (1), in beperkingen van alledaagse activiteiten (2) en in belemmeringen van (arbeids)participatie (3), gegeven de relevante kenmerken van de persoon (4) en zijn omgeving (5). Naast deze probleemanalyse, moet SMBA een plan van aanpak opleveren voor de bevordering van arbeidsparticipatie door de inzet van effectieve interventies gericht op in principe alle genoemde elementen. Deze elementen van SMBA vormen ook de componenten van het ICF-model⁴ van de WHO (zie onderstaande figuur).

Figuur 2.1: Het ICF model



⁴ WHO (2002), 'International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF', Geneva. Nederlandse vertaling (2002): 'Internationale classificatie van het menselijk functioneren', Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Afhankelijk van de context waarin SMBA wordt uitgevoerd krijgen bepaalde componenten van het ICF-model meer of minder aandacht. Bij de claimbeoordeling WIA\WAO\Wajong bijvoorbeeld, kent de wetgeving aan persoonlijke en externe factoren slechts een zeer beperkte rol toe. Bij de advisering over re-integratie in het kader van dezelfde arbeidsongeschiktheidswetten spelen persoonlijke en externe factoren juist een prominente rol.

Op het brede werkkterrein van arbeid en gezondheid voeren professionals vanuit diverse disciplines SMBA uit, vaak in multidisciplinair verband. Het betreft onder meer revalidatieartsen, ergotherapeuten, bedrijfsfysiotherapeuten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, re-integratiecoaches, jobcoaches, psychologen en orthopedagogen. In de optiek van de leden het projectteam zijn een aantal wezenlijke kenmerken van SMBA:

- De beoordeling van arbeidsvermogen impliceert altijd een oordeel over twee domeinen: dat van de persoon (mogelijkheden tot functioneren/belastbaarheid) en dat van de arbeid (eisen aan het functioneren/belasting), én de onderlinge verhouding tussen deze beide domeinen (fit/match)
- Afhankelijk van de context is de vraagstelling bij de beoordeling geformuleerd in termen van arbeidsgeschiktheid (uitgaande van het werk), of in termen van geschikte arbeid (uitgaande van de persoon).
- De beoordeling van arbeidsvermogen (vanuit beide optieken) is aan de orde bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid (claim-beoordeling) van werknemers met langdurig of frequent ziekteverzuim, op het voorkomen van uitval van werknemers at risk en ook bij advisering en toetsing van activiteiten gericht op werkhervatting (re-integratie) van mensen met beperkingen in functioneren; zowel onder publieke als private arrangementen.
- Wat als arbeidsgeschiktheid, dan wel als geschikte arbeid wordt gezien is sterk onderhevig aan maatschappelijke en culturele invloeden, en daardoor voortdurend in ontwikkeling. Dit komt tot uiting in veranderende normen voor SMBA ('passende arbeid', 'gangbare arbeid', 'in billijkheid op te dragen', 'in redelijkheid te eisen').
- De beoordeling van arbeidsvermogen is deels momentaan (status quo), deels toekomstgericht, namelijk op herstel en verdere ontwikkeling van het arbeidsvermogen, en op de interventies ten aanzien van de persoon en zijn omgeving die daarvoor nodig zijn.

De maatschappelijke impact van SMBA is groot. Er worden jaarlijks grote aantallen mensen beoordeeld, met doorgaans ingrijpende gevolgen voor wie het betreft. De kennis en methodieken van SMBA zijn in de loop der tijd voor een belangrijk deel door de professionals zelf opgebouwd in hun eigen praktijk, mede gevoed door intercollegiale toetsing. Professionals die SMBA uitvoeren bedrijven geen toegepaste wetenschap, maar zouden wel veel meer gebruik moeten (kunnen) maken van wetenschappelijke kennis. Dat is een breed gedeeld inzicht in de betrokken beroepsgroepen en in kringen daarbuiten⁵. Evidence-based behandelen, begeleiden, beoordelen en adviseren is het streven⁶.

⁵ Raad voor Gezondheidsonderzoek (2003), *Advies Onderzoek Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde*, Den Haag. Raad voor Gezondheids- onderzoek (2004), *Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde*, Den Haag

⁶ Gezondheidsraad (2005). *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Gezondheidsraad, Den Haag.

Daar waar evidence ontbreekt moet professionele consensus een richtsnoer voor het handelen bieden.

Wetenschappelijke ondersteuning van SMBA is voor een deel een kwestie van beschikbaar maken van bestaande wetenschappelijke kennis in een daartoe geëigende vorm. Dit gebeurt in vrijwel alle betrokken beroepsgroepen de laatste jaren middels implementatie van protocollen, die als kennisvehikel gebruikt worden. Deels vraagt dit echter ook om verder gericht toegepast wetenschappelijk onderzoek op het terrein van SMBA.

2.1.2 Thema 2: Over arbeidsvermogen

2.1.2.1 Ziektewet: arbeidsvermogen in passende arbeid

Bij de werknemers die zijn uitgevallen vanwege gezondheidsproblemen, onder het regime van de Ziektewet, heeft SMBA betrekking op de mogelijke arbeidsprestaties in hun eigen functie, zonodig in aangepaste vorm (takenpakket, werktijden) en met voorzieningen. Als dat geen optie meer is, gaat de aandacht uit naar ander (aangepast) werk bij de eigen werkgever ('spoor 1'), of een functie bij een andere werkgever ('spoor 2'). Gedurende de Ziektewetperiode is de werkgever gehouden tot loondoorbetaling (eerste jaar volledig, tweede jaar tot 70%)⁷. SMBA bestaat uit de beoordeling van de ongeschiktheid voor het eigen werk en de advisering ten aanzien van herstel van arbeidsvermogen en van werkhervatting in passende arbeid.

2.1.2.2 WIA/WAO/Wajong: verdiencapaciteit

Onder het regime van de arbeids(on)geschiktheidswetten (WIA, WAO en Wajong) staat de verdiencapaciteit centraal bij SMBA. In de WIA wordt weliswaar het begrip arbeidsvermogen geïntroduceerd (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen), maar nog niet gedefinieerd. Het criterium voor de medisch-arbeidskundige beoordeling van WIA-aanvragen blijft verdiencapaciteit, net als in de afgelopen 40 jaren bij uitvoering van de WAO. Het loon dat iemand voorafgaand aan de ziekteperiode verdiende ('maatmanloon') wordt vergeleken met het loon dat hij - ondanks zijn beperkingen in functioneren - nog zou kunnen verdienen met in Nederland gangbare arbeid⁸.

De WIA brengt een strikt onderscheid aan tussen duurzame volledige arbeidsongeschiktheid (IVA: de regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (WGA: de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten). De WGA is bedoeld voor de mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn, gedefinieerd als een verlies van 35-80% aan verdiencapaciteit. Daarnaast wordt een WGA-uitkering toegekend aan mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn (verlies van 80-100% aan verdiencapaciteit), maar bij wie een eventueel herstel nog niet volledig uit te sluiten valt. WIA-aanvragers met een verlies aan verdiencapaciteit van minder dan 35% worden als volledig arbeidsongeschikt beschouwd.

De relatie tussen verdiencapaciteit en arbeidsvermogen wordt in de WIA als volgt gelegd:

80-100%	verlies verdiencapaciteit	=	geen substantieel arbeidsvermogen
35-80%	verlies verdiencapaciteit	=	substantiële arbeidsbeperkingen
< 35%	verlies verdiencapaciteit	=	geringe arbeidsbeperkingen

⁷ Voor werknemers zonder werkgever (onder andere uitzendkrachten, flexwerkers en werklozen) vervult UWV deze rol.

⁸ $(X-Y)/X \times 100\%$ = percentage arbeidsongeschiktheid, waarbij 'X' = vroegere loon en 'Y' = in theorie nog te verdienen loon met gangbare arbeid.

Het verlies aan verdien capaciteit is echter niet rechtlijnig gerelateerd aan de ernst van de aanwezige beperkingen in functioneren. Opleiding en vroeger verdiend loon ('maatmanloon') zijn mede bepalend voor het verlies aan verdien capaciteit. In de praktijk bevat de groep '35MIN' dan ook mensen met ernstige aandoeningen en forse beperkingen in functioneren⁹.

2.1.2.3 Gangbare arbeid

Verlies aan verdien capaciteit wordt beoordeeld op basis van de eisen die aan een werknemer worden gesteld in gangbare arbeid in Nederland, en wel strikt: uitsluitend arbeid zoals die concreet wordt aangetroffen in Nederlandse bedrijven. Hiermee is de bestaande arbeidsdeling maatgevend voor de bepaling van het arbeidsvermogen. Die bestaande arbeidsdeling is echter gebaseerd op gezonde (jonge) werknemers en gaat doorgaans niet primair uit van sterke en zwakke kanten van individuele werknemers (one size fits all). Dit beoordelingscriterium gaat uit van de huidige status quo op de arbeidsmarkt, waar onvoldoende mogelijkheden zijn voor mensen met beperkingen in functioneren tengevolge van ziekte, gebrek of veroudering. Voor hen (maar waarschijnlijk ook voor anderen, maar dan vanuit preventief oogpunt) is werk-op-maat noodzakelijk. Dat vereist andere vormen van arbeidsorganisatie.

2.1.2.4 Arbeid passend maken

De gevolgen van de rigiditeit van het criterium gangbare arbeid blijkt duidelijk bij de beoordeling van het arbeidsvermogen van Wajong-aanvragers. Zij passen doorgaans (95%) niet zonder meer in de bestaande functies in bestaande bedrijven. Een groot deel van hen heeft echter wel degelijk arbeidsvermogen: kan nuttige en betekenisvolle werkzaamheden verrichten. De kunst zal zijn om een beoordelingsmethodiek te ontwikkelen die sensitief genoeg is om dit arbeidspotentieel in kaart te brengen, en daarvoor ook passende arbeidsmogelijkheden te formuleren. Het voorbeeld van de Wajong-aanvragers illustreert de algemene noodzaak voor innovatie SMBA, tot een methodiek om arbeidsvermogen te ontdekken, dat verborgen blijft in de huidige benadering. De introductie van een dergelijke beoordeling van het arbeidsvermogen kan niet zonder pendant in de vorm van veranderingen in arbeidsorganisaties. Er zullen aangepaste banen gecreëerd moeten worden voor bijvoorbeeld jongeren met verstandelijke beperkingen, en wel op een manier die ook bedrijfseconomisch aantrekkelijk is. Dit vereist op onderdelen een andere benadering van de organisatie van de arbeid dan in Nederland tot dusver gebruikelijk is. Buitenlandse ervaringen, onder andere met de methodiek van 'jobcarving' (een nieuwe elementaire functie creëren uit eenvoudige werkzaamheden die aan andere, bestaande functies onttrokken zijn), kunnen in dit verband inspirerend zijn¹⁰.

De term arbeidsvermogen in de WIA heeft voorsnog een belangrijke programmatische functie, als tegenpool van de term arbeidsongeschiktheid in de WAO. Wie niet blijvend volledig arbeidsongeschikt is, heeft –zo is de veronderstelling– nog wel degelijk arbeidsvermogen. De positieve term arbeidsvermogen dient de aandacht te richten op wat iemand nog wél kan, ondanks zijn beperkingen in functioneren als gevolg van gezondheidsproblemen.

⁹ Stichting van de Arbeid (maart 2008), 'Praktische conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de rondetafelgesprekken over re-integratie en behoud voor werk van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn'; Regioplan (2008), 'Geen WIA, wel werk?'; www.stvda.nl/.

¹⁰ Griffin, C, Hammis, D. and Geary, T. (2007), 'The job developer's handbook: practical tactics for customized employment', Baltimore, Brookes Publishing. Soest, K. van, Lierop, B. van, Pijl, D. van der, en Crombag, P. (2007), 'Methode Maakwerk. Een handleiding voor het creëren van banen voor mensen met een verstandelijke beperking', Vilans.

Eerste noties van arbeidsvermogen:

Arbidsvermogen is de verzamelnaam voor alle capaciteiten van een individu om arbeidsprestaties te leveren die vereist worden in arbeidsorganisaties.

Arbidsprestaties zijn doelgerichte handelingen die resulteren in (bijdragen aan) producten of diensten, die doorgaans een economische waarde hebben (betaald werk), of anderszins een maatschappelijk waarde vertegenwoordigen (vrijwilligerswerk, werken met behoud van uitkering).

Het arbeidsvermogen is dynamisch. Het moet worden ontwikkeld en onderhouden. Het kan worden aangetast –o.a. door ziekte of veroudering– en het kan weer (gedeeltelijk) worden hersteld en verder worden ontwikkeld.

Deze dynamiek is niet alleen afhankelijk van het aanpassingsvermogen van mensen (arbeidsgeschiktheid), maar evenzeer van de veranderbaarheid van de arbeidssituatie (geschikte arbeid).

Het arbeidsvermogen van een persoon bestaat uit de individuele combinatie van:

- vakkennis en vakbekwaamheid, algemeen ontwikkelingsniveau en een reeks algemene gedragscompetenties (waaronder: leervermogen, motivatie en discipline)
- psychische en lichamelijke capaciteiten (ICF: 'menselijke functies en anatomische eigenschappen')

2.1.3 Thema 3: Achtergronden bij de claimbeoordeling WAO/WIA/Wajong

2.1.3.1 Inkomensderving centraal

Bij alle wijzigingen in de sociale zekerheidswetgeving moet bedacht worden dat deze primair ontwikkeld is ter compensatie van inkomensderving, als verzekeringen tegen de financiële gevolgen van tegenspoed in de vorm van ziekte, ongeval of werkloosheid. Toch bevatten deze regelingen van meet af aan ook bepalingen gericht op ondersteuning van revalidatie en werkherleving. In de Ongevallenwet van 1901 werd bijvoorbeeld ook medische behandeling vergoed. Aanpassing van de persoon en de arbeid, en later scholing, waren toen al onderwerp van de beoordelingen en de begeleiding¹¹. De WAO is ontworpen met de nadrukkelijke intentie tot revalidatie. Om re-integratie te bevorderen introduceerde deze wet uitkeringen bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid ter compensatie van gedeeltelijk verlies van arbeidsproductiviteit¹².

In de uitvoeringspraktijk is echter tot in de jaren negentig van de vorige eeuw de inkomensdervingsfunctie dominant geweest. Daarna pas is een trendbreuk waar te nemen, gericht op een meer activerende sociale zekerheid (zie verder thema 5).

¹¹ W. de Boer en E. Houwaart (2006): "Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005", TNO Kwaliteit van Leven.

¹² Arbidsongeschiktheidsverzekering, Memorie van toelichting, Tweede Kamer, zitting 1962-1963- 7171.

2.1.3.2 Juridische context dominant

In het kader van de sociale zekerheid is de beoordeling van *het recht op uitkering* van aanvangafleidend geweest voor de beoordeling van de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het arbeidsvermogen. Dat kenmerkt tot op de dag van vandaag de beoordelingsmethodiek. Niet voor niets wordt de beoordeling van arbeidsongeschiktheid aangeduid als *claimbeoordeling*: zij moet een antwoord geven op de vraag of iemand recht heeft op een uitkering ter compensatie van het verlies aan verdien capaciteit. Daardoor ligt de nadruk onvermijdelijk op de toetsing van onvermogen: eisen in werk waaraan iemand niet meer kan voldoen vanwege gezondheidsproblemen. Deze juridische context (recht op uitkering) heeft sterk bijgedragen aan de grote mate van aandacht in de beoordelingsmethodiek voor details en de fixatie op het verleden. Centraal staan de specifieke mogelijkheden tot functioneren die verloren zijn gegaan en de specifieke eisen in werk waaraan iemand niet meer kan voldoen.

2.1.3.3 Methodiek claimbeoordeling WAO: korte historie

Vanaf de introductie van de WAO in 1967, wordt de claimbeoordeling uitgevoerd door twee professionele beoordelaars gezamenlijk: een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige. De gedachte was destijds, dat de verzekeringsarts deskundig is op het terrein van (verminderd) functioneren als gevolg van ziekte en van adequate maatregelen tot herstel. De arbeidsdeskundige werd geacht deskundig te zijn op het gebied van de eisen die arbeid stelt aan functioneren, van mogelijkheden tot aanpassing van werksituaties voor mensen met beperkingen in functioneren en van voorzieningen die daarbij noodzakelijk zijn (o.a. ook opleiding). Er bestond nog geen beoordelingsmethode bij de start van de WAO. De ontwikkeling hiervan was een van de eerste taken van de uitvoeringsinstelling, destijds de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD).

Aanvankelijk werkte men met een 'beschrijvend rapport', opgesteld door de verzekeringsarts. De arbeidsdeskundige mocht daar dan arbeidsmogelijkheden bij bedenken, afgaand op zijn eigen kennis en ervaring. Vanaf omstreeks 1970 wordt een standaardmethode gehanteerd om geschikte functies te selecteren uit een bestand met functiebeschrijvingen, de ACD (Arbeidscomplexendocumentatie). Daarvoor moest de verzekeringsarts een eveneens gestandaardiseerd beperkingenprofiel (BP) invullen.

Ondanks allerlei systeemaanpassingen sindsdien, FIS (Functie-informatie Systeem) vanaf 1992, en CBBS (Claim Beoordelings- en Borgingssysteem) vanaf 2002, is het basisprincipe ongewijzigd gebleven. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de mogelijkheden van de persoon en de eisen in concrete voorbeelden van functies in Nederland, aan de hand van een lijst met afzonderlijke items. Met deze item worden beide componenten van de vergelijking (mogelijkheden en eisen) in dezelfde termen beschreven. Het meest in het oog springende verschil betreft de manier van selecteren van potentieel geschikte functies. Aanvankelijk deed men dat door met een breinaald de juiste combinatie van beschreven archiefkaartjes uit een bak te lichten. Later werd deze voorselectie uitgevoerd met een steeds geavanceerder geautomatiseerd systeem.

2.1.3.4 Aanscherping wettelijke beoordelingscriteria WAO

Vanaf 1967, de start van de WAO, was bepalend voor het recht op uitkering of (en in welke mate) iemand zijn eigen werk nog kon uitvoeren, of soortgelijk werk op eigen beroepsniveau in de omgeving waar hij woonde. Vervolgens werd ook nog rekening gehouden met de verminderde kans om daadwerkelijk weer aan de slag te komen (vanaf 1973 officieel beleid). De inschatting van de kansen op werkherhaling werd gebaseerd op de combinatie van vroeger uitgeoefend beroep, opleiding, leeftijd en beperkingen in functioneren, én de momentane vraag naar arbeid op de regionale arbeidsmarkt. Bij een ongunstige arbeidsmarktpositie werd iemand volledig arbeidsongeschikt bevonden, ook bij gedeeltelijk verlies aan verdien capaciteit (in de range van 15-80%). Deze manier van 'verdiscontering van werkloosheid' bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid is achteraf aangewezen als de belangrijkste reden voor de grote instroom in de WAO in de periode tot 1987.

Na 1987 (eerste stelselwijziging) mocht de kans om weer aan het werk te komen geen punt van overweging meer zijn bij de claimbeoordeling WAO. Werkloosheid en arbeidsongeschiktheid werden voortaan door de wetgever opgevat als twee onafhankelijk risico's, waarvoor twee afzonderlijke regelingen bedoeld waren: WW en WAO. In de beleving van betrokken werknemers en ook verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen is dit onderscheid tot op de dag van vandaag lastig te hanteren in een maatschappelijke werkelijkheid die gekenmerkt wordt door een sterke gezondheidselectie op de arbeidsmarkt¹³. De werkgever selecteert op basis van een maximaal criterium van geschiktheid (de 'beste') en de SMBA beoordeling hanteert een minimaal criterium van geschiktheid ('voldoende').

Ook vanaf 1987 kwamen bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid alle beroepen in heel Nederland in aanmerking, op het eigen beroepsniveau of één niveau lager. Van de voorbeelden van concrete functies die daarbij passend bevonden werden, werd de gemiddelde loonwaarde (mediaan) als maat voor de resterende verdien capaciteit gehanteerd. Deze schatting van de resterende verdien capaciteit werd 'theoretisch' genoemd, omdat zij gebaseerd werd op functiebeschrijvingen van bestaande arbeid, geen vacatures. Tot 1994 prevaleerde echter de 'praktische schatting', dat wil zeggen op basis van gerealiseerde verdiensten (doorgaans in een baan bij de eigen werkgever, tegen een lager loon dan voorheen). Een gedeeltelijke WAO-uitkering compenseerde dan het praktische verlies aan productiviteit. Na 1994¹⁴ prevaleerde de theoretische schatting en wel gebaseerd op de maximale loonwaarde. Uitsluitend het hoogste loon dat iemand in theorie zou kunnen verdienen in passend werk ergens in Nederland (geen vacatures) werd bepalend voor de schatting van de resterende verdien capaciteit. Alleen als iemand bij zijn eigen werkgever evenveel of meer zou kunnen verdienen dan die maximale theoretische loonwaarde prevaleerde de 'praktische schatting'. Vanaf 1994 werd bovendien elke vorm van bestaande arbeid in Nederland bij de beoordeling betrokken, ongeacht het vroegere beroepsniveau: 'gangbare arbeid'. Bovendien werd vastgesteld dat 3 voorbeelden van werk voldoende waren, als in deze functies aantoonbaar 30 mensen in Nederland werkzaam waren. Recent, in 2004¹⁵, is dit criterium verder verruimd. Onder andere, door het aantal aantoonbare arbeidsplaatsen tot 3 per functie terug te brengen en door eenvoudig aan te leren vaardigheden (waaronder elementair begrip van de Nederlandse taal) als aanwezig te veronderstellen.

¹³ AStri (2007), 'Arbeidsparticipatie voor iedereen, lukt dat?', /www.astri.nl/.

¹⁴ De tweede stelselwijziging: TBA (1993), Wet Terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen.

¹⁵ Besluit van 18 augustus 2004, nr. 04.002788, tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten; Besluit van 21 september 2004: regeling nadere invulling algemeen gebruikelijke bekwaamheden.

In 2000 zijn er ook een reeks voorschriften voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vastgelegd in de wet¹⁶. Ze hebben allemaal dezelfde strekking, namelijk inperking van de discretionaire ruimte voor verzekeringsartsen om zelfstandig te besluiten dat iemand (gedeeltelijk) niet in staat is om te werken. Hoe gering iemands mogelijkheden ook zijn, de verzekeringsarts moet deze altijd expliciteren zodat de arbeidsdeskundige kan onderzoeken of iemand daarmee nog gangbare arbeid in Nederland zou kunnen verrichten. De wet kent een paar uitzonderingssituaties op deze voorgeschreven werkwijze, onder andere 'opgenomen zijn in een ziekenhuis of AWBZ-instelling' en 'volledig verlies van persoonlijke autonomie'. In 2004 zijn deze voorschriften nog verder aangescherpt door het onvermogen tot zelfstandig functioneren afhankelijk te stellen van een aantoonbare 'ernstige psychische stoornis'.

2.1.3.5 Ontwikkeling SMBA reactief in juridische context

De juridische context van de claimbeoordeling is van grote invloed geweest op de specifieke wijze waarop de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in Nederland in de loop der tijd vorm heeft gekregen. De reeks wettelijke aanpassingen van het arbeidsongeschiktheidscriterium vanaf 1987 (deels met terugwerkende kracht, bij herbeoordelingen van WAO-ers op grote schaal) is telkens vertaald in voorschriften voor de beoordeling door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. De maatschappelijke reactie op de uitkomsten van de beoordeling volgens aangescherpte criteria, in de vorm van beroepszaken, heeft geleid tot accumulierende jurisprudentie, die vooral reden was tot verdere verfijning in de beoordelingsmethodiek en ondersteunende systemen (FIS, CBBS). Deze werden op hun beurt weer inzet van nieuwe beroepszaken.

De kern van de beoordelingsmethodiek is de bewijsvoering met gebruikmaking van concrete voorbeelden van arbeid, in de vorm van systematische beschrijvingen van reëel bestaande functies in Nederlandse bedrijven en instellingen. Het bijzondere is bovendien dat deze functies als vaststaand gegeven worden gehanteerd, waardoor de bestaande arbeidsdeling en inrichting van bedrijfsprocessen maatgevend is. Deze arbeidsdeling is doorgaans afgestemd op gezonde mensen, zonder beperkingen en gezondheidsproblemen. Deze beoordelingsmethodiek reproduceert dus de status quo in arbeidsorganisaties, die meestal niet zonder meer tolerant is voor mensen met beperkingen in functioneren.

Een verdere bijzonderheid van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid met deze methodiek is, dat de functiebeschrijvingen letterlijk worden opgevat, als exacte weergave van de werkelijkheid. De vraagstelling bij de beoordeling is, of iemand ondanks zijn beperkingen in functioneren in staat geacht mag worden om de arbeid uit te voeren die in deze specifieke vorm gepresenteerd wordt.

Ook dit fenomeen is sterk verweven met de juridische context van de claimbeoordeling. De rechter toetst bij beroepszaken volgens de methode van 'close reading'. De uitvoeringsorganisatie reageert en anticipeert hierop met steeds gedetailleerdere informatie, en door deze eveneens naar de letter te hanteren bij de beoordeling. De beoordeling wordt als het ware uitgevoerd in een virtuele dialoog met de beroepsrechter.

Al met al ontstaat daarbij het risico dat het arbeidsvermogen onderschat wordt, omdat de 'hamvraag' uit het oog verloren wordt. Is iemand nog in staat is om te werken, en tot welke werkzaamheden is hij dan in staat, ondanks zijn beperkingen? Deze vragen zouden leidend moeten voor een Sociaal-Medische Beoordeling die gericht is op het ontdekken van de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie van mensen die vanwege gezondheidsproblemen of veroudering niet meer dezelfde arbeidsprestatie kunnen leveren als voorheen. Zo'n vraagstelling stelt het behoud en de ontwikkeling van arbeidsvermogen centraal.

2.1.3.6 Tot slot

De huidige methode van beoordelen van arbeids(on)geschiktheid, die nu al zo'n 40 jaar gehanteerd wordt, doet onvoldoende recht aan het grote adaptatievermogen van mensen, en de daarop gebaseerde dynamiek van hun arbeidsvermogen. Deze benadering stelt evenmin het adaptatie-vermogen van arbeidsorganisaties op de proef, waardoor kansen blijven liggen om arbeid aan te passen aan de mogelijkheden van mensen met beperkingen in functioneren. Een beoordeling die gericht is op het ontdekken van arbeidsmogelijkheden van mensen en werkorganisaties stelt ook nieuwe eisen aan de professionals die deze beoordeling uitvoeren, en aan de kennis, methoden en instrumenten die ze daarbij gebruiken. Tenslotte veronderstelt deze manier van beoordelen een aangepaste wetgeving.

2.1.4 Thema 4: Over beoordelen

2.1.4.1 SMBA als specifieke vorm van beoordeling

Beoordelen is in termen van Hofstee¹⁷ kortweg: een uitspraak doen over de kwaliteit van iets van iemand. In de context van arbeidsorganisaties is bijvoorbeeld bij personeelsbeoordeling de vraagstelling of de werknemer zijn werk naar behoren uitvoert. 'Iets' is dan de gerealiseerde arbeidsprestaties, afgemeten aan (hopelijk) van te voren afgesproken criteria, namelijk de verwachte prestaties in termen van onder andere kwantiteit, kwaliteit en continuïteit. Voorwaarde is dat de beoordelaar relevante informatie heeft over de arbeidsprestaties van de werknemer en de condities waaronder die gerealiseerd zijn. Referentiewaarden zijn te ontlenen aan de ervaring van de beoordelaar (indien voorheen zelf uitvoerend) en wat gebruikelijk is op de afdeling waar iemand werkzaam is. Het wordt al lastiger als iemand (nog) niet voldoet aan de normen van de beoordelaar en ingeschat moet worden of hij daar wel toe in staat zou zijn, gegeven een aantal randvoorwaarden.

Nog ingewikkelder wordt het als er geen informatie over iemands eerdere arbeidsprestaties bekend zijn en beoordeeld moet worden of hij in staat zou zijn het werk naar behoren uit te voeren: de geschiktheid voor een functie. In dat geval moet een voorspelling gedaan worden over iemands toekomstige prestaties, anders gezegd over zijn vermogen om bepaalde arbeidsprestaties te leveren. Dit type beoordeling is onder andere aan de orde bij personeelsselectie en studie- of beroepskeuze-adviesing. Bij dit type beoordelingen spelen veel onduidelijkheden en onzekerheden een rol. Bij personeelsselectie is de proefperiode een gebruikelijke correctiemogelijkheid voor werkgever en werknemer. Verder dienen diploma's en CV van de kandidaat, referenties bij eerdere werkgevers en de indruk die hij

¹⁶ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidwetten (juli 2000), Staatsblad 2000-307.

¹⁷ W.K.B. Hofstee (1999), 'Principes van Beoordeling. Methodiek en ethiek van selectie, examinering en evaluatie', Swets en Zeitlinger BV, Lisse.

maakt tijdens het sollicitatiegesprek als informatiebronnen voor onzekerheidsreductie. Als extra onzeker factor kan de gezondheid van de kandidaat worden aangemerkt. Meestal wordt deze factor geëlimineerd door kandidaten met gezondheidsproblemen en beperkingen in functioneren, niet te selecteren¹⁸ (Astri 2007, Regioplan 2006).

De beoordeling van het arbeidsvermogen van werkenden met functionele beperkingen en van 'Wajongers' is extra gecompliceerd, omdat er onvoldoende aanwijzingen zijn voor wat iemand in zijn werk (nog) aankan. Bij sommigen is door de aandoening de werkhistorie, zijn de eerder verworven competenties, niet meer van belang. Bij jongeren met functionele beperkingen is er slechts inzicht in schoolprestaties en gegevens over de stage. In de praktijk blijken voor deze groep medische en psychologische testen maar een beperkte waarde te hebben om het toekomstig arbeidsgedrag en de toekomstige arbeidsmogelijkheden te beoordelen.

In termen van WIA/WAO is bij de beoordeling van de geschiktheid tot werken de vraag aan de orde of iemand werk kan verrichten dat berekend is voor zijn krachten en bekwaamheden. Krachten is de juridische term voor de lichamelijke en psychische prestatiemogelijkheden (activiteiten in ICF-termen). Een gezonde werknemer beschikt qualitate qua over toereikende krachten om arbeid te kunnen verrichten. Bekwaamheden is de juridische term voor opleiding, beroepsvaardigheden en algemene gedragscompetenties die vereist zijn voor een bepaalde functie. Op deze dimensie verschilt SMBA niet principieel van de geschiktheid-beoordelingen bij gezonde mensen. Doorgaans is er wel een verschil in benadering. Het gaat bij SMBA niet om de selectie van de beste kandidaat uit een groep van geschikte kandidaten, maar om de vraag of iemand over voldoende kwalificaties beschikt om theoretisch gezien de betreffende functie uit te voeren. Bij SMBA gaat het dus om een minimaal niveau van kwalificaties dat overeen moet stemmen met de eisen van het werk.

Ook bij advisering en begeleiding bij re-integratie is er een verschil tussen SMBA en bijvoorbeeld loopbaanadviesing. Tot op heden is SMBA er niet primair op gericht om de aanwezige talenten te ontwikkelen en om werk te vinden dat daarbij past, en dat iemand bovendien het liefst zou willen uitvoeren. Het gaat in de sociale zekerheid nog altijd om 'de kortste weg naar duurzame werkhervatting'. Bij particuliere verzekeraars is de financiële ruimte voor scholing soms groter, afhankelijk van de schadebedragen die in het geding zijn.

2.1.4.2 Professionele beoordelingen: de werkelijkheid, bij benadering

Een Engelse aanduiding voor professionele beoordelingen van hoedanigheden van mensen is 'assessment'. In de Latijnse oorsprong van deze term ligt een wezenlijk kenmerk van professionele beoordelingen besloten. Assidere betekent 'er naast (gaan) zitten', of 'benaderen'. Het resultaat van 'assessment' zal dan ook nooit de 'waarheid' zijn, maar hopelijk iets dat in de buurt komt, dat 'de werkelijkheid' zo veel mogelijk benadert. Het doel van 'assessment' is om er zo dicht mogelijk 'naast' te zitten: de beste benadering dus. Het belang van deze relativisering is niet te onderschatten: ook bij de uitvoering van SMBA zullen we moeten leven met per definitie onvolmaakte beoordelingen. Dat neemt niet weg dat het streven naar de beste benadering ook hier leidend moet zijn voor de betrokken professionals. Er is geen objectief criterium om aan af te meten in hoeverre ze hierin ook slagen, anders

¹⁸ Astri (2007), 'Arbeidsparticipatie voor iedereen, lukt dat?', /www.astri.nl/.

gezegd, de mate waarin hun oordelen juist zijn. Evenmin als voor de professionele beoordelingen op andere vakgebieden bestaat er voor de SMBA beoordelingen een objectieve maat voor de juistheid van het oordeel, een 'gouden standaard'. Professionele consensus, beargumenteerde overeenstemming tussen de betrokken beoordelaars, is de enige beschikbare maatstaf voor de juistheid van het oordeel.

2.1.4.3 Professionele beoordelingen: inherente variatie

Het oordeel van professionals is op tal van maatschappelijke gebieden onmisbaar om tot verantwoorde besluiten te komen over mensen in situaties, waarbij het nodig is om recht te doen aan de individuele bijzonderheden van de persoon. Oordelen in veelal ambigue situaties, waarin conclusies getrokken moeten worden ondanks bestaande onduidelijkheden en onzekerheden. De professionele beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) is niet gevrijwaard van de complicaties die ook kenmerkend zijn voor professionele beoordelingen op andere vakgebieden: rechtspraak, vreemdelingenbeleid, indicatiestelling TBS, beslissingen over nut en noodzaak van medische ingrepen, et cetera. Daarom worden er ook fouten gemaakt, die helaas doorgaans pas achteraf aan het licht komen. Er zijn twee soorten fouten: een onjuist positief oordeel (bij arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: toekenningen), of een onjuist negatief oordeel (bij arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: afwijzingen). Er zijn ook twee typen manieren van omgaan met de onzekerheidsmarges die inherent zijn aan professionele oordelen, beide overigens vermijdingsstrategieën. De ene strategie minimaliseert de kans op onjuiste positieve beslissingen (Type I fout), de andere minimaliseert de kans op onjuiste negatieve beslissingen (Type II fout). Beide type fouten zijn echter complementair: als de kans op de ene afneemt, neemt de kans op de andere evenredig toe. Beoordelaars kunnen verschillen in de mate waarin ze overwegend één van deze beide strategieën toepassen (inter-beoordelaarsverschillen). Ook kunnen ze verschillen in de mate waarin ze wisselen van strategie (intra-beoordelaarsverschillen).

Een belangrijke complicatie bij de professionele beoordeling is, dat de beoordelaar zich zelf niet buiten de beoordeling kan plaatsen. Ondanks professionele distantie, is het is altijd een oordeel van een persoon over een andere persoon, deels op grond van de (resultaten van) interactie met die andere persoon. Juist omdat beoordeling per definitie niet onpersoonlijk is, maar subjectief, is een belangrijke eis aan professionele beoordeling dat deze verantwoord is. Ook in letterlijke zin, namelijk zodanig verwoord dat de beoordeling transparant en navolgbaar is. De professionele beoordelaar legt aan zichzelf en anderen rekenschap af van zijn oordeel. De eis van transparantie houdt in dit verband in, dat een reconstructie mogelijk moet zijn, die duidelijk maakt welke feiten, omstandigheden en opvattingen in de beoordeling zijn betrokken, hoe deze zijn gewogen en hoe is omgegaan met onduidelijkheden en onzekerheden. Kortom, welke keuzes zijn gemaakt waar geen 'evidence-based' pasklaar vakmatig antwoord of oplossing voorhanden was.

Toetsbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie zijn als wettelijke kwaliteitseisen geformuleerd voor het verzekeringsgeneeskundige onderzoek bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid¹⁹. Reproduceerbaarheid houdt 'dat andere gekwalificeerde beroeps-genoten dan de verzekeringsarts die het verzekeringsgeneeskundige onderzoek heeft uitgevoerd, in eenzelfde geval tot dezelfde bevindingen en conclusies zullen **kunnen** komen'.

¹⁹ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, Staatsblad 2000-307, p. 20.

Let wel: níet **moeten** komen. Daarmee erkent de wetgever dat verschillen van inzicht bij deze beoordelingen niet zijn uit te sluiten, en dat die ook tot verschillende uitkomsten kunnen leiden. Als waarborg tegen onjuiste, of zelfs willekeurige oordelen, is de intersubjectieve overeenstemming tussen professionals tot norm bestempeld. Verschillende oordelen in vergelijkbare gevallen zijn toegestaan, mits de overwegingen die daartoe geleid hebben maar gedeeld kunnen worden door vakgenoten. Een professioneel 'agree to disagree' dus.

2.1.4.4 Beoordelingen arbeidsongeschiktheid: omgaan met verschillen

De verzekering tegen de financiële gevolgen van arbeidsongeschiktheid is bedoeld voor mensen die vanwege gezondheidsproblemen niet meer (voltijds) kunnen werken. Verzekeringsartsen staan bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor de taak, om in te schatten tot welke (arbeidsrelevante) activiteiten deze mensen nog in staat zijn, ondanks hun gezondheidsproblemen: hun 'functionele mogelijkheden'. Het vertrekpunt voor deze beoordeling zijn de ervaren beperkingen in functioneren van de cliënt. Deze worden getoetst op plausibiliteit en interne consistentie, gegeven de medische historie en het actuele dagelijkse functioneren. De beoordeling wordt uitgevoerd binnen een wettelijk kader dat voorschriften voor verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bevat ten aanzien van de inhoud en werkwijze bij de beoordeling, neergelegd in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Deze wettelijke regeling vormt voor een groot deel een codificatie van professionele standaarden die voordien in de uitvoeringsorganisatie(s) zijn ontwikkeld. De kern van deze voorschriften is gericht op uniformering van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, vanuit de opdracht tot het ontdekken van zoveel mogelijk resterende mogelijkheden tot functioneren (aan de verzekeringsarts) en de maximale mogelijkheden om daarmee te verdienen (aan de arbeidsdeskundige).

Voor de verzekeringsartsen zijn deze wettelijke voorschriften recent uitgebreid met verzekeringsgeneeskundige protocollen voor de beoordeling van cliënten met specifieke aandoeningen (diagnosegroepen). De ontwikkeling, implementatie, toepassing en toetsing van al deze (wettelijke) voorschriften, standaarden en protocollen hebben één gemeenschappelijk doel: de verbetering van de kwaliteit van het oordeel door verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit van de beoordeling door de individuele professional. Daarom ook wordt er momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van 'medi-prudenti'. Dit is goed gedocumenteerde en van deskundig commentaar voorziene casuïstiek van beoordelingen van cliënten met bepaalde aandoeningen, waarover consensus bestaat in de beroepsgroep, en die richtinggevend is voor de beoordeling van soortgelijke gevallen. Deze benadering lijkt enigszins op de rol die jurisprudentie in de rechtspraak vervult.

2.1.4.5 Tot slot

Uniformiteit bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid een doelstelling is, die nagestreefd moet worden, maar alleen bij benadering gerealiseerd kan worden. Er is en wordt veel ondernomen om met voorschriften en protocollen bij te dragen aan de uniformiteit van de beoordelingen. Het adagium 'gelijke monniken, gelijke kappen' betekent op dit terrein dat alle cliënten op een respectvolle manier behandeld worden, met inzet van dezelfde mate van professionele deskundigheid, zorgvuldigheid en integriteit.

Verschillende uitkomsten bij de beoordelingen van (soort)gelijke gevallen zijn echter zeker niet uit te sluiten en gezien de aard van de beoordeling en de stand van de vakontwikkeling in principe verdedigbaar, getuige ook de wettelijke kwaliteitseis.

2.1.5 Thema 5: Trends en toekomstige ontwikkelingen in de sociale zekerheid

2.1.5.1 Van compensatie naar participatie

In tal van landen is een transformatie van sociale zekerheid gaande, met als gemeenschappelijk kenmerk de nadruk op activering van mensen zonder werk, gericht op arbeidsparticipatie. Compensatie van inkomensverlies wordt daaraan ondergeschikt gemaakt^{20,21,22}. In Nederland is die ontwikkeling ingezet in 1993 met de wet TBA (Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen) en TZ-Arbo (onder andere 6 weken loondoorbetaling bij ziekte voor rekening werkgever); gevolgd door Wulbz in 1996 (uitbreiding verplichte loondoorbetaling tot 1 jaar), in 2002 door WVP (Wet verbetering Poortwachter) en in 2004 door VLZ (verdere verlenging loondoorbetaling bij ziekte tot 2 jaar). Vooral de beide laatstgenoemde wetten worden verantwoordelijk geacht voor het merendeel van de forse daling van het arbeidsongeschiktheidsrisico in de afgelopen periode²³ (van 1,5% in 2000-2002 tot 0,5% in 2006). Met deze wetten is de verantwoordelijkheid voor ziekte en arbeidsongeschiktheid gedurende een periode van 2 jaar gelegd bij werkgever en werknemer. Hun wederzijdse rechten en plichten ten opzichte van elkaar zijn eveneens wettelijk vastgelegd. Deze zijn allerminst vrijblijvend en de naleving ervan wordt getoetst door UWV. De introductie van de WIA in 2006 wordt gezien als het (voorlopige) sluitstuk van deze trend in Nederland: Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

Op andere terreinen van de sociale zekerheid zijn soortgelijke ontwikkelingen waar te nemen, bijvoorbeeld 'Work first' voor de mensen die zijn aangewezen op een bijstandsuitkering, WWB: Wet Werk en Bijstand. In alle landen waar deze ontwikkeling gaande is slagen overheden erin om de regelingen gericht op compensatie af te bouwen, ondanks vaak grote maatschappelijke weerstand. Vergroting van de arbeidsparticipatie van moeilijke doelgroepen is tot op heden echter nergens een groot succes geworden. Moeilijke doelgroepen bestaan uit werkzoekenden die (combinaties) van kenmerken hebben die het blijkbaar voor werkgevers niet aantrekkelijk maken om hen in dienst te nemen. Leeftijd speelt een rol (te jong of te oud), lage of niet passende opleiding, geslacht (vrouwen), maar vooral gezondheidsproblemen en beperkingen in functioneren. Ondanks het huidige gunstige economische tij en de grote krapte op de arbeidsmarkt neemt de arbeidsparticipatie van 'arbeidsgehandicapten'²⁴ zelfs af, en zijn werkgevers met name niet genegen om arbeidsgehandicapten in dienst te nemen²⁵.

²⁰ OECD (2003): "Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People".

²¹ G. Waddell, M. Aylward and Ph. Sawney (2002): "Back pain, incapacity for work and social security benefits: an international literature review and analysis", The Royal Society of Medicine Press.

²² P. Kemp, A. Sundèn and B. Bakker Tauritz (2006): "Sick Societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states", International Social Security Association, Geneva.

²³ E. Berendsen, H. Mulders en J. van Loo (2007), 'Het eerste jaar WIA', ESB, 9 maart 2007, pp.132-135.

²⁴ SCP 2007, arbeidsgehandicapten zijn in dit geval mensen die van zich zelf aangeven dat ze: 1) door een chronische ziekte beperkingen in dagelijks functioneren ondervinden en 2) hierdoor hinder ondervinden bij het uitvoeren of verkrijgen van werk.

²⁵ AStri (2007), 'Arbeidsparticipatie voor iedereen, lukt dat?', /www.astri.nl/.

2.1.5.2 Gevolgen voor de functies van de sociale zekerheid

In een toekomstverkenning onderkent de WRR onderkent 4 duurzame hoofdfuncties voor de verzorgingsstaat: verzorgen, verzekeren verheffen en verbinden²⁶. **Verzekeren** is de kernfunctie van de verzorgingsstaat ten behoeve waarvan SMBA uitgevoerd wordt. Verzekeren kent twee wederkerige componenten: rechten en plichten. Recht op compensatie, (gedeeltelijke) financiële schadeloosstellingen bij verlies of ontstentenis van arbeidsinkomen, is verbonden met de plicht om alles in het werk te stellen om zo snel mogelijk uit deze toestand te geraken. Dat wil zeggen: (weer) aan het werk gaan. Daartoe bevatten de sociale verzekeringswetten (WW, WAO/WIA, Wajong, WWB) allerlei activerende bepalingen en instrumenten, inclusief sancties. Beide componenten behoren van meet af aan tot de sociale zekerheidswetten (vanaf de Ongevallenwet, 1901)²⁷. Tot aan eind jaren tachtig van de vorige eeuw heeft echter het element compensatie voorop gestaan in de uitvoering, en de praktijk van de professionals gedictieerd. Vanaf die tijd (1990) werd het accent meer en meer gelegd op activering (de plichten). Aanvankelijk stonden hoofdzakelijk budgettaire overwegingen voorop: bezuinigingen op de overheidsuitgaven en goedkoper maken van arbeid in Nederland (concurrentiepositie). Inmiddels is vergroting van de arbeidsparticipatie een doel op zich geworden, een hoofddoel van het regeeringsbeleid, om de financiering van de sociale zekerheid in zijn totaliteit, inclusief zorg en onderwijs (verheffen) veilig te stellen, en de maatschappelijke samenhang te bevorderen (verbinden). Het motto 'Werk boven uitkering' geeft deze omslag weer: compensatie wordt in dienst van arbeidsparticipatie gesteld (sluitende aanpak WW, Work First WWB, herbeoordeling WAO-ers, uitkeringsregime WGA: hogere uitkering bij werk, lagere uitkering bij niet- of onvoldoende werken). Voor de professionals die SMBA uitvoeren betekent deze omslag, dat er **meer aandacht nodig is voor het (helpen) ontdekken van resterende (potentiële) arbeidsmogelijkheden**, ten behoeve van het ontwerpen van re-integratietrajecten.

2.1.5.4 Employability

In een recent advies constateert de WRR²⁸ dat er door de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt (globalisering van de economie, Europese integratie) en demografische ontwikkelingen (vergrijzing, ontgroening) geen alternatief is voor vergroting van de arbeidsdeelname van de (potentiële) beroepsbevolking. Bovendien zal die arbeidsparticipatie zich gaan afspelen in steeds flexibeler arbeids-verhoudingen (transities van werknemers binnen- en tussen bedrijven), die de werknemers nopen tot voortdurende aanpassingen. Daarom zullen werknemers permanent moeten investeren in het onderhouden en verbeteren van hun arbeidskwalificaties, aangeduid als "employability" (inzetbaarheid). Volgens de WRR zijn de nieuwe risico's op baanonzekerheid voor een deel ook op te vangen door een verschuiving van "verzekering tegen inkomensverlies" naar "verzekering tegen baan- of werkverlies". Die verzekering is gelegen in de garantie **vooraf** van een up-to-date beroepskwalificatie (employability), in plaats van financiële compensatie van baanverlies **achteraf**.

Na de verschuiving in beleid en uitvoering van compensatie naar participatie (die 20 jaar geleden begon) is er nu een verdere verschuiving nodig van participatie naar employability, volgens dit WRR-advies. Een nieuwe vorm van sociale verzekering, door vooraf collectief gefinancierde investeringen in de persoonlijke employability van werknemers.

²⁶ WRR (2006), 'De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden', Amsterdam University Press, Amsterdam.

²⁷ W.E.L. de Boer en E.S. Houwaart, eds. (2006), 'Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid 1901-2005'. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp.

²⁸ WRR (2007), 'Investeren in werkzekerheid', Amsterdam University Press, Amsterdam.

Gedacht moet worden aan vergroting van de arbeidskwalificatie in brede zin, niet louter functie- of bedrijfsgericht. Deze investeringen van de werknemer in zichzelf, zijn eigen kansen op de interne en externe arbeidsmarkt, moeten worden gefinancierd door 'verzekeringsarrangementen', eerst in het kader van CAO's en daarna in kaderwetgeving, en verder in de vorm van leer-werktrajecten voor jongeren zonder werkervaring. Inmiddels zijn er in de meeste CAO's al bepalingen opgenomen ter bevordering van employability²⁹.

2.1.5.5 Kanttekeningen bij employability

Opvallend is dat de analyses en aanbevelingen in het WRR-rapport vrijwel uitsluitend betrekking hebben op werkenden. Interessant, met name voor de toekomstige vormgeving van SMBA, is echter de vraag hoe een dergelijke ex ante verzekering ook vorm kan krijgen voor mensen met beperkingen in functioneren **zonder werkgever** ('outsiders'³⁰ als langdurig werklozen, arbeidsongeschikten, 'vangetters' en Wajongeren).

Opmerkelijk is verder dat de analyses en aanbevelingen in dit WRR-rapport nagenoeg volledig beperkt blijven tot de **aanbodzijde van de arbeidsmarkt**. Daarbij wordt bovendien als dominant gegeven aan de vraagkant van de arbeidsmarkt uitgegaan van toenemende flexibilisering van arbeidsverhoudingen en toenemende eisen aan de kwalificatie van werknemers. Uit recente publicaties van de SER valt echter te vernemen dat er nog veel moet gebeuren om deze dynamiek in de organisaties het Nederlandse bedrijfsleven te van de grond te krijgen. Er is een ingrijpende verandering van de bedrijfsvoering nodig om de kennis-economie ruimte voor ontwikkeling te geven³¹. Pas recent zijn er ook gecoördineerde initiatieven voor deze vorm van sociale innovatie³².

Verder is het van belang om te constateren dat de pleidooien voor deze vorm van sociale innovatie zich eenzijdig richten op de hoger gekwalificeerde werknemers in de kennis-economie. Innovatie van de arbeidsorganisatie moet zorgen voor meer regelruimte, zodat hun persoonlijk initiatief en hun creatieve inbreng de verwachte meerwaarde van kenniswerkers opleveren. Eerdere publicaties van de SER, waarin nadrukkelijk aandacht werd gevraagd voor de ontwikkelingen aan de 'onderkant' van de arbeidsmarkt worden niet in verband gebracht met de noodzaak tot persoonlijke initiatieven van (potentiële) werknemers gericht op vergroting van de eigen employability (inzetbaarheid). Voor de toekomstige praktijk van SMBA is het echter minstens zo belangrijk om te overdenken welke vormen van sociale innovatie, met name in de bedrijfsvoering, er mogelijk zijn, om ook voor werknemers en werkzoekenden met een lagere opleiding en beperkingen in (sociaal) functioneren 'werkzekerheid' te realiseren in de vorm die de WRR voor ogen staat: niet terugvallen op compensatie (uitkeringen) als iemand zijn eigen sociale zekerheid kan bevorderen.

²⁹ SZW (2007) 'Najaarsrapportage CAO-afspraken', /www.szw.nl/.

³⁰ G. Jehoel-Gijsbers, et al. (2007), 'Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting', SCP, Den Haag.

³¹ SER (2006d) Welvaartsgroei door en voor iedereen; Themadocument Sociale innovatie, publicatienr. 06/08, Den Haag; Task Force Sociale Innovatie (2004) Sociale innovatie, de andere dimensie, Den Haag; A. Rinnooy Kan en T. van der Wijs (2006), 'Gevraagd: offensief sociaal economisch beleid', ESB dec. 2006, pp. 612-615.

³² Nederlands Centrum voor Sociale Innovatie, /www.ncsi.nl/

2.1.6 Thema 6: 3 functies voor SMBA?

Uit de twee recente verkenningen van de WRR (zie thema 5) valt af te leiden dat beide klassieke componenten van de sociale verzekeringen, compensatie en participatie, ook in de toekomst niet gemist kunnen worden. Verder, dat de inmiddels tot stand gekomen onderschikking van compensatie aan participatie als blijvend moet worden beschouwd. Tenslotte, dat er naar verwachting een nieuwe component van sociale verzekering zal ontstaan in de nabije toekomst, die anticiperend gericht is op vergroten van 'werkzekerheid', door tijdig te investeren in employability van de persoon, steeds vaker aangeduid als burger die klant is van een 'nieuwe overheid'.

Bij deze laatste verwachte ontwikkeling zijn nog veel vragen en kanttekeningen te plaatsen. Vooral ten aanzien van de positie van mensen zonder werkgever en in het bijzonder degenen onder hen met gezondheidsproblemen en beperkingen in functioneren. Uitgaande van de drie functies van sociale verzekeringen op het gebied van arbeid (compensatie, participatie en employability), zijn er ook drie daarvan afgeleide **functies voor SMBA** te onderscheiden met verschillende rollen van de publieke verzekeraar, de beoordelaar en de verzekerde bij elk van deze componenten. (zie onderstaand schema).

	COMPENSATIE	PARTICIPATIE	EMPLOYABILITY
Uitvoeringsorganisatie	Beslisser	Opdrachtgever	Toetsers
Professional	Expert	Begeleider/coach	Adviseur/coach
Verzekerde	Cliënt	Klant	Opdrachtgever

Deze schets roept vragen op als: horen bij deze verschillende rollen ook verschillende handelingscompetenties voor de drie betrokken actoren? Denk aan de verzekerde als cliënt, die correct bejegend dient te worden, die bevraagd en eventueel lichamelijk onderzocht wordt (en het staat hem niet vrij om dat te weigeren of niet te antwoorden), maar die verder niet geacht wordt enige invloed uit te oefenen op de uitkomst van de beoordeling. Dan de verzekerde die zich klant mag noemen als het gaat om re-integratie, met in toenemende mate eigen inbreng, zoals bij de IRO (individuele re-integratieovereenkomst). Meer nog dan bij dit laatste voorbeeld zal in de toekomst de verzekerde als klant het heft in eigen handen (moeten) nemen. Als 'mondige burger' die autonome beslissing treft op basis van heldere keuzemogelijkheden die hij voor zich ziet, als vormen van dienstverlening door de 'nieuwe overheid'. Over de haalbaarheid van dit toekomstbeeld, de deels nieuwe (wisselende) rollen van de professional, de weerbaarheid van de burger als 'consument', de effectiviteit van de 'vraagsturing' in de sociale zekerheid is nog weinig bekend. Probleemloos is dit perspectief zeker niet, zoveel is nu al wel duidelijk³³.

Voor de vakontwikkeling van professionals die SMBA ten behoeve van de drie verschillende functies zullen uitvoeren, zullen ook de vereiste vaardigheden en attitudes bij het hanteren van de verschillende rollen in de uitvoering, een belangrijk punt van aandacht moeten zijn.

De vierde functie van SMBA?

In de WRR-verkenningen is onbelicht gebleven hoe de 'werkzekerheid' van mensen met weinig mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling bevorderd kunnen worden door **innovatie in bedrijfsvoering**. Ook op dit terrein, naar analogie met employability aan te duiden als de **employmentability** (opnamevermogen) van arbeidsorganisaties zou SMBA een (vierde!) functie kunnen vervullen, maar dan met vooral de werkgever als klant.

2.2 Wat is een goede beoordeling?

W.K.B. Hofstee*, maart 2008

Deze uiteenzetting is bedoeld als explicitering van wat in het algemeen wordt verstaan onder goed beoordelen. Het resultaat is - onvermijdelijk maar ook uitdrukkelijk - 'ter beoordeling'.

2.2.1 Beoordelen versus meten

Beoordelen, in tegenstelling tot meten, is casuïstisch van aard, wat wil zeggen dat de beoordelingsgronden (in de zin van: datgene op grond waarvan men tot een oordeel komt) en hun relevantie deels kunnen afhangen van het individuele geval waarop de beoordeling betrekking heeft. De beoordelingsgronden vormen een open verzameling; de kwaliteit, hoedanigheid, eigenschap e.d. waarop wordt beoordeeld is 'emergent': iedere concrete beoordeling herdefinieert impliciet de hoedanigheid in kwestie; de beoordeling is heuristisch in plaats van algoritmisch; beoordelen is een creatief proces. De grondslag voor het casuïstisch karakter van beoordelingen valt te zoeken in het feit dat beoordeling over mensen gaat: mensen worden beoordeeld op hun eigen merites.

2.2.2 Official business

De beoordelaar, en ook de betreffende professie, zijn niet autonoom: beoordelen gebeurt 'ex officio'. Een beoordeling in een bijzonder geval vormt een mogelijk precedent voor toekomstige gevallen; de beoordelaar kan geen privileges toekennen. De uitdrukking dat een professie-beoefenaar over discretionaire bevoegdheden zou beschikken is misleidend voorzover die verwijst naar subjectiviteit of smaak, laat staan willekeur: 'discretionair' kan alleen slaan op onderscheid naar beoordeelde en diens eigen merites. De beoordelaar dient de keuze van beoordelingsgronden achteraf te kunnen verantwoorden met het oog op de toekomst (vgl. jurisprudentie, casuïstiek). Er bestaan in principe geen eens-en-vooral gevestigde beoordelingsgronden: de open verzameling is dynamisch van aard. 'Gelijke behandeling in gelijke gevallen' kan in een beoordelingscontext ook niet betekenen dat er eerder een gelijk geval moet zijn geweest; 'gelijke gevallen' is hier een virtueel begrip dat verwijst naar de toekomst: 'oordeel zo dat die beoordeling als richtinggevend kan gelden voor toekomstige gevallen'.

³³ BenM, *themanummer publiek management en nieuw professionalisme*, 2006, jaargang 33, nr. 3.

* Met dank aan Wout de Boer, Henny Mulders, Frans Nijhuis en Han Willems voor hun commentaar.

2.2.3 Professionele ondersteuning

In de praktijk blijken beoordelingsgronden zoals meetuitkomsten en indicatoren bij voorbaat meer of minder algemeen relevant, naar gelang de proportie van eerdere casus waarin ze als relevant kunnen worden aangemerkt. Als relatief relevante gronden niet in aanmerking worden genomen, is redelijkerwijs sprake van een kunstfout. Beoordelingsondersteuning bestaat uit protocollen, neerslag van gezamenlijke professionele ervaring, waarmee automatisch aandacht wordt geschonken aan relatief relevante beoordelingsgronden, ter voorkoming van kunstfouten. Uit de aard der zaak (zie boven) kunnen protocollen de beoordelaar niet vervangen of overbodig maken.

2.2.4 Bureaucratisering

De beoordelingsautoriteit (-overheid, -opdrachtgever, -adressand) stelt het beoordelingskader vast. Ze heeft geen inhoudelijk verstand van zaken – bijvoorbeeld van artistieke kwaliteit of arbeidsvermogen – maar is bevoegd en gehouden marginaal te toetsen of de beoordelaar bij de les blijft en geen oneigenlijke gronden hanteert. Dat komt met name neer op een negatieve definitie van de verzameling van beoordelingsgronden: de verzekeraar kan bijvoorbeeld stipuleren dat de arbeidsmarktsituatie of gebrek aan beheersing van de landstaal geen grond is voor een beoordeling van verminderd arbeidsvermogen. Vooral bij open-eindregelingen (in tegenstelling tot gebudgetteerde en competitieve situaties zoals bij onderzoekssubsidies) is dergelijke marginale toetsing van de beoordeling aan de orde. Gevaar voor de beoordelingspraktijk ligt hier op de loer, aangezien de autoriteit aan de verleiding blootstaat haar bevoegdheid te overschrijden in de richting van bureaucrativering van de beoordeling: inhoudelijke bemoeienis ermee via regelgeving. Het voorbeeld van taalachterstand is al dubieus, aangezien die in een individuele casus kan voortvloeien uit een handicap in plaats van gebrek aan inspanning. Bureaucrativering van de beoordeling corrumpeert het karakter van beoordelingen en lokt oneigenlijk strategisch gedrag uit ('bespelen van het systeem'). Het strategisch gedrag is oneigenlijk omdat de indicatoren waarop het zich richt, niet dekkend kunnen zijn voor de kwaliteit in kwestie. Secundair leidt bureaucrativering tot een mate van collectief cynisme.

2.2.5 Intersubjectiviteit

Gegeven het open en dynamisch karakter van de verzameling van beoordelingsgronden en van hun weging naar relevantie voor de casus, is er geen inhoudelijk criterium voor de kwaliteit van een beoordeling. Evenmin ligt dat criterium bij de individuele beoordelaar. De beoordelaar is principieel uitwisselbaar: idealiter zou een willekeurige andere gekwalificeerde beoordelaar tot hetzelfde oordeel komen. Het 'ex officio' karakter van beoordelingen en de uitwisselbaarheid van beoordelaars bieden een uitweg voor de vraag naar het criterium voor een goede beoordeling: dat is niet gelegen in het objectieve of subjectieve, maar in het intersubjectieve vlak. De beoordelende instantie is idealiter een intersubject, een 'forum', een verzameling van in aanmerking komende beoordelaars in 'herrschaftsfreie Dialog' bijeen; de goede beoordeling vertegenwoordigt een 'consensus hominum'. Uiteraard is dit criterium voor de kwaliteit van een beoordeling niet observeerbaar en bestaat het intersubject niet; wel zijn ze richtinggevend.

2.2.6 Overeenstemming tussen beoordelaars

Als twee beoordelaars beiden goed zouden beoordelen, zouden ze beiden in overeenstemming met het intersubject beoordelen, en zouden dus hun beoordelingen onderling overeenstemmen. De mate van overeenstemming tussen beoordelaars levert aldus een observeerbaar criterium voor hun kwaliteit. Gebrek aan overeenstemming sluit weliswaar in theorie niet uit dat een van de beoordelaars goed kan hebben beoordeeld (en al helemaal niet dat iedere beoordelaar voor zich dat kan denken), maar redelijkerwijs wijst het op feilbaarheid in het algemeen.

2.2.7 Anticipatie op consensus

In beginsel valt nauwkeurig aan te geven hoe een beoordelaar de kwaliteit van zijn of haar beoordelingen kan proberen te maximaliseren, namelijk, door te anticiperen op de intersubjectieve consensus. De taak van de beoordelaar is het zo goed mogelijk voorspellen van het oordeel van het intersubject. Dat sluit een aantal taakopvattingen uit, waaronder eigengereidheid in de vorm van bewuste strengheid of juist toegankelijkheid, 'beoordelingsdelegatie' aan metingen en indicatoren of juist overmaat aan creativiteit.

2.2.8 Meervoudige beoordeling

De koninklijke weg om de kwaliteit van beoordelingen te verhogen is meervoudige beoordeling, waarmee de onvermijdelijke beoordelaarsfouten worden uitgemiddeld. Dat daardoor de autarkie van de individuele beoordelaar wordt doorbroken, is wellicht het slechtst denkbare argument tegen beoordeling in commissie. Wel van belang zijn de meerkosten (hoewel die niet bij voorbaat opwegen tegen de winst in kwaliteit¹⁾), en het argument dat in de praktijk onafhankelijke replicaties niet altijd zullen worden verwezenlijkt, hetgeen weer afbreuk doet aan de kwaliteitsverbetering.

2.2.9 Een lage drempel voor beoordelingskwaliteit

Een zwakke operationele definitie van een goede beoordeling is dat 'andere gekwalificeerde beroepsgenoten [...] in eenzelfde geval tot dezelfde bevindingen en conclusies zullen kunnen komen'. Die versie is weliswaar in beginsel richtinggevend door haar intersubjectieve oriëntatie, maar legt de lat te laag. Aan de voorwaarde zal in de praktijk altijd zijn voldaan, behoudens in gevallen van aperte wanbeoordeling. Het ligt bijvoorbeeld niet in de rede te verwachten dat een beroepsinstantie met zo'n lage drempel voor kwaliteit genoeg neemt.

2.2.10 De beoordeelde als assessor

De beoordeelde zelf maakt idealiter deel uit van het intersubject, niet in de rol van passief object dan wel belanghebbende of claimant, maar in de reflexieve rol van een assessor die afstand neemt tot de eigen casus en een intersubjectief gezichtspunt inneemt. In de praktijk van de beoordeling zullen doorgaans regieaanwijzingen nodig zijn om de beoordeelde op dat intersubjectieve been te zetten. Die hebben het karakter van uiting van respect (respicere: in aanmerking nemen, rekening houden met) en betrekken van de beoordeelde bij de beoordeling. In voorkomende gevallen kan respect het karakter hebben van confrontatie van beoordeelde met diens ongerefecteerde belangenbehartiging, passiviteit, verongelijkt-heid, bedrog, en dergelijke.

¹⁾ Beoordelaarskosten zijn ruwweg recht evenredig met het aantal beoordelaars; de meeropbrengst van een extra beoordelaar echter is een afnemende (Spearman-Brown) functie van het aantal beoordelaars. In beginsel, namelijk bij volledige informatie over kosten en baten, zou dus per situatie een optimaal aantal beoordelaars kunnen worden vastgesteld.

Als de beoordeelde als assessor bij de beoordeling kan worden betrokken, en als dat scenario tot overeenstemming-in-redelijkheid leidt, dan is dat een indicatie voor een goede beoordeling (niet meer dan dat; wanneer aan de voorwaarde niet is voldaan, is het zelfs eerder een contra-indicatie). In geval van redelijke twijfel of meningsverschil ligt het voor de hand een gekwalificeerde derde in te schakelen, in de rol van onafhankelijke beoordelaar, alvorens het oordeel vast te stellen. Die procedure komt niet in de plaats van bezwaar en beroep, maar zal in de praktijk het aantal gevallen daarvan verminderen.

2.2.11 Beoordelaars beoordeeld

Het is niet gebruikelijk beoordelaars op hun beurt te beoordelen. Het is echter de vraag of daar principieel bezwaar tegen kan bestaan. Indicatoren (meer niet!) voor de kwaliteit van beoordelingen zijn aantallen bezwaarschriften en de mate waarin die worden gehonoreerd, afwijkingen van de gemiddelde beoordelingsverhouding (de verhouding tussen positieve en negatieve oordelen) die automatisch de overeenstemming met de collegiale consensus verlagen, en dergelijke.

2.2.12 De 'learned profession'

Beoordelen is een professionele activiteit. De bewaking van de kwaliteit van het professioneel handelen pleegt te worden georganiseerd in (post)academische opleidingen onder supervisie, accreditatie, collegiaal toezicht op basis van een beroepscode, intervisie, inspectie, en dergelijke. Alleen beoefenaars van zo'n 'learned profession' kunnen delen in de eindverantwoordelijkheid voor een beoordeling.

2.3 Persoonlijke factoren bij de beoordeling van arbeidsvermogen

W.K.B. Hofstee³⁴, maart 2008

Dit stuk bevat een eerste verkenning van de categorieën 'persoonlijke factoren' en 'temperament en persoonlijkheid' in de Internationale Classificatie van Functioneren (ICF). In het begripmatig jongleerwerk van de ICF vallen er nogal wat ballen op de grond. Het vergt het uiterste van een mens ze weer in de lucht te krijgen, als dat al mogelijk zal blijken.

2.3.1 Persoonlijke factoren

Over 'persoonlijke factoren' merkt de ICF het volgende op: 'Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu, en bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Deze kunnen omvatten leeftijd, ras [?,wkbh], geslacht, opleiding, ervaringen, persoonlijkheid en karakter, bekwaamheden, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, redzaamheid, sociale achtergrond, beroep en ervaringen uit het heden en verleden. Ze kunnen alle, of elk afzonderlijk, een rol spelen bij het krijgen van functioneringsproblemen, op elk niveau. De ICF bevat geen classificatie of lijst van persoonlijke factoren. In [het ICF-model] zijn de persoonlijke factoren weergegeven om te laten zien dat zij het resultaat van bepaalde interventies kunnen beïnvloeden.'

Met andere woorden: evenals externe factoren kunnen deze 'interne' achtergrondfactoren (a) het krijgen van functioneringsproblemen en (b) het oplossen ervan, in de hand werken of tegenwerken, maar het zijn geen functioneringsproblemen als zodanig.

2.3.2 'Mentale functies'

Er bestaat echter overlap tussen elementen uit de bovenstaande opsomming en uit Hoofdstuk 1, 'mentale functies', met name b126, 'Temperament en persoonlijkheid'. Bepaalde persoonlijke factoren, met name persoonlijkheidsfactoren, kunnen dus blijkbaar wel degelijk deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand.

Die tegenspraak vergt nadere analyse. Onder 'Temperament en persoonlijkheid' vallen:

b1260 Extraversion: Mental functions that produce a personal disposition that is outgoing, sociable and demonstrative, as contrasted to being shy, restricted and inhibited.

b1261 Agreeableness: Mental functions that produce a personal disposition that is cooperative, amicable, and accommodating, as contrasted to being unfriendly, oppositional and defiant.

b1262 Conscientiousness: Mental functions that produce personal dispositions such as in being hard-working, methodical and scrupulous, as contrasted to mental functions producing dispositions such as in being lazy, unreliable and irresponsible.

b1263 Psychic stability: Mental functions that produce a personal disposition that is even-tempered, calm and composed, as contrasted to being irritable, worried, erratic and moody.

b1264 Openness to experience: Mental functions that produce a personal disposition that is curious, imaginative, inquisitive and experience-seeking, as contrasted to being stagnant, inattentive and emotionally inexpressive.

b1265 Optimism: Mental functions that produce a personal disposition that is cheerful, buoyant and hopeful, as contrasted to being downhearted, gloomy and despairing.

b1266 Confidence: Mental functions that produce a personal disposition that is self-assured, bold and assertive, as contrasted to being timid, insecure and self-effacing.

b1267 Trustworthiness: Mental functions that produce a personal disposition that is dependable and principled, as contrasted to being deceitful and antisocial.

De eerste vijf items geven een versie weer van het Five-Factor Model (FFM) van McCrae en Costa, de resterende drie zijn taxonomisch gesproken arbitraire toevoegsels. Krachtens hun plaats in de ICF kunnen deze persoonlijkheidseigenschappen dus wel degelijk (geestelijke-gezondheids) problemen vormen: een code b1262.3 bijvoorbeeld zou betekenen een ernstige (niveau 3) stoornis in mentale functies gerelateerd aan nauwgezetheid, in casu: ernstige luiheid, onbetrouwbaarheid en onverantwoordelijkheid. Niks persoonlijke factoren op de achtergrond dus. Terzijde zij opgemerkt dat hier impliciet een achttal persoonlijkheidsstoornissen worden gedefinieerd, waarvan de relatie tot de klassieke DSM-As-II-stoornissen onduidelijk blijft.

³⁴ Met dank aan Wout de Boer, Frans Nijhuis en Han Willems voor hun commentaren.

2.3.4 Nadere analyse van 'persoonlijke factoren'

Voor een plaatsbepaling van persoonlijkheidsfactoren in een SMBA-context is het zaak de heterogene verzameling van ICF-persoonlijke factoren nader te structureren.

Te onderscheiden vallen:

- **Persoonskenmerken** zoals leeftijd, geslacht en (etnische) afkomst kunnen met recht tot de achtergrondfactoren worden gerekend.
- **Biografische gegevens** waaronder sociale achtergrond, opvoeding, en 'life events' waarvoor hetzelfde geldt.
- **Carrièregegevens** waaronder opleiding, beroep en (werk)ervaring vormen een soort tussen-categorie. Enerzijds zijn het achtergrondfeitelijkheden (ooit bijvoorbeeld bepalend voor iemands 'passende arbeid'), anderzijds zijn het gebieden waarop het beleid ten aanzien van de persoon kan aangrijpen, met name in de vorm van herscholing. (Opvoeding lijkt hier inderdaad niet thuis te horen, aangezien heropvoeding buiten een justitiële context niet aan de orde is; maar de grenzen zijn vloeïend, bijvoorbeeld als wordt gesteld dat het opdoen van werkritme goed is voor de cliënt).
- **Levensstijl** met inbegrip van levensgewoonten en lichamelijke conditie voor zover daarvan afhankelijk, liggen nog minder in de sfeer van vastliggende achtergrondgegevens. Met name herstelgedrag hoort in deze categorie thuis. De persoon wordt geacht er de regie over te hebben, eventueel met steun van professionele interventies.

Blijft over de vraag naar de plaats van persoonlijkheid inclusief temperament, karakter en ook redzaamheid. Is dat in de buurt van iets als levensstijl, dus aanpasbaar, of een feitelijk achtergrondgegeven zoals leeftijd; hoort het wel in het hokje van persoonlijke factoren thuis, valt het daarentegen inderdaad onder de mentale functies en hun stoornissen, of misschien onder beide, of zelfs geen van beide?

2.3.5 Persoon en persoonlijkheid

De kern van conceptuele en praktische problemen rond begrippen als persoonlijke factoren en persoonlijkheid valt als volgt te formuleren: enerzijds kan in principe onderscheid worden gemaakt tussen de persoon als gesprekspartner, verantwoordelijk subject, reflecterende instantie die afstand kan nemen tot zichzelf, manager/regisseur van onder andere de eigen persoonlijkheid; en diens persoonlijkheid als onderwerp van gesprek, object, onderhevig aan externe en interne invloeden. Dat onderscheid wordt in de SMBA-context gehanteerd wanneer men bijvoorbeeld stelt dat een claimant aggraveert, simuleert, queruleert, of bedrog pleegt. Anderzijds vormen in de praktijk subject- en objectpersoon in het typische geval een onontwarbaar geheel, extreme gevallen daargelaten zoals totaal verlies van autonomie enerzijds en bewust voorwenden van ziekte of gebrek anderzijds (waarbij men zich bij dat laatste alsnog kan afvragen of dat op zich niet een stoornis is, zie b1267 hierboven). Geen handicap of beperking zonder strategische component, geen ziekte zonder ziekte winst; maar ook: geen zuivere autonomie, waarbij iemands temperament en karakter aan wilsbesluiten onderhevig zou zijn. De grensovergang tussen onmacht en onwil

valt niet sluitend in algemene zin te definiëren. Met het oog op te onderscheiden doelstellingen of contexten van SMBA, namelijk beoordeling met het oog op compensatie, re-integratie en employability, dient te worden gesignaleerd dat het subject-object-onderscheid voor die laatste twee relevant blijft. Het perspectief van eventuele inkomenscompensatie bij mislukken van re-integratie of van vergroting van employability legt een hypothese op de inzet van de cliënt. Bij verlies van arbeidsvermogen is men niet gewoon een sollicitant, leerling of school- en beroepskeuzecliënt; er is een vangnet dat onvermijdelijk in de persoonlijke strategie wordt betrokken.

2.3.6 Persoonlijkheidspragmatiek

Een objectiverende benadering van persoonlijkheidsfactoren creëert in de SMBA-context onvermijdelijk een extra 'moral hazard': als een ernstige luiheidsstoornis dezelfde status wordt toegekend als bijvoorbeeld een apraxie, dan zal dat niet bevorderlijk zijn voor het draagvlak van een inkomensverzekering. Omgekeerd slaat een subjectiverende, moralistische benadering die bijvoorbeeld ernstige verlegenheid of zwaarmoedigheid opvat als gevolg van een wilsbesluit, de psychologische plank mis, en holt via de andere band de solidariteit uit. Uiteindelijk is het de professionele beoordelaar die in een concrete casus voor de ondankbare taak staat naar eer en geweten te laveren tussen Scylla en Charybdis: enerzijds het motiveren en activeren van de cliënt, anderzijds accepteren van beperkingen, ook in het persoonlijke vlak.

2.3.7 Instrumentatie

In beginsel is er voor reconstructieve (met het oog op re-integratie) en constructieve (met het oog op employability) beoordeling van persoonlijkheid een uitgebreid ondersteunend psychologisch instrumentarium voorhanden aan persoonlijkheids-, interesses- en attitudenvragenlijsten; simulaties en assessment center-oefeningen, enzovoort. Ook hier – en al helmaal in een compensatiecontext – geldt echter dat die instrumenten niet objectief zijn op de manier van een röntgenfoto. Men kan ze ruwweg onderverdelen in prestatietests, die alleen een indicatie geven van iemands potentieel als die persoon er zijn uiterste best op doet en waarop scores dus negatief vertekend kunnen zijn, en vragenlijsten die door de persoon zelf plegen te worden ingevuld en in beide richtingen, positief en negatief, vatbaar zijn gebleken voor strategische factoren. Bovendien hebben deze instrumenten weliswaar hun – betrekkelijke – waarde bewezen in de algemene populatie, maar zal de omvang van de evidence-base in arbeidsklinische populaties waarschijnlijk te wensen overlaten. Zoals al aangegeven, liggen de strategische factoren daar anders (verleiding tot malingering). Overigens dient de oplossing voor de beperkingen van tests en vragenlijsten niet te worden gezocht in technische ingrepen op basis van empirisch onderzoek, maar in een casuïstische benadering waarin de persoon in kwestie op het intersubjectieve been wordt gezet.

2.4 Sociaal-Medische Beoordelingen van Arbeidsvermogen in samenhang

Wout de Boer, 25-3-2008

Beoordelingstypen

In het project SMBA worden verschillende beoordelingen onder één noemer gebracht. Voor het gemak beperk ik me in deze notitie tot een zestal, maar andere beoordelingen, bijvoorbeeld de huidige en toekomstige Wajong-beoordeling, kunnen er ook onder vallen.

1. beoordelingen op aanspraken op ondersteuning van employability
2. beoordelingen op aanspraken op ondersteuning van re-integratie
3. beoordelingen voor het gaan werken in Wsw-verband
4. beoordelingen in het kader van ziekteverzuim
5. beoordelingen van langdurige arbeidsongeschiktheid voor de WIA
6. beoordelingen in het kader van de WWB

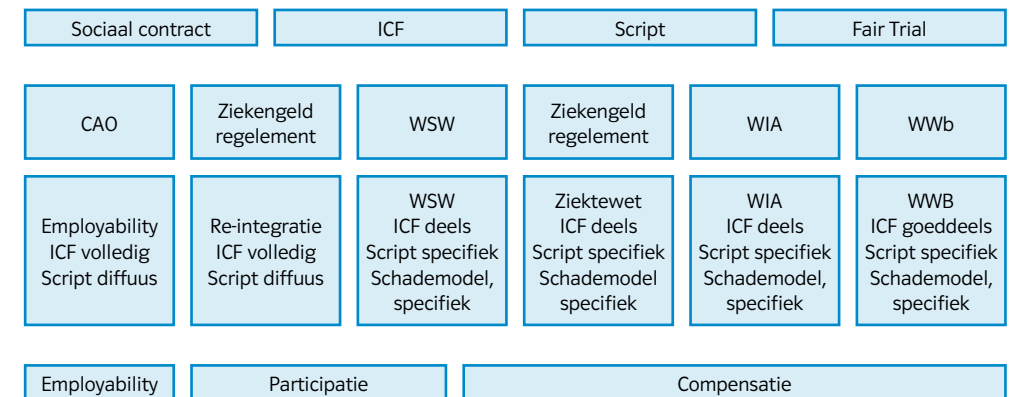
Daarmee rijst de vraag in hoeverre deze beoordelingen vergelijkbaar zijn. Mogelijk worden ze niet voor niets onderscheiden. Deze notitie is bedoeld om de contouren van overeenkomsten en verschillen te schetsen. Die contouren kunnen behulpzaam zijn om nieuwe mogelijkheden voor de organisatie en uitvoering van die beoordelingen te verkennen.

De overeenkomst tussen de zes beoordelingen, welke ten grondslag ligt aan dit project, is dat in al die beoordelingen uitspraken worden gedaan over de mogelijkheden om te werken van de beoordeelde personen. Gemeenschappelijk is eveneens dat die beoordelingen plaatsvinden 'ex officio': ambtshalve, en op basis van enig collectief arrangement (resp. een CAO, een private polis, de wet op de sociale werkvoorziening, een ziekengeldreglement, de WIA en de WWB om enkele voorbeelden te noemen)

Evidente verschillen zijn er ook. De regelingen waarop de beoordelingen betrekking hebben, zijn zeer verschillend en hebben uiteenlopende doelen, waar de beoordelingen aan moeten bijdragen: de eerste is preventief georiënteerd, de tweede is gericht op herstel en hervatten en de overige beoordelingen hebben een component van compensatie in zich.

In deze notitie worden de overeenkomsten en verschillen geordend op 4 niveau's (zie schema):

1. naar doel
2. naar kernelementen van de beoordelingen
3. naar regelgeving
4. naar onder de regelgeving liggende algemene uitgangspunten



Ad 1: Doel

In alle beoordelingen wordt gekeken wat iemand wel en niet aan mogelijkheden heeft om te werken. Dat kan zijn met als doel om de vraag te beantwoorden of een bepaald traject voor employability te vergoeden is op basis van de CAO. Dan is het huidige presteren van de aanvrager minder relevant. Meer relevant is de verwachting hoe zijn mogelijkheden zich zullen ontwikkelen tegen de achtergrond van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Wat hij kan, wat hij wil en wat de omgeving vraagt zijn onderwerp van de beoordeling, van het nu en van de toekomst. Als de beoordeling plaatsvindt met het doel van vergoeding van een re-integratietraject is de component van de toekomst veel minder van belang. Ook wat de werknemer zelf het liefst wil is hierbij minder essentieel. Bij de beoordelingen die (mede) tot doel hebben compensatie te geven voor verlies aan inkomen geldt het voorgaande nog sterker: wat de werknemer het liefste wil is ondergeschikt aan de verplichting om waar mogelijk het inkomensverlies meteen te beperken. Persoonlijke factoren en omgevingsfactoren worden in de regelingen van compensatie in het algemeen uitgesloten: van belang is wat iemand nog kan, ondanks ziekte of gebreken. Het object van de beoordeling is dus afhankelijk van het doel.

Ad 2: Kernelementen

Kernelementen in de beoordeling zijn het object van de beoordeling, het script van de beoordeling, en eventueel het te hanteren schademodel (alleen bij de beoordelingen voor compensatie van inkomensverlies).

Het object van beoordeling wordt voor de beoordelingen gericht op employability en participatie modelmatig weergegeven met de ICF. Dit geldt ook voor de beoordelingen gericht op compensatie. Maar dan meestal zonder omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Die zijn vaak uitgesloten van de beoordeling voor zover ze niet direct zijn te herleiden tot ziekte.

Een ander kernelement van beoordelen is het script van beoordeling³⁵. Wie de beoordeling uitvoert, en op gezag van welke autoriteit, verschilt per beoordeling. Bij de WIA beoordeling is wettelijk vastgelegd dat verzekeringsarts en arbeidsdeskundige de beoordelende professionals zijn, in opdracht van het UWV. Bij beoordeling van een vraag in het kader van employability zal, in opdracht van een werkgever, een (of meer) professionals worden ingeschakeld maar veel minder duidelijk is wie dat moet zijn. Ook kunnen die beoordelaars een rol hebben als directe begeleider van het te volgen traject, iets dat bij de WIA nadrukkelijk niet de bedoeling is. Bij de WWB kan de roltoedeling per gemeente verschillen, zij het dat er vrijwel altijd een arts bij wordt betrokken. Verschillende opdrachtgevers voor een beoordeling kunnen verschillend beleid hebben (maatwerk of uniformiteit), en verschillende professionals kunnen verschillende gronden voor beoordeling relevant vinden (psychologen, artsen, arbeidsdeskundigen).

Een derde element van beoordelen, en dan beperkt tot de compensatie-groep, is het model van schade dat wordt gehanteerd³⁶. Of er loonverlies is, dat te compenseren is, hangt af van de vraag hoe dat verlies wordt berekend. In het kader van ziekgeld wordt gerefereerd aan wat iemand feitelijk verdient (als hij bijvoorbeeld deels werkt), en aan wat hij feitelijk heeft verdiend in de periode daarvoor. In het kader van de WIA wordt gerefereerd aan wat hij in algemeen gangbare arbeid in theorie zou kunnen verdienen in relatie tot wat hij gewend was te verdienen. Dat verschil leidt tot verschillende maatstaven in de verschillende beoordelingen.

Ad 3: Regelgeving

Naar regelgeving zien we beoordelingen die op wetten zijn gebaseerd en daarmee een publieke verantwoording van legitimiteit vragen. Daarnaast zien we beoordelingen die plaatsvinden in het private domein. Deze vragen meer verantwoording in het kader van een traject dat een effect moet bereiken. Dit is geen kwestie van legitimiteit óf effectiviteit maar de mate waarin welk criterium geldig is.

Ad 4: Algemene uitgangspunten

Op een meer abstract niveau kunnen we in het voorgaande 4 soorten uitgangspunten onderscheiden die aan de beoordelingen ten grondslag liggen: een sociaal contract, een opvatting over wat het te beoordelen object is (de ICF), een idee van script van beoordeling en ideeën over een eerlijk proces van beoordeling.

De ICF wordt uitgebreid besproken in andere stukken in dit project. Het script van beoordelen is toegelicht in bijlage 1.

Het sociale contract is een maatschappelijke opvatting die heeft geleid tot het in het leven roepen van de arrangementen. Het wordt meestal niet zo expliciet beschreven maar in de Memories van Toelichting bij wetten vindt men er wel aanduidingen van. Op hoofdlijnen is de gedachte dat mensen in het algemeen participeren in de samenleving middels arbeid. Het kan voorkomen dat mensen wegens ziekte of gebrek niet kunnen meekomen. (Of, in geval van employability, in de toekomst mogelijk niet meer goed zullen kunnen meekomen)

³⁵ Zie bijlage 1 voor een algemene toelichting

³⁶ Zie bijlage 2 voor een algemene toelichting

Deze mensen mogen zich onttrekken aan dat deel van het werk dat ze niet aankunnen maar moeten werken aan herstel en hervatten. En naarmate ze meer en langer verzuimen zijn ze meer verantwoording verschuldigd over wat hen belemmert en wat ze daaraan doen. En ook zijn ze minder vrij in de keuze van wat ze er wel en niet aan willen doen³⁷. Iemand die twee dagen ziek is zal niet veel meer te verduren hebben dan een briefje van de arbodienst. Van iemand aan de poort van de WIA wordt de doopceel gelicht. Maar ook zijn behandelaren en zijn werkgever worden betrokken in de beoordeling.

In het verlengde van het sociale contract liggen gedachten van een eerlijk proces. Iemand wordt beoordeeld en moet de garantie hebben dat hij een faire kans krijgt. Een element daarin is bijvoorbeeld proportionaliteit van vragen en adviezen van beoordelaars naar gelang de duur en de ernst van het geval³⁸. Een ander element is dat de cliënt gehoord moet worden over zijn claim en de argumenten daarvoor. In diverse landen leidt dat tot 1 op 1 persoonlijke beoordelingen, in andere landen wordt dat gedelegeerd naar ingehuurde artsen en weer elders worden mensen niet gehoord als ze een toekenning krijgen maar wel bij een mogelijke weigering³⁹. Nog weer een ander element is dat de beoordelaar neutraal en deskundig moet zijn. Ook dat wordt heel verschillend vormgegeven maar wel bijna altijd nagestreefd. Universeel is ook het recht op bezwaar en beroep. Tenslotte is er het element van de verdeling van de bewijslast. De cliënt stelt door een claim te leggen, maar hoeft niet te bewijzen dat de claim juist is. Hij kan daarin niet tegen bijvoorbeeld het UWV op. Wel moet hij meewerken aan het onderzoek.

Al met al zijn er overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende vormen van SMBA. Bij het bedenken van nieuwe richtingen zal het van nut zijn om zich af te vragen voor welke beoordeling of welk aspect van meerdere beoordelingen deze richtingen geldig zullen zijn. In ieder geval spreekt het niet vanzelf dat het feit dat arbeidsvermogen wordt beoordeeld leidt tot stroomlijning van de beoordelingen⁴⁰.

³⁷ In de sociologische literatuur vinden we dit terug in de ziekenrol (Parsons 1953) en de gehandicaptenrol (Gordon 1968)

³⁸ Dit leidt tot het thema van het beoordelen van herstelgedrag, wat in professionele kringen aanleiding geeft tot uitgebreide discussies (Van den Bold e.a. 2007)

³⁹ Dit staat aan de basis van de argumentatieve claimbeoordeling (Herengreen 1985) en de daarop gebaseerde gespreksmodellen (De Boer ea 2006).

⁴⁰ Zie ook Wout de Boer, Martin van der Krogt, Alice Schippers 2003: Claimbeoordeling in de zorg en werk&inkomen. Reed Business Information

Bijlage 1: Het script van beoordeling

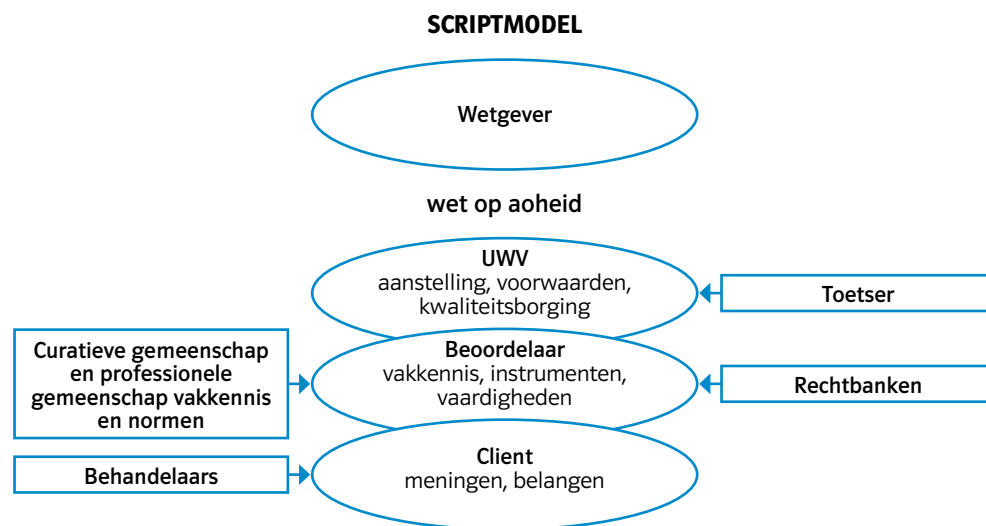
De beoordelingen vinden niet plaats op een vrije markt van vragers en aanbieders. Het is geen dienstverlening die naar zulke wetten luistert en waar de klant koning is. Het is een in de kern onvrijwillige beoordeling volgens spelregels die worden vastgesteld in een constellatie van partijen. Hofstee (1999) heeft dat beschreven in een script van beoordelingen. De Boer ea. (2007) hebben het verder uitgewerkt tot een script van beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

De partijen zijn direct of indirect betrokken bij de claimbeoordeling. Tussen die partijen ontstaat een dynamisch evenwicht met checks en balances waarmee de claimbeoordelingen binnen aanvaardbare en uitvoerbare marges moet blijven.

Verticaal centraal in onderstaande voorbeeld weergave staat de kolom van de aansturing van de beoordeling, van wet, via UWV, naar verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Links staan verschillende partijen die normatief bijsturen, met name de beroepsverenigingen zijn tegenwoordig actief, zoals de NVVG met de protocollen en de mediprudentie.

Rechts staan meer evaluatief sturende partijen waarvan in zijn tijd het CTSV het meest uitgesproken was.

Figuur 2.2: Script van beoordeling van arbeidsongeschiktheid, voorbeeld WIA.



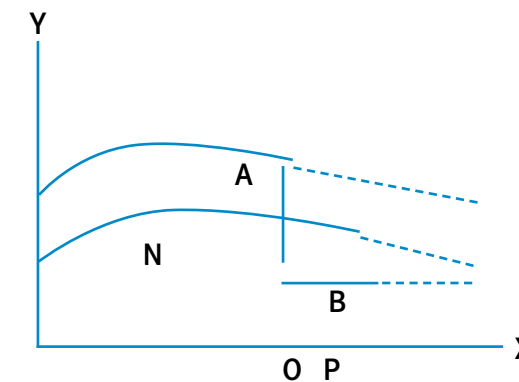
Bijlage 2: Het schademodel

In een specifieke schaderegeling (bijvoorbeeld de sociale verzekering) worden de accenten gelegd die de wetgever op het oog heeft. Dit gebeurt noodzakelijkerwijs in algemene termen. De vertaling van de algemene wettelijke bepaling naar de realiteit van het individu kan worden gedaan met het model van de menselijke schade (Viaene 1975, Schade aan de mens, deel 3). Daarmee beschrijven we het object van beoordeling. Dit model levert een verbinding tussen het juridische en het medische en arbeidskundige domein. We komen het nu nog tegen in de letselschade theorie (Akkermans TVP; Boer en Minderhoud 2005 Schade in schalen)

Menselijke schade is in dit model verlies van waarde in de tijd en dat kan wiskundig worden uitgedrukt. Met een gedefinieerde X en Y as kan de individuele waarde A (bijvoorbeeld verdien capaciteit) worden vergeleken met de groeps waarde N. De gerealiseerde waarde kan in een vaste lijn worden aangegeven en worden vergeleken met de hypothetische waarde in de toekomst in een stippellijn.

Voor het vergelijken van regelingen en voor het bepalen van wat de claimbeoordeling te beoordelen heeft is dit model handig. Het laat zien dat de waardevergelijking volgens geheel verschillende N'en of A's wordt gedefinieerd. De geleidelijke vernauwing van de poort naar de WAO vond onder andere plaats door de N steeds lager te leggen: wel of niet verdisconteren van werkloosheid, van passende arbeid naar algemeen gangbare arbeid. Er kunnen verschillende spelregels zijn omtrent een specifieke oorzaak, en over het wel of niet eindeloos volgen van het geval of afkopen van de schade.

Figuur 2.3: Het schademodel



Legenda

X-as: tijd

Y-as: waarde (bv verdienvermogen of lichamelijke integriteit)

A: waarde van/ bij het individu;

N: normaal waarde in relevante groep;

O: Oorzaak van de schade;

B: beschadigde waarde

—: gerealiseerd tot moment beoordeling

- - -: hypothetisch vanaf het moment P van beoordeling

2.5 Project Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA)

Een venster op de toekomst-

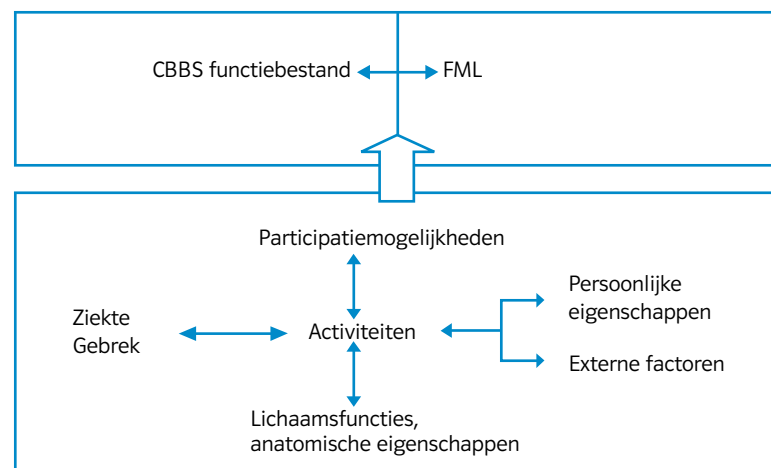
Enkele vrije gedachten over de beoordeling van het arbeidsvermogen in 2017, door Prof. dr. J.H.B.M. (Han) Willems, 25-03-2008

2.5.1 Ziek is het woord niet

Ziekte is een kwestie van definitie. Voor de sociale zekerheid in verband met arbeid is men ziek als men aangeeft vanwege gezondheidsproblemen het eigen werk of werk in het algemeen al dan niet tijdelijk niet (meer) (volledig) te kunnen uitvoeren. Men doet dan een beroep op looncompensatie bij de werkgever (eigen risico traject) of op een uitkering bij de verzekeraar (WIA, Wajong). Er volgt dan een beoordeling van het arbeidsvermogen. Waar mogelijk start direct een advies- en/of behandelingstraject dat gericht is op herstel van het arbeidsvermogen. Voor werknemers wordt de beoordeling in de meeste gevallen initieel door een bedrijfsarts gedaan. Voor werknemers die een beroep op de WIA of de Wajong doen en ook voor niet-werknemers wordt deze door UWV gedaan: de Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen, SMBA. Voor nog maar kort ziek gemelde werknemers is de beoordeling vaak summier, omdat de verwachting is dat het om een kortdurende ziekte gaat die snel tot werkhervatting zal leiden. Naarmate de ziekte langer duurt en veelal ook bij potentiële Wajongers zal de begeleiding intensiever en de beoordeling diepgaander kunnen worden, volgens een mede op basis van de wetgeving bepaald stramien. De wijze van beoordelen is strikt vastgelegd wanneer een beroep op langer durende of blijvende compensatie wordt gedaan bij de verzekeraar (UWV of een private verzekeraar). De (verzekerings)arts verricht dan een voorgeschreven aantal handelingen: terugkijken (wat ging er eventueel niet goed in het voortraject, de behandeling en de pogingen tot hervatting van het werk), vooruitkijken (wat zijn de verwachtingen voor herstel en wat kan er eventueel aan interventie gepleegd worden om herstel en re-integratie alsnog te realiseren) en momentaan beoordelen hoe de belastbaarheid voor arbeid (het arbeidsvermogen) is. Het ICF-kader (in figuur 2.4 op aangepaste wijze in beeld gebracht) biedt een bruikbaar beoordelingsconcept.

Figuur 2.4: ICF en belastbaarheid

Bepaling van de belastbaarheid voor arbeid tegen de achtergrond van de ICF



Naast uit de eventuele ziekte voortkomende stoornissen, en functiebeperkingen zijn vaak ook persoonlijke en omgevingsfactoren bepalend geweest voor het 'besluit' om het werk neer te leggen wegens ziekte of om überhaupt nooit gewerkt te hebben. Deze moeten in kaart gebracht worden, al was het alleen maar om te bezien of op deze factoren interventie mogelijk is zodat herstel van het arbeidsvermogen kan worden gerealiseerd en waar mogelijk bespoedigd. De causaliteit van de ziekte is in eerste instantie niet relevant voor de beoordeling van het arbeidsvermogen, uiteraard kan dat voor de behandeling en de re-integratiemogelijkheden wel degelijk het geval zijn.

Aan de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige werkzaam binnen UWV worden instrumenten geboden die bij de beoordeling gebruikt moeten worden, waaronder: Claim Beoordelings- en BorgingsSysteem (CBBS), de door de arbeidsdeskundige te gebruiken Functionele Mogelijkhedenlijst FML, en een toenemend aantal verzekeringsgeneeskundige protocollen.

2.5.2 Statements

We beginnen met een aantal statements die relevant zijn om te begrijpen en te accepteren, omdat zij voor elke vorm van SMBA die wij binnen de (ruim uitgelegde) kaders van de huidige wetgeving zouden kiezen in meer of mindere mate opgaan. Als deze statements niet acceptabel zouden zijn voor wetgever, uitvoerder of de deskundige die aan die uitvoering meewerkt, is de verzekeringspolis kennelijk niet geschikt en dient naar geheel andere vormen van sociale compensatie bij ziekte te worden gezocht.

1. Een objectieve beoordeling van iemands arbeidsvermogen bestaat niet. Het streven naar een eerlijke, juiste en rechtvaardige beoordeling betekent dat voortdurend moet worden nagegaan of verbeteringen mogelijk zijn, bijvoorbeeld door zicht op, verklaring van en zo mogelijk ook reductie van interdoktervariatie. Maar meten hoeveel kilo een persoon met lage rugklachten nog kan dragen, of welke activiteiten een persoon met een depressie nog zou kunnen uitvoeren houdt altijd een zekere mate van subjectieve beoordeling en inschatting in. Te veel nadruk op het streven naar objectiviteit kan volgens sommigen zelfs contra-productief werken, omdat het (bijvoorbeeld) verschillen tussen artsen zichtbaar maakt die niet verklaard kunnen worden. In de praktijk van alle dag is niemand daarbij gebaat. Het leidt tot erosie van de verzekeringsgeneeskundige discipline, en, belangrijker, onrecht ontevreden 'klanten'.
2. Omdat een objectieve beoordeling niet bestaat, moeten subjectieve elementen als onderdeel van de beoordeling mogelijk en acceptabel zijn. Het gaat dan niet (alleen) om disease (wat mankeer ik precies) maar om illness (wat voel ik, waar heb ik last van), en dat kan leiden tot sickness (de sociale status van de zieke). De vraag rijst dan: hoeveel subjectiviteit is acceptabel, en vooral: is een zuiver op subjectiviteit gebaseerde beoordeling wel slechter dan een 'zo objectief mogelijke'. Bovendien: wat is goed, wat is slecht?
3. In lijn met het ontbreken van volledige objectiviteit moet worden vastgesteld en geaccepteerd dat het actuele streven naar 'evidence-based' werken van (ook) de verzekeringsarts een nobel streven is, maar dat volledige evidence (oordelen uitspreken die wetenschappelijke grondslag hebben en die dus bewezen juist zijn) onmogelijk zal blijven. En dus ook hier de vraag: hoeveel evidence is minimaal nodig? Zijn oordelen die niet op de hoogst mogelijke vorm van evidence berusten per definitie minder goed? Hoe komen we dat te weten?

4. De beoordeling van het arbeidsvermogen van een wegens ziekte of gebrek niet werkende persoon gebeurt tegen de achtergrond van het begrip dat meerdere aspecten aan die belastbaarheid bijdragen (zie het ICF-kader). Bij veel kortdurende ziekten zijn het vooral biomedische variabelen (gebroken been, hoge koorts, een liesbreuk) die het werken tijdelijk belemmeren. Naarmate de ziekte langer duurt, zo leert de ervaring, gaan contextuele variabelen een veel grotere rol spelen: (psycho)sociale factoren (steun thuis, ambitie werknemer, jobsatisfactie, zelfbeeld, et cetera) zijn dan bij veel (niet alle!) ziekten mede de oorzaak van niet werken. Dat geldt meestal ook voor jongeren die vanwege hun fysieke of psychische gesteldheid mogelijk niet of niet volledig of niet in alle functies (menen te) kunnen werken en daarom een beroep op de Wajong doen. De sociaal-medische beoordeling kan daar rekening mee houden door niet uitsluitend te 'willen meten' maar ook te 'willen weten'.
5. Veel onderzoek laat zien dat prikkels (positieve en negatieve) altijd bijdragen aan sneller herstel en/of werkhervatting. Ontkenning van dit effect, hoewel niet bij iedereen populair, is ontkenning van een bestaande werkelijkheid op alle onderdelen van het maatschappelijk bestel. Dit is een ondersteuning van het statement dat het arbeidsvermogen geen eenvoudig objectief te meten iets is dat een absolute status quo aangeeft.

2.5.3 Actoren en hun rol bij de SMBA

De beoordeling van het arbeidsvermogen in het kader van een uitkering op basis van arbeidsongeschiktheid (dikwijls met 'claimbeoordeling' aangeduid) speelt zich af in de driehoek verzekeraar-cliënt-deskundige. De verzekeraar stelt de polisvoorwaarden op (in het publieke segment met de wet als basis), de cliënt doet een claim op basis van zijn verzekering, en de deskundige toetst de claim binnen die polisvoorwaarden. In deze benadering speelt de cliënt technisch gezien een passieve rol bij de claimbeoordeling: hij geeft aan iets niet meer te kunnen, en dat moet volgens hem leiden tot een recht op iets anders. De deskundige speelt een actieve rol: hij beoordeelt of de claim van de cliënt terecht is tegen de achtergrond van de polisvoorwaarden. De verzekeraar tot slot bepaalt of de claim kan worden ingewilligd, mede op basis van het advies van de deskundige.

Of deze positionering ook de werkelijkheid van alle dag reflecteert wordt door sommigen betwijfeld. Zo zou in het verleden de opvatting van de cliënt over zijn eigen arbeidsvermogen meer bepalend zijn geweest voor de honorering van zijn claim dan het oordeel van de deskundige, en de verzekeraar legde zich daar dan gemakkelijk bij neer. Voor ons doel is dat echter niet relevant. Dat doel bestaat er uit om hierna te bezien of, door de rol van betrokken actoren opnieuw te definiëren en in te vullen, een beoordelingssysteem kan worden ontwikkeld dat beter dan het huidige systeem is. Dat is niet eenvoudig, omdat we niet goed weten of het huidige systeem niet adequaat is, en waarom dan niet. Daarom moeten we eerst vaststellen aan welke criteria we een 'beter' systeem toetsen. De benchmark naar het bestaande systeem kan dan later plaatsvinden, mede op basis van deze criteria.

2.5.4 Een goed beoordelingssysteem

De vraag of een beoordelingssysteem gericht op de bepaling van het arbeidsvermogen goed is valt te beantwoorden vanuit verschillende referentiekaders, bijvoorbeeld beziën vanuit de scope van een der actoren, of breder: vanuit een maatschappelijk gedragen opvatting in deze, of smaller: puur vanuit wetenschappelijk perspectief. Wij beginnen met een korte ongemotiveerde en nog niet limitatieve opsomming van enkele criteria, zonder deze te rubriceren in een van deze of andere kaders. Later doen we dat wel, tegen de achtergrond van nieuwe beoordelingsopties. Een goed beoordelingssysteem zou dan moeten voldoen aan de volgende criteria.

1. De polisvoorwaarden moeten intrinsiek alle betrokken actoren prikkelen tot beperking van de schadelast. Dat moet leiden tot veel actie voordat überhaupt een claim gelegd wordt (preventie, optimaal herstelgedrag, adequate behandeling, op-timale hulp bij re-integratie), maar ook tot een activerende insteek bij die beoordeling zelf (heroverwegen van de behandeling, deskundige hulp bij re-integratie naar ander werk, et cetera).
2. De beoordeling moet idealiter leiden tot toekenning van een claim als de cliënt volgens de polisvoorwaarden recht op compensatie heeft, en tot afwijzen als dat niet het geval is. Geen fout-positieve en geen fout-negatieve oordelen dus. Dit houdt o.a. in dat de cliënt die zijn arbeidsvermogen en re-integratiemogelijkheden binnen korte tijd door verschillende deskundigen laat beoordelen steeds hetzelfde oordeel krijgt: de deskundige en andere omgevingsvariabelen (tijd en plaats van de beoordeling, besluitvorming door lokale managers die namens de verzekeraar de deskundige adviezen toetsen) mogen daarop geen invloed hebben.
3. De cliënt moet tevreden zijn met de wijze van beoordelen, niet noodzakelijk met de uitslag ervan. Hij moet de beoordeling als eerlijk en menselijk ervaren.
4. De maatschappij moet tevreden zijn met het beoordelingssysteem en de uitkomsten daarvan op macro- en microniveau. Wie kan werken werkt, wie niet kan werken kan onder voorwaarden terugvallen op inkomenscompensatie.
5. De deskundige moet geprikkeld worden om zijn werk goed te doen. Dat betekent dat het vereiste deskundigheidsniveau in lijn is met de gevraagde te leveren inbreng: niet teveel routinematig werk voor hoog opgeleiden bijvoorbeeld, zoveel mogelijk professionele autonomie, confrontatie van de deskundige met zijn beoordelingen, mede tegen de achtergrond van verzamelde statistische gegevens over hoe 'anderen' het doen, et cetera. Waar mogelijk moet worden uitgegaan van het subsidiariteitsbeginsel en van taakdelegatie: wat door lager opgeleide meestal goedkopere mensen kan worden gedaan moet niet aan hoger opgeleide meestal duurder mensen worden gevraagd.
6. De verzekeraar moet kunnen toezien op de kwaliteit van het door de deskundige die hem adviseert uitgevoerde werk. Daarvoor moet aan kwaliteitsindicatoren en -criteria getoetst kunnen worden.
7. De beoordeling moet met zo weinig mogelijk mensen en middelen kunnen worden uitgevoerd.

2.5.5 Een viertal scenario's voor de nieuwe aanpak

Vanuit bovenstaand kader voor een 'goed beoordelingssysteem' slaan wij nu een nieuwe weg in. Wij presenteren vier scenario's, die elk vanuit een verschillend focus zijn opgezet. Dat focus ontleen wij aan de drie actoren die het meest direct bij de uitvoering van de SMBA betrokken zijn en er belang bij hebben: de werknemer, de deskundige die adviseert, behandelt en/of begeleidt, en de verzekeraar. Wij positioneren deze scenario's in een stelsel van kernfuncties van een moderne verzorgingsstaat, zoals een recente publicatie van de WRR die beschrijft⁴¹. We bezien deze scenario's mede tegen de achtergrond voor een goed beoordelingssysteem, zoals hiervoor aangegeven in criteria.

Een moderne verzorgingsstaat als Nederland, zo betoogt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in dit rapport, heeft vier hoofdfuncties: verzorgen, verheffen, verbinden en verzekeren. Verzorgen heeft vooral betrekking op hulp aan mensen die vanwege fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen niet in staat zijn adequaat deel te nemen aan het gangbare maatschappelijke verkeer (leven, wonen, werken). Verheffen heeft betrekking op het stimuleren van een ontwikkeling die ertoe leidt dat de sociaal-economische positie van elk individu alleen bepaald wordt door zijn of haar talenten en verdiensten (merites). Factoren als afkomst, grond- of geldbezit, ras en geslacht mogen daarbij in principe geen rol spelen. De zorg voor goed onderwijs voor iedereen kan hiertoe gerekend worden. Maar ook de toegang tot de arbeidsmarkt is nog lang niet voor iedere Nederlander even gemakkelijk: vrouwen, ouderen en jongeren uit andere culturen hebben nog steeds een minder goede positie. Verbinden betreft de noodzaak om maatschappelijke tegenstellingen en spanningen te overbruggen, bijvoorbeeld tussen culturen, tussen oud en jong, werkenden en niet werkenden, mannen en vrouwen, arm en rijk. Verzekeren tot slot bestaat uit het helpen managen van de risico's van inkomensverlies waar het individu redelijkerwijs zelf niet de hand in heeft of kan hebben.

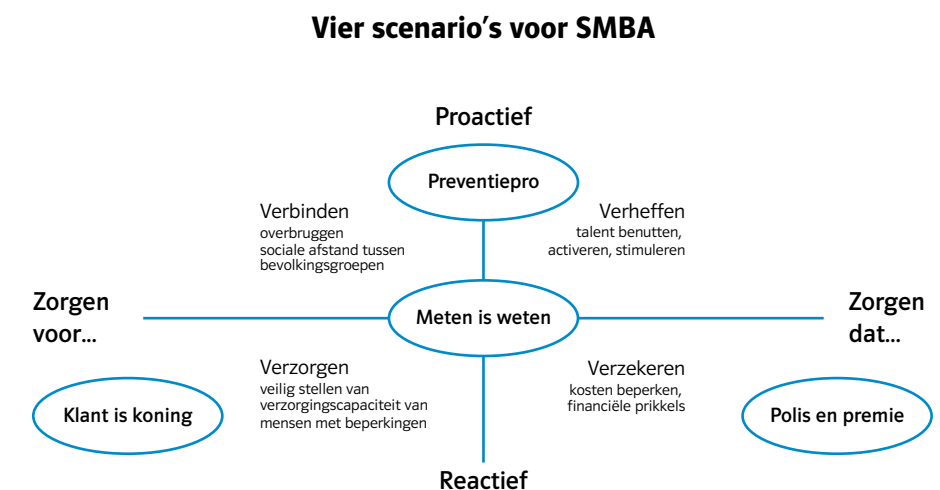
Deze functie heeft zijn uitwerking gekregen binnen de sociale zekerheid, in een uitgebreid stelsel van producten en diensten, gebaseerd op een beperkt aantal wetten en uitvoeringsregels. In figuur 2.5 zetten wij deze 4 functies op een twee-assig stelsel neer: Reactief versus Pro-actief. Daarbij positioneren wij 'verzorgen' en 'verzekeren' op de as Reactief. Deze functies dragen immers op zichzelf nauwelijks bij aan preventie van arbeidsongeschiktheid, al kan de functie 'verzekeren' door strenge toelatingscriteria te stellen daar wel toe leiden. Maar dat vereist naast verzekeren in ieder geval nog andere acties, die gericht zijn op vroegtijdig herstel dan wel het voorkomen dat problemen überhaupt ontstaan. Verzorgen zien wij daarbij vooral in de context van 'zorgen voor...'. Van het individu wordt weinig gevraagd, er is een instantie (de overheid bijvoorbeeld) die het allemaal geregeld heeft en mogelijk maakt. Voor 'verzekeren' geldt dat niet: deze functie schept randvoorwaarden en omvat polisvoorwaarden waaraan de verzekerde moet voldoen: de functie zorgt er dus voor dat een individu aanspraak kan hebben op een tegemoetkoming, als aan die voorwaarden is voldaan. De functie 'verbinden' zien wij vooral als een streven van beleidsbepalers naar een betere uitgangspositie van werknemers om prettig en met gelijke kansen voor een ieder aan het werk te komen en te blijven. Proactief, maar toch wel 'zorgen voor...'. Verheffen echter vereist proactief ook initiatief van de werknemer zelf: hij moet wat doen om die (eerlijke kans op een) mooie baan te krijgen en te houden.

⁴¹ WRR. *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Amsterdam University Press, Amsterdam 2006.

Nu bedenken wij vier scenario's die wij in dit assenstelsel zullen plaatsten. Dat is nuttig, omdat het dwingt tot nadenken over een vorm van sociale zekerheid die wij willen nastreven. Een scenario kan immers niet optimaal scoren op elk van deze functies in dit assenstelsel, al kunnen wij niet aangeven wat exact 'optimaal' zou moeten zijn. Wij doen in dit stadium nog geen pogingen om mengvormen van deze scenario's te formuleren, dat is vanzelfsprekend mogelijk, maar het helpt ons nu niet om de voorkeursfocus helder te krijgen. Aldus presenteren wij de volgende scenario's (figuur 2.5):

1. De Klant is Koning. Dit scenario legt het primaat bij de werknemer die een claim legt.
2. Meten is weten. Dit scenario gaat uit van maakbaarheid: de deskundige is in staat om een juiste beoordeling te doen, er is geen behoefte aan inbreng van anderen.
3. Polis en Premie. Hier ligt het primaat bij de verzekeraar, die binnen bepaalde randvoorwaarden (de wet bijvoorbeeld) zelf kan bepalen op welke wijze hij de polisvoorwaarden definieert en laat toetsen.
4. PreventiePro. Dit scenario legt bij uitstek de nadruk op het voorkómen van problemen, en is gericht op versterking van randvoorwaarden en eigenschappen die een werknemer daarbij helpen.

Figuur 2.5: Vier beoordelingsscenario's.



Scenario 1: De klant is koning

In dit scenario is het vertrekpunt dat de beoordeling van het arbeidsvermogen door de werknemer die de claim legt zelf wordt uitgevoerd. De polis die dit mogelijk maakt kan instrumenten voorschrijven die bij deze vaststelling gebruikt moeten worden, en tevens randvoorwaarden die in acht genomen moeten worden.

Wij formuleren ex-ante als 'schot voor de boeg en input voor de discussie' de volgende eisen waaraan deze zelfbeoordeling tenminste zou moeten voldoen.

- het te gebruiken instrument moet betrouwbaar zijn;
- het instrument moet eenvoudig en transparant zijn;
- de claim, indien toegekend, leidt tot een beperkte basiscompensatie.

Het scenario is gericht op 'zorgen voor..', en is niet primair gericht op een activerende insteek. Er is geen onderscheid naar beroep, inkomen, opleidingsniveau, et cetera. De validiteit (juistheid) is in dit scenario niet van belang: de werknemer zelf immers is de maat van die juistheid. Het verkrijgen van de gevraagde uitkering is relatief eenvoudig. Als men een te royaal stelsel wil voorkomen moet een stevige prikkel worden ingebouwd opdat een uitkering niet zonder geldige redenen wordt nagestreefd, waardoor de kosten uit de hand zullen lopen. Hierdoor kan het scenario toch activerend werken. Het scenario scoort vooral goed op klanttevredenheid en efficiëntie in de uitvoering, al is dit vanzelfsprekend afhankelijk van de wijze waarop er uitwerking aan wordt gegeven. Het scoort potentieel niet goed op kostenbeheersing, zal waarschijnlijk op maatschappelijke weerstand stuiten, en het zet de verzekeraar en de deskundige grotendeels buitenspel. Het zal wel een groot beroep doen op de zorgverleners, aangezien de claimende werknemer zijn claim met 'bewijzen' zal willen ondersteunen. Voor de verzekeraar is dit geen interessant scenario, maar eigenlijk is het ook geen klassiek verzekeringsscenario. De claim kan administratief getoetst worden.

Scenario 2: Meten is weten

Hier wordt het advies van deskundigen over het arbeidsvermogen als juist en bindend beschouwd. De te betrekken deskundigen kunnen wisselen, al naar gelang de aard van de problematiek, maar er kan ook gekozen worden voor de klassieke inzet: verzekeringsarts plus eventueel de arbeidsdeskundige. Voorwaarden voor een succesvol 'meten is weten' scenario zijn tenminste de volgende.

- het te gebruiken instrumentarium moet betrouwbaar en zo mogelijk valide (evidence-based) zijn;
- de rapportage moet transparant en toetsbaar zijn;
- de deskundigen moeten voor dit doel opgeleid en gecertificeerd zijn.

Dit scenario legt dus de beslissing in handen van een voor een beoordeling van het arbeidsvermogen opgeleide deskundigen. Men hoeft hier niet noodzakelijk te denken aan de klassieke aanpak, waarbij verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bepalen wat de mogelijkheden zijn. Het scenario kan worden uitgewerkt in de richting van een puur medische beoordeling (beroepen en verdiencapaciteit zijn dan niet meer aan de orde). Huisartsen en specialisten met een aanvullende opleiding kunnen ook voor dit werk worden ingeschakeld. Echter, ook opties waarin geheel andere deskundigen de (of bepaalde) beoordelingen doen kunnen interessant zijn. Te denken valt aan gedrags-deskundigen, psychologen, communicatie-experts, personeelsfunctionarissen. Ook in dit scenario kunnen prikkels worden ingebouwd, maar nu voor de deskundige zelf. Hierbij zijn verschillende

opties denkbaar: toetsing aan kwaliteitscriteria, opleggen van targets, financiële prikkels (stimulerend en sanctionerend), et cetera. Het scenario is in beginsel neutraal in het assenstelsel omdat het, bij goede uitvoering, louter resultaten oplevert die de toets der wetenschappelijke kritiek kunnen weerstaan. Het is daarom zo objectief mogelijk, maar elk van de functies in het assenstelsel krijgt maar een beperkt deel van het optimum.

Scenario 3: Polis en premie

Het scenario Polis en premie is een technisch scenario. Er zijn polisvoorwaarden, de verzekeraar stelt die bijvoorbeeld zodanig op dat deze administratief toetsbaar zijn zonder dat daarvoor fysiek contact met (onderzoek van) de verzekerde persoon nodig is. Dit is een situatie zoals we die zien in het private segment, waar de meeste beoordelingen op dossier (o.a. gegevens uit de behandelende sector) worden afgedaan.

Voorwaarden waaraan dit scenario ten minste moet voldoen zijn de volgende.

- concurrentie moet mogelijk zijn wil de prikkel tot kostenbeheersing optimaal zijn;
- voldoende keuzemogelijkheden in de portfolio met betrekking tot de te verzekeren onderdelen;
- uitvoering door opgeleide en gecertificeerde deskundigen. Deze zijn niet noodzakelijk medisch geschoold; administratief geschoold personeel kan dit werk grotendeels uitvoeren mits het dossier in orde is en alle relevante informatie bevat.

Dit scenario biedt bij uitstek mogelijkheden voor de commerciële markt. In de polisvoorwaarden kunnen sterke prikkels worden ingebouwd om de kosten (uitgaven en uitvoeringskosten) te beperken, maar er kan ook gekozen worden voor een ruimhartig compensatiebeleid met navenant hogere premies. Varianten met een basispakket en pluspakketten á la zorgverzekering zijn denkbaar. Deze kunnen bijvoorbeeld modules omvatten die recht geven op ondersteuning bij de re-integratie. Het scenario zal minder scoren op werknemerssatisfactie en, afhankelijk van de uitwerking, op deskundigensatisfactie.

Scenario 4: PreventiePro

Dit scenario kiest een geheel andere insteek. Het is gericht op versterking van de inzet van de werknemer zelf om aan het werk te komen en te blijven. Overheden en werkgevers helpen daarbij door 'te verbinden'. De verzekering wordt minimaal aangesproken. Het scenario vereist dat op individueel niveau instrumenten beschikbaar komen die de werknemer kunnen ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn 'rugzakjes' voor bij- en nascholing, belasting-faciliteiten, premiereducties. Risico van dit scenario is gelegen in de ontsnappings-mogelijkheden van mensen die 'er geen zin in hebben' of die om wat voor reden ook niet in staat zijn de aangeboden mogelijkheden aan te spreken. Zij arriveren aan de poort van de verzekeraar zonder zich te hebben ingespannen dat te voorkomen. Tenzij er prikkels komen die dat belemmeren of drempels worden opgeworpen uit een der andere scenario's.

2.5.6 Hoe verder

In een volgend stadium kunnen deze scenario's meer gedetailleerd worden uitgewerkt. Deze uitwerking kan uiteraard mede betrekking hebben op onderwerpen die hiervoor nog niet aan de orde geweest zijn, zoals:

- een trapsgewijze beoordelingsstelsel, waarbij bijvoorbeeld eenvoudige zaken op papier worden afgedaan in scenario 3, en ingewikkelde door een deskundige in scenario 2.
- een stelsel waarbij de claim op een uitkering wordt losgekoppeld van de claim op re-integratie-ondersteuning, en waarbij de 2e op een vast tijdstip (6 maanden ziek?) aan de orde moet zijn;
- een stelsel met een zwaar accent op scenario 4, maar met elementen van andere scenario's.

Figuur 3: Drie scenario's en hun score op de criteria-as,

Criteria↓	Klant is koning	Metten is weten	Polis en premie	PreventiePro
Beperking schadelast				
Juiste beoordeling				
Tevreden werknemer				
Tevreden maatschappij				
Tevreden deskundige				
Tevreden verzekeraar				
Efficiënte uitvoering				

Legenda: Lichtblauw: lage score op het betreffende criterium;
 Blauw: neutrale score;
 Donkerblauw: hoge score.

Hoofdstuk 3: Expertpapers

3.1 Kwaliteit van claimbeoordeling: onderzoek en innovatie

Wout de Boer TNO KvL 13-01-2009

3.1.1 Inleiding

Mensen nemen deel aan de samenleving door deel te nemen aan allerlei groepen daarin. De groep die verband houdt met werk is een zeer belangrijke voor maatschappelijke participatie. Mensen werken, worden soms ziek en stoppen dan soms met werken. Meestal herstellen ze en hervatten ze het werk. Af en toe gebeurt dat onder iets andere voorwaarden en omstandigheden. De zieke werknemer en zijn werkgever regelen dat meestal onderling. De zieke werknemer volgt daarbij de ziekenrol: hij meldt zich af voor zijn werkverplichting en stelt alles in het werk om te herstellen (Parsons 1952). Zo nodig krijgen de mensen bij wie herstel en hervatten niet heel snel gaat, hulp van diverse professionals. Daarvoor is een systeem van sociale verzekering in het leven geroepen. Aan de inzet van die hulp liggen uiteenlopende beoordelingen ten grondslag welke aard en mate van hulpbehoefte in beeld brengen. Die hulp wordt beschikbaar gesteld, en desnoods opgedrongen, vanuit het belang dat de groep heeft bij het goed meekomen van het individu. Eerste doelstelling van het systeem van sociale verzekering is dan ook de bevordering van participatie in arbeid.

Bij een klein deel van de mensen die zich ziek melden blijft herstel en hervatten uit. Na 1 jaar ziekteverzuim is ongeveer 1 % nog steeds niet aan het werk. Deze mensen komen terecht in de gebrekkigenrol (Gordon 1966): het perspectief is niet meer volledig herstel maar hooguit deels en van hen wordt verwacht dat ze naar vermogen werken en daarover verantwoording afleggen. Als het goed is, is door en bij deze mensen alles geprobeerd wat redelijkerwijs mogelijk was om te herstellen en het werk te hervatten. Dan ligt het niet deelnemen niet meer aan hen maar aan hun ziek zijn. Die mensen doen met dat argument van ziek zijn een beroep op de tweede doelstelling van het systeem: opgeven van de arbeidsparticipatie onder bescherming tegen armoede en misère. Mensen die niet (voldoende) kunnen verdienen willen we niet laten creperen in de goot. Die beschermen we met een uitkering, zoveel en zolang als hun onvermogen dat rechtvaardigt.

Het is niet evident wie wel en niet die bescherming nodig hebben. Het bestaan van bescherming kan een niet bedoelde behoefte aan bescherming genereren waarmee de tweede doelstelling van het systeem de eerste onder druk zet. Het systeem is gericht op participatie; de uitgang op inkomensbescherming. Bij een ideaal functionerend systeem kan men er van uitgaan dat iedereen het systeemdoel onderschrijft en er optimaal wordt behandeld en wordt ondersteund bij re-integratie. Dan hoeven mensen die zich melden bij de uitgang slechts marginaal te worden getoetst. De realiteit is dat we dat allemaal niet zeker weten en dat zowel de cliënt als zijn weg naar de uitgang moeten worden gecontroleerd. Om deze redenen worden de aanvragen beoordeeld: de zogeheten claimbeoordelingen.

Bovenstaande principes treffen we vrij algemeen aan in de algemene regelingen voor arbeidsongeschiktheid (anders dan de regelingen voor beroepsziekten en letselschade) in westerse landen (Raad v Europa 2000; Mabbett ea 2003). Ze brengen ook een aantal min of meer universele dilemma's met zich mee (Stone 1985, Teulings ea 1997, Boer en Steenbeek 2006). Dilemma's zijn bijvoorbeeld:

- tussen de keuzevrijheid van het individu aangaande zijn herstel en re-integratie en de spelregels die de sociale verzekering uit solidariteit stelt;
- tussen theoretische mogelijkheden en beperkingen van het individu en reële mogelijkheden en beperkingen van de voor hem relevante arbeidsorganisatie(s);
- tussen het te lang volhouden van verlangens naar volledig herstel en hervatten en nodeloos snel leren leven met beperkingen;
- tussen diagnosticeren in het kader van hulpverlening en claimbeoordelen in het kader van aanspraken op voorzieningen en uitkering.
- tussen de behoefte van de opdrachtgever (UWV) om een efficiënt systeem in stand te houden en de behoefte van beoordelaars (va en ad) om claims grondig te beoordelen.

Tussen landen bestaat veel verschil in organisatie van de sociale verzekering en van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid (Boer ea 2004). Voor een deel zijn die verschillen te verklaren vanuit verschillende manieren om de geschetste dilemma's te hanteren. Kenmerkend voor Nederland is in dit verband de scheiding tussen behandeling, begeleiding en claimbeoordeling. Ook de behoefte aan transparantie heeft ertoe geleid dat de claimbeoordeling in Nederland verder ontwikkeld is dan elders.

Een uitkering zou verstrekt kunnen worden op basis van eigen aangifte van de claimers en de getuigenissen van de professionals die ze hebben begeleid. Daar zijn we niet gerust op en daarom hebben we een systeem in het leven geroepen dat onderzoekt of het waar is dat er alles aan gedaan is wat redelijkerwijs mogelijk is en of inderdaad de mogelijkheden om te verdienen voor minimaal een bepaalde mate en tijd, zijn verminderd. Dat de uitslagen van deze onderzoeken kloppen heeft voor de cliënt een evident belang. Maar het stelsel van waaruit hij zijn uitkering krijgt heeft daar ook belang bij omdat daarmee zowel het financiële fundament als het maatschappelijke draagvlak worden veiliggesteld.

De eerste vraag in het project SMBA is of het zo moet als het gaat of dat het anders kan. De tweede vraag is naar het wetenschappelijke onderzoek dat dringend zou moeten worden gedaan.

In dit artikel wil ik de uitvoering (paragraaf 2), organisatie (paragraaf 3) en kwaliteitsborging (paragraaf 4) van de claimbeoordeling langdurige arbeidsongeschiktheid in Nederland beschrijven vanuit het perspectief van kwaliteit, aangevuld met voorbeelden van alternatieven in andere landen. Dit mondt uit in een kritische synthese (paragraaf 5) en mijn voornaamste aanbevelingen voor de Nederlandse claimbeoordeling bij langdurige arbeidsongeschiktheid (paragraaf 6). In een appendix zijn andere suggesties voor onderzoek en ontwikkeling opgenomen. Deze zijn gebaseerd op overwegingen in dit artikel.

3.1.2 Uitvoering van claimbeoordeling

In eerste instantie lijkt de claimbeoordeling erop gericht te zijn te achterhalen wat iemands mogelijkheden en beperkingen zijn om te werken, ondanks ziekte. Dat is echter maar een deel van de beoordeling. Ook lijkt de beoordeling een vertaling te zijn van ziektebeeld naar arbeidsongeschiktheid maar dat was en is niet de bedoeling en vermoedelijk ook nooit de praktijk (Boer en Houwaart 2006). Meer compleet is het object van de beoordeling het naleven door de cliënt van de gebrekkigenrol. Dat staat, in andere woorden, beschreven in de verschillende wetten en dat blijkt ook de opvatting van beoordelende professionals te zijn (Gezondheidsraad 2005, Waddell & Aylward 2005, Boer & Houwaart 2006, Boer, Brage, Donceel, Rus Willems 2008, Boer Wind, Dijk, Willems 2009). Het naleven van de gebrekkigenrol is relationeel, want bepaald tussen individu en omgeving. De vereisten van de omgeving bepalen wat relevant is aan de vermogens van het individu. Afhankelijk van de omgeving kan een individu zich wel of niet beperkt voelen. Ook is het naleven van de gebrekkigenrol relatief, want (onder meer) bepaald door sociale normen van wat je redelijkerwijs kunt verwachten van werknemer en werkgever aan inspanning en aanpassing, en van de hulpverlening (grenzen aan consumentisme, passend in pakket) en van de sociale verzekering (de goedkoopste adequate oplossing heeft de voorkeur).

Het beoordelen van het naleven van de gebrekkigenrol brengt 4 samenhangende beoordelingsaspecten met zich mee (Gezondheidsraad 2005):

- is gedaan wat redelijkerwijs gedaan had kunnen en moeten worden om herstel en hervatten werk te bevorderen?
- wat zijn op dit moment de mogelijkheden om inkomen te verdienen?
- kan de verdien capaciteit verbeteren?
- kan er nu iets gedaan worden om de verdien capaciteit te verbeteren?

De eerste vraag *'is gedaan wat redelijkerwijs gedaan had kunnen en moeten worden om herstel en hervatten werk te bevorderen?'* is een deels empirische (wat is gedaan om herstel en hervatten te bereiken) en deels een sociaal normatieve (wat hadden we in deze situatie redelijkerwijs mogen verwachten van de cliënt, zijn werkgever en de hulpverlening). Het eerste is vast te stellen op basis van het re-integratieverslag, voor zover dat adequaat is en goed is ingevuld. Het tweede wordt getrapd gedaan bij het Uitvoeringsinstituut voor Werknemersverzekeringen (UWV): eerst de arbeidsdeskundige en bij twijfel de centrale commissie loonsanctie. Deze commissie vormt werkende weg een uitkristallisatie van de toe te passen normen. Daarbij gaat het vooral om de arbeidskundige invalshoek. Voor het medische deel van deze beoordelingen bestaan instrumenten, de zgn. vg-protocollen. Deze bevatten uitspraken over wat er in het algemeen bij bepaalde ziektebeelden mag worden verwacht aan herstel en hervatting van werk. Verder zijn er de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) welke beschrijven wat van de bedrijfsarts mag worden verwacht in geval van ziekteverzuim door bepaalde ziektebeelden. Ook enkele STECR werkwijzers bevatten dergelijke uitspraken. Een algemeen geldende richtlijn over adequate verzuimbegeleiding bestaat nog niet, al wordt er wel voor gepleit in kringen van bedrijfsartsen (Melchers 2007)⁴².

⁴² Appendix, punt 1

De tweede vraag *'wat zijn op dit moment de mogelijkheden om inkomen te verdienen?'* is een theoretische: voor welke functies zou de cliënt in theorie geschikt zijn als die functies zouden worden aangeboden? Wat de cliënt wel en niet kan in algemeen gangbaar werk kan niet goed empirisch worden vastgesteld. Als de cliënt deels werkt is onzeker of hij niet méér kan en een enkele keer is het de vraag of hij niet werkt tot schade van zijn gezondheid. Als hij niet werkt is er alleen speculatie mogelijk, op grond van de mening en ervaringen van de cliënt en op grond van allerlei hulponderzoeken. De mening van de cliënt is terzake en noodzakelijk maar niet doorslaggevend. De cliënt weet niet wat vereisten zijn in algemeen gangbaar werk en hij kan zich dus ook minder goed voorstellen wat hij daar wel en niet in kan. Bovendien is er rekening mee te houden dat de cliënt de veiligheid van de uitkering op korte termijn verkiest boven de onzekerheid van het zoeken naar passend werk waarvan hij niet zeker weet of dat bestaat en of hij daarvoor in aanmerking komt. Naast theoretisch is de vraag ook sociaal normatief (wat kunnen we van iemand redelijkerwijs verwachten aan inspanning, overkomen van angst, pijn en ander ongemak en wat kunnen we van werkgevers verwachten aan aanpassing van werk?) Ook voor deze vraag bieden de vg-protocollen enige hulp: welke beperkingen kun je in zijn algemeenheid verwachten bij ziektebeeld x, y of z?⁴³ Voor het arbeidskundige deel van deze vraag is in het Schattingsbesluit veel detailregeling opgenomen. De vrijheid om de schatting toe te snijden op het individu is daarmee naar de indruk van arbeidsdeskundigen voor het grootste deel ingeperkt (Boer en Houwaart 2005).

De derde vraag *'kan de verdiencapaciteit verbeteren?'* bouwt voort op de (onzekerheden van) de tweede. Voor de medische prognose bestaat beperkt kennis en ook hier worden de vg-protocollen gebruikt⁴⁴. Van de groep mensen die langdurig aan een ziekte lijden is vaak geen specifieke prognose bekend. De medische prognose is echter slechts een klein deel van de vooruitzichten. De vooruitzichten hangen mede af van ambitie, motivatie ed bij de cliënt en van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

De vierde vraag *'kan er nu iets gedaan worden om de verdiencapaciteit te verbeteren?'* bouwt voort op de tweede en derde. Er is veel kennis over curatieve en arbeidskundige interventies. In het curatieve onderzoek wordt de relatie met werkhervatting nog maar aarzelend gelegd zodat op dit aspect nog veel vragen bestaan. Over de effectiviteit van die interventies met betrekking tot werkhervatting is eveneens weinig bekend. Een onderzoek van de universiteit Groningen (BIMRA 2008) wees uit hoe weinig de arbeidskundige interventies zijn onderbouwd met onderzoek⁴⁵. Hoe de beoordeling van de mogelijkheid en wenselijkheid van interventies wordt uitgevoerd is niet bekend. Ook hier komt de sociaal normatieve component om de hoek kijken (welke interventies moet de cliënt accepteren? Welke vrijheid heeft hij om zelf interventies voor te stellen?).

Op grond van het bovenstaande kunnen we stellen dat de beoordelingen niet kunnen worden afgemeten aan de juistheid van hun resultaat of de doeltreffendheid van hun uitkomst. Een gouden standaard voor een juiste claimbeoordeling bestaat ook al niet omdat de beoordeling gaat over mensen en gebaseerd is op een emergente verzameling gronden (Hofstee 2008). In juridische termen heet dat 'de feiten en omstandigheden van het individuele geval'. De sociale normen die worden toegepast zijn in het algemeen impliciet en variabel in de tijd (Boer & Houwaart 2006; Meershoek ea 2007). Veeleer moeten de beoordelingen daarom worden afgemeten aan de overtuigendheid van het proces van de beoordeling. Een formeel-rationele oordeelsvorming waarin elementen kunnen worden vastgesteld en opgeteld lijkt niet mogelijk in deze situatie, veeleer worden beelden gevormd van cliënten in hun situatie en hun ontwikkeling en passend bij die beelden worden conclusies gevormd welke vervolgens van argumenten worden voorzien. Die conclusies en argumenten moeten gedragen worden door observaties en kennis en overtuigen. In termen van Hofstee (2008): 'oordeel zo dat die beoordeling als richtinggevend kan gelden voor toekomstige gevallen'

De kwaliteit van de beoordelingen wordt georganiseerd door het proces zo in te richten dat de kans op een juiste beoordeling zo groot mogelijk wordt. Dit bespreken we in paragraaf 3. Verder wordt de kwaliteit geborgd door het proces en de uitkomsten te monitoren en zo nodig bij te sturen. Dit is het onderwerp van paragraaf 4.

Claimbeoordelingen worden, zoals gezegd in veel landen uitgevoerd en wel door artsen die daartoe zijn geselecteerd en opgeleid. Gezien de dilemma's die de claimbeoordelingen met zich meebrengen is het te begrijpen dat claimbeoordelingen controverses met zich mee brengen. In Nederland kennen de artsen, die gerecruteerd worden uit een gemeenschap van hulpverleners, een lange traditie van zich afvragen in hoeverre ze arts zijn en in hoeverre rechter of politieagent (Boer en Houwaart 2006). De arbeidsdeskundigen zijn ontstaan in een functie waar zowel beoordelen als probleem oplossen van ze werd gevraagd. Dat heeft ze niet weerhouden van lange discussies over hun identiteit (Boer en Houwaart 2006). In Nederland voeren de bedrijfsartsen de taak uit van beoordelen tijdens de ziekteperiode en ook dat is met controverses omgeven (Melchers 2007). De spanning is gelegen tussen de professionele identiteit van hulpverlener, waarin de patiënt als afhankelijk wordt gezien en onvoorwaardelijk moet worden geholpen, en de juridische rol waarbij getoetst moet worden in hoeverre het klopt wat de cliënt zegt en in hoeverre hij zijn verplichtingen adequaat naleeft.

Het is handig om het proces van beoordeling te analyseren in input, professional, throughput, output en outcome (Donabedian 1988). Op deze manier kunnen de verschillende aspecten van de beoordeling goed worden geanalyseerd. De afbakening tussen deze categorieën is deels arbitrair maar het geheel zou dekkend moet zijn. In de volgende paragraaf staan we stil bij de beoordeling in de verschillende onderdelen waarbij we de Nederlandse situatie in ogenschouw nemen, aangevuld met relevante alternatieven uit andere landen. Weliswaar is, zoals gezegd, de organisatie van het proces elders vaak anders maar dat betekent niet dat we niets kunnen leren van andere praktijken.

⁴³ Appendix, punt 2

⁴⁴ Appendix, punt 3

⁴⁵ Appendix, punt 4

3.1.3 Organisatie van kwaliteit van claimbeoordelingen

Voor de beschouwing van de kwaliteit van claimbeoordeling is het niet voldoende om deze beoordelingen alleen als een incidentele activiteit tussen beoordelaar en beoordeelde te zien. Ten eerste is in Nederland de claimbeoordeling voor de WIA weliswaar in hoofdzaak eenmalig maar hij staat in het verlengde van een traject van ziek worden en pogingen tot herstel en hervatting. Dat is in Nederland (Gezondheidsraad 2005) zo en dat is elders ook het geval (Boer, Besseling en Willems 2007). Hoe het voortraject de beoordeling precies beïnvloedt is overigens niet bekend⁴⁶. Buiten het bestek van dit artikel valt de overweging dat problemen van participatie niet beperkt blijven tot het domein van de arbeid. Mensen kunnen dan ook problemen krijgen in huisvesting, vervoer etc. De beoordelingen en ondersteuning die ze daar krijgen zullen van invloed zijn op hun problemen bij arbeid⁴⁷.

Ten tweede dienen beoordelingen niet als alleen iets van beoordelaar en beoordeelde te worden gezien, omdat zij worden uitgevoerd binnen een constellatie van partijen welke zijn onder te brengen in een script, zowel in Nederland als elders (Hofstee 1999, Boer, Besseling, Willems 2007). Voor dit artikel zijn relevant de cliënt, beoordelaar(s), UWV, wet, beroepsgroep(en), toetser en rechter. Al die partijen oefenen invloed uit op de beoordeling en ze hebben ook verlangens over de te leveren kwaliteit. De beoordeelde is niet alleen passief object maar ook actief subject en als burger deel van een groter intersubject dat de sociale normen 'heeft'. De beoordelaar realiseert zich dat hij niet (alleen maar) eigen normen moet hanteren maar de professionele standaard moet toepassen die in zijn beroepsgroep geldt. De opdrachtgever UWV is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering van de regeling waar de claimbeoordeling onderdeel van is. De rechter toetst individueel en vormt jurisprudentie. De toetser, de Inspectie voor Werk en Inkomen (IWI) van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), toetst op systeem en vormt al doende toetsstenen zoals het protocol 'Sociaal-medisch Handelen' van het College van Toezicht Sociale Verzekeringen. Aan de hand daarvan wordt binnen UWV getoetst of de rapportages adequaat zijn⁴⁸.

Hoe het samenspel van deze partijen de claimbeoordeling de afgelopen decennia heeft beïnvloed is wel enigermate bekend (Boer en Houwaart 2006) en in ieder geval beschikken we over de uitkomst van die beïnvloeding. Onderstaand kijken we naar de inrichting van het proces van claimbeoordeling en de daarvoor beschikbare instrumenten.

Input

De input van de beoordeling wordt uiteraard gevormd door cliënt en beoordelaar maar er wordt ook gebruik gemaakt van materiaal: in Nederland het Re-integratieverslag (RIV). In dat verslag moet een goede beschrijving zijn te vinden van alles wat relevant is, medisch en niet-medisch, vanuit de periode van ziekteverzuim vóór de aanvraag om een uitkering krachtens de WIA. Daarmee moet dat verslag een belangrijk instrument zijn voor de beoordeling. In hoeverre het huidige RIV die functie heeft is niet bekend. De geluiden in de praktijk zijn dat de kwaliteit sterk wisselend is. Ook in andere landen wordt informatie uit het korte verzuimtraject gebruikt om de beoordeling van het lange verzuim te ondersteunen.

Wel is dat beperkt tot medische informatie. De meest duidelijke voorbeelden daarvan zijn Rusland en de VS. In beide landen (en ook in andere) wordt zeer uitgebreid medische informatie aangeleverd door de behandelaars (Rusland) of de arts die de cliënt heeft ingeschakeld om zijn claim op te stellen (VS). Ook wordt in beide landen van de indienende arts een mening verwacht over de claim zelf hoewel men zich realiseert dat die mening niet neutraal zal zijn. In Slovenië wordt ook de werkgever gehoord in de claimbeoordeling en daarnaast is een arbeidsdeskundige betrokken bij de claimbeoordeling.

In de beoordeling in de voormalige Oostbloklanden is het gebruikelijk dat de medische voorinformatie leidt tot het samenstellen van een op het ziektebeeld toegesneden team van medisch specialistische beoordelaars.

In het Verenigd Koninkrijk (VK) is het een leek op medisch gebied, de disability analyst, die een selectie maakt van gevallen welke wel of niet door moeten naar de va. Als op grond van de aangeleverde informatie een toekenning duidelijk is wordt dit niet voorgelegd aan de verzekeringsarts.

Professional

De meest traditionele vorm van kwaliteitsborging is in de claimbeoordeling de kwalificatie van de beoordelaars; in Nederland de verzekeringsarts (VA) en de arbeidsdeskundige (AD). Kwalificatie door opleiding, nascholing en intervisie is ook elders gebruikelijk (Donceel en Prins TBV 2001). Het is de discussie tussen beoordelaars, in medische tijdschriften en bij seminars et cetera, die moet veiligstellen dat de beoordelaars zo deskundig zijn dat ze niet te ver van elkaar gaan afwijken.

In Nederland is de opleiding erkend als specialisme naar Europese normen, in andere landen is dat niet het geval. Hoe in verschillende landen invulling wordt gegeven aan die opleiding en hoe dat de kwaliteit van de beoordelingen moet borgen is niet bekend.

Throughput

De throughputfase, de beoordeling zelf, is klassiek een verantwoordelijkheid van de beoordelaars. Nu nog is dat in veel landen het zwaartepunt van de garantie van kwaliteit. Ook wordt de beoordeling wel zo georganiseerd dat de betrouwbaarheid wordt vergroot.

Daarvan bestaan verschillende varianten.

- Beoordeling door groepen van 3 à 4 beoordelaars (België, Slovenië, Rusland). Zulke beoordelingen door groepen beoordelaars zouden fouten uitmiddelen en het juiste gemiddelde kunnen inbrengen. De groep van beoordelaars vormt het intersubject dat de juiste beoordeling 'heeft' (Hofstee 2008).
- In verschillende landen wordt de beoordeling niet live gedaan maar juist op basis van papier (bv. België, Duitsland). Hiermee zou de beoordelaar meer neutraal in staat zijn een objectieve beoordeling te doen. In hoeverre dat inderdaad waar is, en wat dat betekent voor de kwaliteit van de beoordeling, is bij mijn weten niet onderzocht.

⁴⁶ Appendix, punt 5

⁴⁷ Appendix, punt 6

⁴⁸ Appendix, punt 7

In een aantal landen, waaronder Nederland, is men verder gegaan met het stellen van eisen aan het proces van beoordeling. Twee typen van eisen zijn te onderscheiden: spelregels voor een fair trial en inhoudelijke richtlijnen naar ziektebeeld.

- Spelregels voor een eerlijk proces treffen we in Nederland in de standaarden van het Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen (Lisv) en vergelijkbare stukken vinden we in Duitsland (DRV 2001) en Zwitserland (Riemer-Kafka 2007). Ze hebben onder meer betrekking op de attitude en vaardigheden van de beoordelaar, op de rol van de mening van de cliënt, op de aanvaardbaarheid van bepaalde onderzoeksmethoden en instructies voor behandeling en op de noodzaak van het betrekken van informatie uit andere bronnen dan alleen de cliënt en zijn behandelaars. Met deze spelregels wordt de transparantie vergroot op essentiële methodische vereisten. Deze spelregels worden opgesteld door artsen en juristen, welke alle betrokken zijn bij de claimbeoordeling en een expert consensus vertegenwoordigen.
- Officieel voorgeschreven inhoudelijke richtlijnen bestaan in Duitsland (Überschär 2008) en Nederland (www.nvvg.nl). Van bepaalde ziektebeelden wordt aangegeven wat daarbij aan behandeling en werkinterventies is te verwachten en welke functionele mogelijkheden vaak zullen zijn verminderd. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur maar dat is niet expliciet verantwoord⁴⁹. Het gebruik van onderzoek uit medische hoek draagt bij aan het hanteren van de juiste gronden in de beoordeling. Overigens wordt telkens expliciet onderkend dat het feitelijke verloop van ziekte en arbeidsongeschiktheid maar zeer ten dele bepaald wordt door het onderliggende ziektebeeld. Het feit dat deze richtlijnen door de medische gemeenschap worden gemaakt, en niet alleen door verzekeringsartsen, maakt dat de beoordelingen in de bredere medische gemeenschap een zekere legitimiteit hebben. Ook deze richtlijnen vertegenwoordigen een expert consensus, deels ondersteund door wetenschappelijke literatuur⁵⁰.

Naast procesvereisten zijn ook instrumenten gemaakt voor de claimbeoordeling. Te noemen zijn de functiematching, gespreksmodellen, functionele capaciteitsbepalingen en mediprudentie

- De functiematching is verplicht in de claimbeoordeling sedert medio jaren 70. Momenteel is het CBBS in gebruik waarin de mogelijkheden en beperkingen die de VA aangeeft door de AD vergeleken worden met bestaande functies in Nederland. Door regelmatige enquêtering wordt geborgd dat de functies bestaan en de beschrijvingen actueel zijn. De matching is grotendeels geautomatiseerd maar de eindselectie vraagt professionele overweging van de AD, in samenspraak met de VA.
- Gespreksmodellen kennen we in Nederland (Boer ea. 2006; Spanjer ea. 2008) Ze schrijven een semi-structurering van het beoordelingsgesprek voor waarbij de voor de beoordeling essentiële informatie in ieder geval aan de orde moet komen. Ze bevorderen dat de vorming van een beeld door de beoordelaar niet te veel wordt beperkt door diens routines en voorkeuren. Daarmee wordt bevorderd dat belangrijke gronden en informatie niet worden gemist. Volledige structurering voor een formeel-rationele oordeelsvorming is niet mogelijk, zie boven (par. 2). Daarom dienen de vaste elementen van beoordeling op geleide van de bevindingen te worden aangevuld met wat in het individuele geval van belang lijkt. De gespreksmodellen berusten op een zekere professionele en wetenschappelijke aannemelijkheid maar ze zijn niet getoetst op hun effectiviteit.

- Functionele capaciteitsbepalingen zijn tests van prestaties van cliënten in een laboratorium-situatie. Door het laten uitvoeren van handelingen die voor arbeid relevant zijn kan een beeld worden verkregen van wat de cliënt nog wel kan. Door die handelingen bij herhaling te laten uitvoeren kan een beeld worden gevormd van de medewerking van de cliënt aan de test. Deze zogenaamde FCE-methoden zijn veel onderzocht, voornamelijk buiten de claimbeoordeling. Voor de claimbeoordeling zijn er nog onbeantwoorde vragen van validiteit (Mul ea. 1999) maar Wind (2007) vond dat de praktijk van de claimbeoordeling er mee gediend was⁵¹.
- Het jongste instrument in de claimbeoordeling is de zogeheten mediprudentie: een verzameling gevalsbeschrijvingen, voorzien van gezaghebbend commentaar, welke richtinggevend moeten zijn voor toekomstige beoordelingen (Gr. 2007). Dit kennen we alleen in Nederland en daar is het nog in een pilotfase. Door de combinatie van reële casuïstiek en gezaghebbend commentaar zou de mediprudentie een instrument kunnen worden dat professionele normen expliciet en toegankelijk maakt. De praktijk zal dat nog moeten uitwijzen.

Output

Claimbeoordelingen eindigen alle met een uitspraak aan de opdrachtgever en deze wordt in het algemeen verrat in een format van rapportage. Dat format is primair juridisch bepaald en varieert sterk tussen landen (Boer, Brenninkmeijer, Zuidam 2004). In enkele landen bevat de rapportage van de verzekeringsarts ook een specificatie van functionele mogelijkheden zoals de Nederlandse Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) en de zogeheten descriptors in UK en Ierland. Deze lijsten zijn expert based⁵¹. Het format heeft een disciplinerende werking op de rapporteur omdat zijn onderzoek de gevraagde rapportage moet kunnen leveren en dragen. Het protocol Sociaal Medisch handelen is vanuit het CTSV opgesteld met expliciet die bedoeling. Een risico daarbij is dat het standaard format verleidt tot standaard rapportage waarin de individuele cliënt verdwijnt in standaard frasen (CTSV 2000).

Outcome

De sturing vanuit de outcome is per definitie niet opgenomen in de organisatie van het proces van de beoordelingen. Deze komt terug bij de borging van de kwaliteit.

3.1.4 Borging van de kwaliteit van de claimbeoordeling

Zoals gezegd kan kwaliteit nagestreefd worden door het proces optimaal in te richten maar een andere aanpak bestaat eruit het proces te monitoren en waar nodig bij te sturen. Over die aanpak gaat deze paragraaf, wederom aan de hand van de indeling van Donabedian (1988).

Input

Borging van de kwaliteit in de inputfase is beperkt. Empowerment van cliënten, waarnaar momenteel onderzoek loopt, zou een voorbeeld kunnen zijn. Sturing op de kwaliteit van het re-integratieverslag zou ook een voorbeeld kunnen zijn.

⁴⁹ Appendix, punt 8

⁵⁰ Appendix, punt 9

⁵¹ Appendix, punt 10

⁵² Appendix, punt 11

Professional

Sturing op kwalificatie van beoordelaars is een internationaal veel voorkomend voorbeeld van sturing op kwaliteit en in Nederland geldt dat voor zowel de arbeidsdeskundigen als de verzekeringsartsen. Dat de startkwalificatie van arts niet voldoende is als kwaliteitsgarantie op langere termijn is een opvatting die steeds meer post lijkt te vatten.

Throughput

Mij is geen praktijk bekend van toetsing, monitoring en bijstelling tijdens het proces van beoordeling. Tijdens de opleiding van een VA of AD komt het voor dat er een meer ervaren bij zit, maar als vast onderdeel van kwaliteitsbeleid ben ik het nergens tegengekomen. De plannen voor visitatie die de NVVG uitwerkt tenderen deze kant op maar zijn nog niet uitgetest. Bij een beoordeling door één professional (va of ad) is het risico van vastlopen in eigen routines toch niet denkbeeldig⁵³.

Output

Toetsing van rapportages is gebruikelijk in Nederland en ook elders. Een inhoudelijk deskundige collega of superieur beoordeelt een steekproef van rapportages op volledigheid en overtuigendheid. Dit leidt tot beoordelingen van de beoordelaars en tot druk op bijstelling van werkwijzen welke als onvoldoende zijn gekwalificeerd. Goor (1997) vond dat dossiertoetsing in de uitvoering van de WAO leidde tot strengere beoordeling.

Een andere, eveneens zeer algemeen gebruikelijke, vorm van toetsing van de output wordt gedaan door de rechter, wat leidt tot jurisprudentie. De rechter toetst de beslissingen van het UWV en daarmee indirect de claimbeoordeling. Rechterlijke uitspraken hebben regelmatig geleid tot bijstellingen in de beoordeling of deze juist bekrachtigd (Boer & Houwaart 2006).

Een bijzondere variant is de beroepsprocedure in voormalige Oostbloklanden, bijvoorbeeld Slovenië (Otto & Boer. 2004). Als een cliënt niet akkoord is met zijn beoordeling kan hij in beroep gaan bij het Sloveense equivalent van het UWV. Dat stelt vervolgens een nieuwe commissie van beoordelaars samen welke een hernieuwde beoordeling uitvoert. Als de uitslag daarvan dezelfde is, wordt het beroep ongegrond verklaard. De beoordeling door de beroepscommissie wordt gebruikt als kwaliteitsbeoordeling van het eerdere team. In Nederland is de bezwaarprocedure binnen UWV hiermee te vergelijken maar deze wordt niet systematisch gebruikt als kwaliteitsmiddel.

In Nederland is vijf jaar lang de output getoetst door een externe toetsingsorganisatie, het CTSV. Het CTSV publiceerde in de 5 jaar van haar bestaan veel rapporten over tekorten in de uitvoering van onder andere de claimbeoordeling (bv. Bont ea. 2000; Giezen ea. 2001). Het toezicht is in 2000 overgegaan naar de Inspectie Werk en Inkomen (IWI), waarmee deze output toetsing is vervallen omdat IWI veel meer afstandelijk toetst.

Outcome

De maatschappelijke resultaten in termen van participatie, geld en geloofwaardigheid is ook iets waar de beoordeling op wordt afgerekend en bijgestuurd. De beoordeling is per slot van rekening een klein maar voornaam onderdeel van het grote systeem van sociale verzekering.

Het meest duidelijke voorbeeld van outcomesturing is de Parlementaire Enquête door de commissie Buurmeijer (Parlementaire enquête commissie 1993). De organisatie en uitvoering van de claimbeoordeling werden daarin expliciet gediskwalificeerd en uiteindelijk heeft dat geleid tot belangrijke bijstellingen, waaronder de WIA.

3.1.5 Discussie en conclusie

Samenvattend is de claimbeoordeling arbeidsongeschiktheid een proces met een tweelachtinge functie, een proces dat daardoor behept is met dilemma's in de uitvoering. De beoordelingen moeten uitsluitel geven over vragen over de voorgeschiedenis, de actuele mogelijkheden van de cliënt, de vooruitzichten en mogelijke interventies om hem toch nog voor arbeid te behouden. De cliënt wordt beoordeeld maar niet op zichzelf doch in relatie tot arbeid. En hij wordt beoordeeld op sociaal-medische feiten welke worden gerelateerd aan impliciete en variabele sociale normen. In de praktijk vormt de beoordelaar, meestal een arts, zich een beeld van de cliënt dat is geënt op de gebrekkigenrol. Op basis van dat beeld komt de beoordelaar tot conclusies in termen van de regeling die hij uitvoert. De conclusies worden idealiter volledig gedragen door argumenten welke zijn gebaseerd op observaties aan en over de cliënt en op algemeen geldige kennis en regels.

Als deze situatiebeschrijving juist is, is er een grote behoefte om de wetenschappelijke concepten vast te stellen waarmee de claimbeoordeling kan worden verklaard en verbeterd. De algemene discussies over afscheid van het medische model, het biopsychosociale model, de ICF en tal van gedragswetenschappelijke modellen bevat veel dat niet (helemaal) klopt en levert in ieder geval nog geen samenhang op.

Bij gebrek aan gouden standaard over bijvoorbeeld arbeidsvermogen zijn de beoordelingen moeilijk te toetsen op hun kwaliteit. De inspanningen die zijn verricht om de kwaliteit van de beoordelingen te funderen zijn maar zeer gedeeltelijk wetenschappelijk onderbouwd en transparant in hun normering. De ontwikkelingen in de gedragswetenschappen zijn aan de claimbeoordeling tot nu toe vooral voorbijgegaan. Dat is in Nederland niet anders dan elders. In Nederland, en vermoedelijk ook elders, is eerst de professional genormeerd (arts) en de output vastgesteld (de rapportage, de eerste generatie richtlijn). Vervolgens zijn tweede en derde generatie richtlijnen opgesteld, respectievelijk van methoden en van kennis. Een vierde generatie richtlijn is onderweg: de mediprudentie.

Historisch zijn de richtlijnen op deze manier te ordenen, maar naar hun functie in de kwaliteitsbeheersing is dat niet zo: een samenhangend beeld van kwetsbaarheid van kwaliteit en effectiviteit van instrumenten ontbreekt. In de indeling van Donabedian zien we veel uitvoeringsinstrumenten voor de throughput en veel borgingsactiviteit op de output. Is dat de meest adequate inspanning of overlappen instrumenten in functie? Waar zit de balans tussen kwalitatief goed en efficiënt?

In Nederland is de beweging naar transparantie verder gegaan dan elders wat weer eigen problemen genereert: het potentieel arbitraire karakter van de beoordelingen is duidelijk aan de dag gebracht. Wetenschappelijke kennis kan een deel van de vragen beantwoorden en voor dat gedeelte blijft de wetenschap tot nu toe achter. De recente groeispurt van

⁵³ Appendix, punt 12

diverse kennisinstituten heeft die achterstand nog niet weggenomen. De dilemma's van de beoordelingen kunnen niet met de beoordelingen zelf worden opgelost maar wel op legitieme wijze worden gehanteerd. Hiervoor kan een instrument als mediprudentie mogelijk goede diensten bewijzen. Als mediprudentie echt openbaar zou worden dan zou deze mogelijk ook op outcome niveau de legitimiteit van de beoordelingen kunnen ondersteunen. Op dit moment lijkt dat nog ver weg te liggen.

Welke wegen liggen er zo al open en wie kan het initiatief nemen om die wegen te gaan? Een aantal springt er uit:

- wetenschappelijk onderzoek naar kennis, normen, methoden van informatieverzameling en methoden van toetsing van beoordeling is nog hard nodig, waarbij een rol voor kennisinstituten voor de hand ligt.
- ontwikkelen en vooral ook toetsen van instrumenten (selectie aan de poort, gespreksprotocol, lichamelijk onderzoek, mediprudentie) is eveneens hard nodig. Hiervoor ligt het initiatief eerder bij de beroepsverenigingen NVVG en de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) in samenwerking met het UWV.
- monitoring van de beoordelaars onderling door middel van visitatie is een interessante mogelijkheid, welke het best verkend zou kunnen worden vanuit NVVG en NVvA.
- Ontwikkelen van verschillende scenario's van beoordeling met verschillende beoordelaars, onder andere gestuurd door de zelfrapportage van de cliënt. Hier zou de opdrachtgever UWV het initiatief kunnen nemen.

Meer fundamenteel is misschien verdere bezinning op wat men van claimbeoordelingen mag verwachten en hoe dat werkt. Wat is minimaal nodig om een aanvaardbare beoordeling te bereiken? Is er sprake van afnemende meeropbrengst bij het steeds toevoegen en verzwaren van kwaliteitschecks? Een afbakening van het relatieve belang van bijvoorbeeld de informatieverzameling ten opzichte van het gebruik van de juiste kennis en normen en een kritische analyse van de eigen beoordeling zou veel nut kunnen hebben en het bovenstaande kunnen sturen. Mediprudentie en m.m. adprudentie, zou een goed vehikel kunnen zijn om die afbakening te bereiken. Een grondige analyse van casuïstiek en commentaren kan licht werpen op de kracht en de zwakte van de huidige praktijk. Van daaruit kunnen kennisontwikkeling en methodiek meer gericht worden ingezet.

Een andere fundamentele vraag is waar het ophoudt met de transparantie. Net als in de strafvervolgning kan de beoordeling toenemend worden geregistreerd (alles standaard op video, elk document ondertekend door de cliënt) en daarmee zo nodig worden gereconstrueerd. Het is de vraag hoever we daarin willen gaan. Per beoordeling kan een dag tijd van de dokter en een dag van de arbeidsdeskundige worden geïnvesteerd, maar de dilemma's verdwijnen er niet mee.

De beste beoordeling is misschien wel de beoordeling die niet is uitgevoerd omdat hij uiteindelijk niet nodig bleek. De terugkijkfunctie zou daarom veel meer aandacht moeten krijgen dan nu het geval is. Om dat te bereiken zou de claimbeoordeling veel meer dan tot nu toe onderdeel moeten zijn van het geheel van behandeling en sociaal-medische

begeleiding en niet beperkt moeten blijven tot arbeidsongeschiktheid. Ook andere participatieproblemen door ziekte zouden zinvol in samenhang kunnen worden gezien en zodoende een externe consistentie kunnen bieden.

3.1.6 Aanbevelingen voor uitvoering en onderzoek

Veel onderzoek is wenselijk om bestaande onzekerheden op te heffen. Voor mij springen er uit.

1. Mediprudentie en adprudentie zijn in potentie zeer krachtige instrumenten voor ontwikkeling en borging van de beoordeling. Om dezelfde reden is de 'prudentie' controversieel bij uitvoerders en beleidsmakers. Het zichtbaar maken van individuele en vervolgens collectieve normen en van het werken met lacunes in kennis is nieuw en onzeker. Zeer voorzichtig wordt gewerkt aan Mediprudentie welke dan ook nog nauwelijks in de kinderschoenen staat. Met een aantal garanties tegen ongelukken moet het toch mogelijk zijn de kracht te verkennen zonder dat er publiek tumult ontstaat over de bestaande kwaliteit. Verzekeringsartsen zeggen er behoefte aan te hebben. Maak een grote verzameling mediprudentie/ adprudentie casuïstiek en onderzoek in welke mate en op welke wijze deze effectief is in het ondersteunen van de oordeelsvorming. Er is wel overeenstemming dat dit effectief zal zijn maar het is niet aangetoond. Tezelfdertijd kan worden bepaald waar de leemten in kennis, normen en argumenten zich bevinden. Dat zijn dus ook de aspecten waarop onderzoek het meest effectief zal zijn.
2. Onderzoek de mogelijkheid om verschillende scenario's van beoordeling uit te voeren, bijvoorbeeld geleid door eigen aangifte van de cliënt, aangevuld met informatie van werkgever en behandelaar. Zoiets is ooit begonnen maar bij mijn weten niet doorgevoerd. Ook het inschakelen van meervoudige beoordelingen past in deze aanbeveling. Onderzoek in welke gevallen welke discipline het meest voor de hand ligt bij de beoordeling van claims. Momenteel is het sterk medisch- arbeidskundig georiënteerd, in die volgorde, terwijl bv. psychologen mogelijk een deel van het werk (beter) zouden kunnen doen. Daartoe is dan wel nodig dat de psychologen, hulpverleners pur sang vaak, zich de juridische context en de identiteit van rechter eigen maken. Gezien de ervaringen van artsen en arbeidsdeskundigen zal dat geen sinecure zijn.
3. Ontwikkel en toets een semi-gestructureerd gespreksmodel voor de beoordelingsgesprekken. De informatieverzameling is zeer kwetsbaar en wordt overgelaten aan de individuele voorkeuren van beoordelaars. Dat is wel erg vrijblijvend. De bestaande modellen bieden goede aanknopingspunten welke door de verzekeringsartsen lijken te worden gedeeld. De daarin vervatte uitgangspunten kunnen getoetst worden en basis zijn voor een volgende generatie gespreksmodel. Dat zal nog steeds ruimte laten voor individuele invulling maar expliciet zijn over de professionele grenzen die er voor gelden.
4. Organiseer de claimbeoordeling zo dat de terugkijkfunctie een zwaarder accent krijgt. De vg-protocollen geven daar al handvatten voor. Dit vergt opvoeding van zowel de beoordelaars als van de behandelaars en andere hulpverleners. Het zou een zeer nuttige feedback kunnen zijn voor alle betrokkenen om nog eens te reflecteren op wat ze hebben gedaan en waar dat toe heeft geleid. Niet als kritiek maar als leerpunten.

Andere aanbevelingen die ik heb zijn te vinden in de appendix. Ze stonden niet in het brandpunt van dit artikel maar zijn m.i. toch zinvol voor verdere ontwikkeling van een programma voor versteviging van de claimbeoordeling.

Literatuur

- BIMRA Beoordelen van Interventies en Meetinstrumenten bij Re-integratie naar Arbeid www.bimra.nl.
- Boer WEL de, Besseling JJM, Willems JHBM. **Organisation of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et organisation des soins***. 2007 38 205-217.
- Boer WEL de, Donceel P, Brage S, Rus M, Willems JHBM. **Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group study** BMC Public Health, 8:335 (25 Sep 2008).
- Boer WEL de, Brenninkmeijer V, Zuidam W. **Long-term disability arrangements: A comparative study of assessment and quality control**. Hoofddorp (NL): TNO Arbeid; 2004.
- Boer WEL de, Houwaart E. (red) **Geschiktheid gewogen, claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005**. NVVG Utrecht 2006.
- Boer WEL de, Spanjer J, Wijers JHL. **Gespreksmodellen in de sociale verzekeringsgeneeskunde** TBV 14 (2006) 17-23.
- Boer WEL de, Steenbeek R. **Rapport probleemsituaties**. NVVG Utrecht 2006.
- Boer WEL de, Wind H, Dijk FJH van, Willems JHBM. **Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: a study on adherence to protocols and principles**. BMC Public Health submitted 2009.
- Bont A.A., Boonk M.P.A., Berendsen L., Brink J.C.van den. **In de spreekkamer van de verzekeringsarts: een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling**. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen (CTSV) (Rapporten R00/03); 2000.
- Donabedian A. **The quality of care; how can it be assessed?** JAMA 1988;260:1743-8.
- Donceel P, and Prins R. **Taken en training van verzekeringsartsen, een internationale verkenning**. TBV 11 341-345 2001.
- DRV Das Ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. 2001 www.driv.de.
- Gezondheidsraad. **Beoordeling, behandeling en begeleiding**. Den Haag 2005.
- Gezondheidsraad. **Algemene inleiding**. Den Haag 2007.
- Gezondheidsraad. **Advies Mediprudentie** Den Haag 2007.
- Giezen AM, Fiseler JG, Nool JW, Ramakers AF. **De uitvoering van de WAO door USZO** Zoetermeer: CTSV; 2001.
- Goor AG van de. **Effects of regulation on disability duration**. Amsterdam: Thesis Publishers; 1990.
- Gordon G. **Role theory and illness**. New Haven: College and university press; 1966.
- Hofstee WKB. **Principes van beoordeling. Methodiek en ethiek van selectie, examinering en evaluatie**. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1999.
- Hofstee WKB. **Professionele beoordeling van arbeidsvermogen** Positionpaper voor invitational SMBA UWV 2008.
- Mabbet D, Bolderson H, Hvinden B. **Definitions of disability in Europe: a comparative analysis**. Uxbridge: Brunel University; 2002.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & Vos, R. **Judging without criteria? Sickness certification in Dutch Disability schemes**. Sociology of Health and Illness, 29, 479-514. 2007.
- Melchers R. **Protocol bedrijfsarts en verzuim**. Arbo info 81 Houten 2007.
- Mul CAM, Douwes M, Hazelzet AM, Wevers CWJ. **Schadebeoordeling en FCE methoden**. TNO Arbeid Hoofddorp 1999.

- Mullenders P. **Standaardrapportage, de rol van de standaard GDBM in de rapportages van verzekeringsartsen**. CTSV Zoetermeer 2001.
- Otto WC, Boer WEL de. **Slovenië, een aangename verrassing**. AdVisie 2004.
- Parlementaire enquêtecommissie uitvoeringsorganen sociale verzekeringen. **Rapport enquêtecommissie**. SDU Den Haag 1993.
- Parsons T. **The social system**. London, Tavistock; 1952.
- Riemer-Kafka G (ed) **Assessment in social insurance medicine**. [report in German] Schweizerische Ärzteverlag AG Basel 2007.
- Raad van Europa. **Assessing disability in Europe**. Strasbourg; 2002.
- Stone D. **The disabled state**. London. MacMillan; 1985.
- Spanjer J, Krol B, Brouwer S, Groothoff JW. **Interrater reliability in disability assessment based on a semi-structured interview report**. Dis & Rehab, 30:29, 1885-1890.
- Teulings CN, van der Veen RJ, Trommel W. **Dilemma's van de sociale zekerheid**. Den Haag: VUGA; 1997.
- Überschär I **Quality Assurance in the socio-medical assessment in the German pension Insurance**. Gesundheitswesen 2008 70 690-695.
- Waddell G, Aylward M. **The scientific and conceptual basis of incapacity benefits**. Norwich: TSO 2005.
- Wind H. **Assessment of physical work ability**. diss UvA 2008.

Appendix: verdere richtingen voor onderzoek en ontwikkeling

1. Redenen om af te wijken en relevante prestatie indicatoren en gezaghebbende bronnen van kennis zouden daarin ook een plaats moeten krijgen. Hiermee kan de verzuim-begeleiding worden verbeterd en de terugkijkfunctie worden ondersteund. De inzichten uit de NVAB-richtlijnen, de STECR-werkwijzers, de vg-protocollen et cetera kunnen zo bijeen worden gebracht. Nieuw te ontwikkelen multidisciplinaire (curatieve) richtlijnen kunnen hier ook aan worden verbonden.
2. Onderzoek (epidemiologisch) de manieren waarop mensen met chronische ziekten participeren in arbeid (en anderszins). De mate van participatie, de voorwaarden waaronder zijn nu nauwelijks bekend en uitermate relevant voor va en ad om hun oordelen mee te staven. Hier zou ook uit kunnen blijken in welke mate de participatie wordt bepaald door algemene, ziektebeeld-onafhankelijke, factoren.
3. Betrek in klinisch onderzoek ook de uitkomstmaat van maatschappelijke participatie. Dat zou een belangrijk gegeven moeten zijn bij de keuze voor de meest adequate therapie. Momenteel wordt dat maar zeer beperkt gedaan. Het zou een voorwaarde kunnen zijn voor financiering van klinisch onderzoek.
4. Onderbouw de niet-therapeutische interventies ter bevordering van werkhervatting met evidence. Momenteel is dat hoge uitzondering (BIMRA onderzoek) terwijl er zeer veel menselijk leed en geld mee is gemoeid.

5. Onderzoek de manier waarop de invulling van het voortraject voor de claimbeoordeling de beoordeling zelf beïnvloedt. Wat is een optimaal effectieve en efficiënte invulling? Betrek daarbij ook buitenlandse praktijken die soms zeer afwijkend zijn. Onderzoek daarbij ook de manier waarop de verslaglegging van het voortraject voor de claimbeoordeling de beoordeling zelf beïnvloedt. Wat is een optimaal effectieve en efficiënte invulling?
6. Onderzoek de samenhang tussen participatieproblemen, in arbeid, opleiding, vrije tijd, vervoer et cetera. Is het waar dat ze veelal op dezelfde problemen stuiten of is dat per domein toch sterk verschillend? Per domein verschillen immers niet alleen vereisten maar bv. ook omgevingsfactoren en sociale steun.
7. Onderzoek het effect van externe toetsing op de kwaliteit van de beoordeling. Sinds het proefschrift van AG van de Goor is daar weinig meer op gedaan terwijl bv. het CTSV zeer veel ervaring heeft opgedaan.
8. Verstevig de wetenschappelijke basis van de richtlijnen voor de claimbeoordeling. Momenteel is die onvoldoende zichtbaar. Het AGREE-instrument geeft daarvoor criteria waarop de protocollen momenteel niet goed scoren.
9. Start een project voor het internationaal ijken van richtlijnen voor claimbeoordeling, zowel methodische als inhoudelijke. Duitse, Nederlandse en Zwitserse richtlijnen kunnen als startpunt dienen voor ontwikkeling van consensus. Dat is internationaal van belang en het verbreedt ook het gebied voor (o.a. vergelijkend) onderzoek.
10. Ontwikkel een zo valide mogelijke test procedure met functionele capaciteitsevaluatie. Ook daarvoor zijn aanzetten gemaakt maar een goede werkwijze om de testen uit te voeren en op te voeren in de argumentatie van de claimbeoordeling ontbreekt nog.
11. Onderzoek in de populatie mensen die zich melden bij de WIA (en apart voor de Wajong) wat precies voor hen de meest relevante stoornissen en beperkingen zijn. Baseer daarop een lijst met voor arbeid relevante functionele mogelijkheden en voorwaarden. Die kan dan weer leidend zijn voor het ontwikkelen van tests.
12. Onderzoek de waarde van het introduceren van een kritische tegenstem bij de beoordeling van de va om te voorkomen dat hij in zijn eigen routines blijft hangen. Bij het experiment van de geïntensiveerde gevalbehandeling is daarmee een aanzet gemaakt maar dat heeft niet geleid tot een wetenschappelijk gepubliceerd resultaat. In strafrechtelijk onderzoek bestaat dit al.

3.2 Professioneel oordelen over arbeidsvermogen

Agnes Meershoek¹ en José Kerstholt²

Inleiding

Het beoordelen van arbeidsongeschiktheid cq. arbeidsgeschiktheid heeft de afgelopen decennia veel aandacht gehad in Nederland, maar ook in andere Europese landen. Onder invloed van enerzijds de financiële lasten en anderzijds de constatering dat uitkeringsafhankelijkheid leidt tot sociale uitsluiting, zijn de inkomenscompensatieregelingen voor arbeidsongeschiktheid onder druk komen te staan. Dat heeft geleid tot meer aandacht voor participatie en activering; maar ook tot het aanscherpen en expliciteren van toegangscriteria.

In het verlengde van de aandacht voor participatie, ligt het accent bij het verder expliciteren van toelatingscriteria niet op wat mensen niet meer kunnen, maar op de vraag wat mensen nog wel kunnen, het arbeidsvermogen. De vraag is echter hoe je op betrouwbare wijze het arbeidsvermogen van een persoon vast stelt. In deze bijdrage werken we daarvoor een aantal gedachten uit. Daarbij besteden we aandacht aan de vraag hoe we processen van professionele oordeelsvorming in het algemeen en in relatie tot arbeidsvermogen in het bijzonder het best kunnen karakteriseren en wat dat betekent voor het ontwerpen van instrumenten die in de praktijk het beoordelingsproces daadwerkelijk ondersteunen en daardoor het beoordelen van arbeidsvermogen kunnen verbeteren.

Metten van arbeidsvermogen

Het beoordelen van arbeidsvermogen is in veel gevallen een uiterst complexe aangelegenheid. Iemands potentie om bepaalde arbeid te verrichten, wordt namelijk door vele op elkaar inwerkende processen bepaald. Naast fysieke eigenschappen, kunnen we denken aan persoonlijkheid, copingstijl, opleiding, ervaring, leervermogen en vaardigheden. Maar daarnaast beïnvloeden omgevingsfactoren en sociale relaties wat iemand daadwerkelijk aan arbeid kan verrichten. De vraag is hoe een dergelijk complex fenomeen op betrouwbare wijze beoordeeld kan worden.

Een gangbare voorstelling van de strategie die mensen gebruiken om grip te krijgen op complexe fenomenen gaat uit van ontleden (Mol and Law, 2002). Om individuele of afzonderlijke situaties te kunnen beoordelen, proberen we procedures te ontwikkelen die ons op systematische wijze tot een besluit leiden. Om tot dergelijke procedures te komen, inventariseren we de mogelijke factoren die een rol spelen, proberen we die factoren te waarderen om vervolgens per factor de onderlinge relaties in kaart te brengen. Als factoren en de onderlinge relaties helder zijn, kunnen we vervolgens procedures aangeven om concrete gevallen te beoordelen.

Deze strategie zien we bij de beoordeling van arbeidsvermogen terug. Bijvoorbeeld in de huidige protocollen voor het beoordelen van arbeidsongeschiktheid in het kader van de WIA. Aan de hand van items over afzonderlijke competenties of vermogens, beoordeelt de verzekeringsarts of iemand normaal dan wel afwijkend functioneert (zie Boer et al, 2006) voor een overzicht van bestaande gespreksmodellen). De integratie van deze items levert een oordeel over iemands belastbaarheid. Confrontatie met de vereisten die in een

¹ Universiteit Maastricht

² TNO Human Factors

bepaalde baan gesteld worden, de belasting, leidt vervolgens tot de conclusie of iemand de baan al dan niet kan uitvoeren. Zowel de belastbaarheid als de belasting is hierbij geconceptualiseerd als een optelsom van afzonderlijke onderdelen. Dit geldt ook de voorstellen om de ICF als heuristisch te gebruiken voor het beoordelen van arbeidsvermogen. De ICF geeft aan welke factoren het arbeidsvermogen mogelijk beïnvloeden en waarover dus gegevens moeten worden verzameld. Hoe deze gegevens vervolgens verwerkt moeten worden tot een besluit, is minder duidelijk. Ook hier wordt het arbeidsvermogen dus beschouwd als de uiteindelijke resultante van deze afzonderlijke onderdelen.

Aan deze strategie om complexiteit te lijf te gaan ligt (impliciet) een formeel rationeel besluitvormingsmodel ten grondslag (Berg, 1992; White, 2002; Meershoek et al, 2007). In dit model wordt besluiten nemen als een rationele onderneming voorgesteld, die geleid wordt door expliciteerbare procedures of regels. In de eerste fase van het proces worden feiten over een situatie systematisch in kaart gebracht. Daarop volgt een tweede fase, waarin een oordeel wordt geveld door de feiten te confronteren met criteria en beslissingsprocedures. In de conceptualisering van het formeel rationeel beoordelingsmodel wordt dit proces voorgesteld als een technisch meten. De criteria zijn weliswaar normatief, maar het vaststellen of een situatie aan de criteria voldoet heeft het karakter van een meting.

Oordelen staat niet gelijk aan meten

De veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het formeel rationeel beoordelingsmodel zijn, onder andere vanuit de kennistheorie, bekritiseerd. Op de eerste plaats is de veronderstelling dat informatie verzamelen een neutrale aangelegenheid is, moeilijk houdbaar (Mesman, 2002; White, 2002; Meershoek et al, 2007). Om een situatie in kaart te brengen wordt deze nooit volledig beschreven, omdat dat niet mogelijk is. Er is altijd sprake van een selectie, waarbij we proberen de meest relevante aspecten naar voren te halen. In het formeel rationele model wordt geprobeerd regels te formuleren om de situatie zo goed mogelijk weer te geven tot een zo'n adequaat mogelijk beeld van de situatie te komen. Het idee is dan om eerst zoveel mogelijk informatie te verzamelen om vervolgens de relevantie van de afzonderlijke aspecten vast te stellen en te wegen. Een degelijke werkwijze stuit op bezwaren, omdat wat in een specifieke situatie relevant is en wat niet, geen feitelijke constatering is, maar een waardeoordeel behelst. We kunnen met andere woorden niet objectief vaststellen of bepaalde informatie relevant is. Dat wil niet zeggen dat het willekeurig is. Maar relevantie kan alleen in het licht van het doel waarvoor de informatie wordt verzameld beoordeeld worden. Iemands haarkleur zal bij het bepalen van arbeidsvermogen niet relevant zijn. Maar het enige overtuigende antwoord op de vraag waarom dat niet relevant is, is omdat het het arbeidsvermogen niet beïnvloed. In deze redenering gebruiken we het oordeel als criterium voor relevantie. Wat wel en niet relevant is, impliceert met andere woorden een oordeel over de situatie. In theorie is het mogelijk om deze afwegingsprocessen in expliciete regels te formuleren. Maar gezien de complexiteit en de grote variatie in de te beoordelen situaties leidt dat tot een eindeloze regressie van regels en uiteindelijk tot een onwerkbaar situatie omdat de regels zodanig complex en uitgebreid worden dat degene die ze moeten toepassen geen overzicht meer hebben.

Professionele oordeelsvorming is dan ook maar zeer ten dele in regels te vatten. Dat wil niet zeggen dat dergelijke oordeelsvorming volledig willekeurig is. Sterke professies delen een 'praxis', een op ervaring en gemeenschappelijke ontwikkeling gedeeld begrip van waar het in een situatie om gaat, die maakt dat globalere regels of instructies een zelfde interpretatie krijgen (Meershoek, 1999; Widdershoven, 1987). Dit wordt ook wel 'tacit knowledge' genoemd, een weten 'hoe' te handelen, zonder dat voortdurend volledig geëxpliciteerd wordt waarom (Collins, 1985; Polanyi, 1974). In concrete situaties kun je die redenen expliciet maken. Ze omzetten in regels is echter ondoenlijk en onnodig. Ondoenlijk omdat dat leidt tot een eindeloze regressie van regels. Onnodig omdat ze voor professionals vanzelfsprekend zijn.

Uit psychologisch onderzoek naar hoe mensen relevantie bepalen blijkt dat kennis, overtuigingen en verwachtingen daarbij een belangrijke rol spelen. Deze mechanismen worden onmiddellijk getriggered als men met een bepaalde stimulus wordt geconfronteerd (Kerstholt, Boer & Jansen, 2006). De opgeroepen kennis kan daarbij relevant zijn, zoals bijvoorbeeld kennis van klachten en beperkingen als gevolg van een bepaalde aandoening, maar kan ook irrelevant zijn. Juryleden, bijvoorbeeld, worden sterk beïnvloed door de hoogte van de schadevergoeding die door de aanklager wordt geëist en makelaars blijken huizen geheel anders te taxeren afhankelijk van de hoogte van het richtbedrag dat hen wordt gegeven. Deze beïnvloeding verloopt vrijwel geheel op onbewust niveau en beoordelaars zijn zich er dan ook niet van bewust. Ook de selectie van informatie wordt door huidige opvattingen gestuurd (confirmation bias: Nickerson, 1998). Zelfs bij toenemende informatie die een bestaande opvatting tegensprekt, zijn mensen geneigd vast te houden aan hun initiële beeld (b.v. Adelman, Tolcott & Bresnick, 1993). Zij switchen niet naar een andere interpretatie (tunnel visie) en zij zien ook neutrale of irrelevante informatie als ondersteunend voor hun eigen interpretatie.

Een tweede veronderstelling van het formeel rationele model van besluitvorming die bekritiseerd wordt, is dat oordelen een kwestie van meten zou zijn. Meten verwijst naar het feitelijk omschrijven van de situatie met behulp van een meetlat. De meetlat en de meeteenheid moeten dan eenduidig en contextonafhankelijk zijn. In eigenlijk alle professionele praktijken waar mensen worden beoordeeld, is de vraag naar wat iemand kan (of heeft) eigenlijk altijd tot op zekere hoogte vermengd met de vraag naar wat normaal is of redelijkerwijs verwacht kan worden. Een oordeel is daarmee geen meting, geen objectief vaststellen maar een normatief oordeel (Porter, 1995; Hortsman, 2004; Meershoek et al, 2007; zie ook De Boer, deze bundel). De vraag naar wat iemand kan, impliceert immers een antwoord op de vraag welke inspanning of opoffering daar tegenover mag en kan staan. In het geval van het beoordelen van arbeidsvermogen kan dat betrekking hebben op fysieke, mentale en sociale inspanningen, die ook nog in onderlinge relatie staan.

In de dagelijkse praktijk worden oordelen gebaseerd op een coherente constructie van de werkelijkheid, die vaak de vorm heeft van een verhaal of een scenario (Pennington & Hastie, 1993). De beschikbare informatie wordt daarbij geordend en middels inferenties worden gaten in het verhaal opgevuld en betekenis aan relaties toegekend. Door het construeren van een verhaal kunnen relaties worden gelegd en kan in een ruimere context worden

begrepen waarom de situatie is zoals hij is. Hoewel men op deze manier een grote hoeveelheid informatie in onderlinge samenhang kan zien, kunnen dergelijke constructies ook tot foute interpretaties leiden. Een voor de hand liggende fout is dat (te veel) inferenties worden gemaakt die niet zijn verankerd in feiten en dat gegevens worden geïnterpreteerd in het licht van een bestaande schema's of opvattingen. Ook blijkt dat als eenmaal een beeld is gevormd dit de interpretatie van informatie kleurt (Kerstholt en Eikelboom, 2007). Zo toonden Holyoak en Simon (1999) en Simon, Pham, Le en Holyoak (2001) aan dat argumenten en inferenties worden geherinterpreteerd om de consistentie met een bestaand beeld te vergroten.

Deze bezwaren tegen een formeel rationele wijze van benaderen van complexe problemen, betekent niet dat we als buitenstaanders professionele oordelen niet kunnen kritiseren of verbeteren. Wel dat modellen die op deze wijze de oordeelsvorming conceptualiseren daar maar zeer ten dele voor geschikt zijn. Zowel in de sturing van praktijken: omdat de voorschriften zich moeilijk verhouden tot wat professionals vinden dat hun oordeel professioneel maakt, worden aanwijzingen die op deze leest zijn gestoeld in de praktijk niet gebruikt als beoogd (Porter, 1995; Horstman, 2004). Maar ook niet als verantwoordingsinstrumenten, omdat de werkelijke overwegingen die professionals maken niet in de verantwoordingscategorieën passen en daarmee onzichtbaar worden (White, 2002; Meershoek et al. 2007)

Beoordelen van arbeidsongeschiktheid

In de huidige situatie in Nederland wordt arbeidsvermogen vooral beoordeeld bij arbeidsverzuim en in het kader van de WIA. Alhoewel er veel onderzoek is gedaan naar de vraag hoe arbeidsongeschiktheid wordt beïnvloed, bestaat er maar weinig inzicht in de wijze waarop artsen en arbeidsdeskundigen in de praktijk tot oordelen komen. Naar dat soort beoordelingsprocessen is nauwelijks onderzoek gedaan. Voor zover er wel onderzoek is uitgevoerd wijst dat uit dat ook verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen niet formeel-rationalistisch te werk gaan, maar de informatie verwerken door te proberen coherente verhalen te maken.

Etnografisch onderzoek onder verzekeringsartsen laat bijvoorbeeld zien dat artsen verschillende stijlen van beoordelen hanteren (Meershoek et al, 2005; Meershoek et al, 2007). Een deel van de artsen redeneert tot op zekere hoogte formalistisch, en stelt per item in het FML vast of een cliënt normaal functioneert dan wel beperkt is op het onderdeel. Overigens komt het sporadisch voor dat systematisch alle items worden doorgenomen. Meestal wordt het FML niet in bijzijn van de cliënt ingevuld, maar achteraf. Dan blijkt dat bepaalde onderdelen in het gesprek niet aan de orde zijn geweest.

Veel artsen hanteren echter geen formalistische, maar een consequentialistische redeneerstijl (Meershoek et al, 2005). Deze artsen vormen zich gedurende het gesprek een beeld van het leven van de patiënt en laten zich bij het stellen vragen leiden door de antwoorden die de cliënt geeft. Ze scoren niet zozeer of een cliënt iets wel of niet kan, maar maken een betekenisvol geheel van de informatie, een coherent verhaal. De basis daarvan wordt gevormd door de klachten die de cliënt claimt en de wijze waarop hij of zij alledaagse levensverrichtingen en werktaken uitvoert en organiseert. Afhankelijk van de situatie worden elementen uit deze informatie uitgediept en aangevuld met bijvoorbeeld sociale contacten,

opleiding en de levensgeschiedenis. In dat proces proberen artsen tegenstrijdigheden of zaken die contra-intuïtief lijken, van een context te voorzien, en nader te plaatsen. In dit proces wordt informatie verzameld, maar de losse elementen hebben geen betekenis. De relevantie van de informatie ligt in de relatie met het geheel. Dat maakt ook duidelijk wat en waarom een bepaalde ervaring, episode, vaardigheid of beperking in een bepaalde situatie relevante informatie is (zie ook De Boer, deze bundel).

Op basis van dit totaalbeeld of verhaal over de cliënt, maakt de verzekeringsarts een inschatting wat reëel verwacht kan worden als het gaat om arbeidsprestaties. Daarbij gaat het om fysieke belastbaarheid, maar meer nog om psychische draaglast, erkenning, motivatie en voldoening op de lange termijn. Het FML wordt door deze artsen niet formalistisch ingevuld, maar op basis van de inschatting die ze hebben over wat een reële verwachting is ten aanzien van arbeid op de lange termijn en een inschatting die ze maken over wat de consequentie is van het aangeven van beperkingen op de uitkomst van de arbeidskundige beoordeling. Dat kan betekenen dat, met name in geval van twijfel, bepaalde beperkingen juist wel of juist niet aangegeven worden. Het zal duidelijk zijn dat bij artsen die deze stijl van redeneren gebruiken, de FML geen weerslag vormt van de argumenten die ze daadwerkelijk hebben gebruikt om tot een oordeel te komen en deze argumenten ook niet inzichtelijk maakt. Situationele, subjectieve en normatieve elementen worden als het ware weggeschreven. Dat is problematisch, omdat daardoor onhelder is op wat voor gronden mensen nu precies in aanmerking komen voor een uitkering of niet en omdat deze oordelen daarmee niet goed kritiseerbaar of toetsbaar zijn.

De meer integratieve manier van oordelen vellen, waarin het verzamelen van informatie en het trekken van conclusies voortdurend met elkaar verweven zijn en elkaar sturen, is een gangbare professionele manier van oordelen vellen. Het proces van informatie verzamelen wordt daarbij gestuurd door voorlopige ideeën en hypothesen die op basis van die informatie worden bijgesteld. Met deze redeneerstijl als zodanig is dan ook niets mis. Wel kunnen we ons de vraag stellen in hoeverre dit proces bij professionals die betrokken zijn bij het beoordelen van arbeidsvermogen (verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen) ook in een professioneel ontwikkelingsstadium verkeert. Onderzoek laat zien dat deze professionals eenzelfde casus vaak verschillend beoordelen. Dat verschil kan ontstaan doordat professionals andere aspecten relevant vinden, niet dezelfde informatie in hun oordeel betrekken of andere normen aanleggen over welke inspanningen redelijk zijn. Voor het verbeteren van de beoordeling van arbeidsvermogen zou dit proces dus geprofessionaliseerd moeten worden.

Ondersteunen van professionele oordeelsvorming

Om het beoordelen van arbeidsvermogen te professionaliseren, zouden instrumenten ontwikkeld moeten worden die de meer integratieve benadering ondersteunen, inzichtelijk maken en kunnen verbeteren (de door De Boer in deze bundel besproken mediprudentie zou hier een bijdrage aan kunnen leveren) Die instrumenten moeten dus enerzijds aansluiten op de redeneerstijl en anderzijds handvatten bieden om de inhoud van de redenering in een concreet geval kritisch te beschouwen. Uiteindelijk moeten ze bijdragen aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke 'body of knowledge'.

Ervaren beslissers gebruiken soms een techniek die hen in staat stelt om hun eigen hypothese kritisch te beoordelen, vooral in situaties die relatief nieuw zijn en waarin dus niet op routinematige basis gehandeld kan worden. Een belangrijk element van dit zogenaamde 'kritisch denken' is dat men het beeld dat men heeft opgebouwd onderwerpt aan een bewuste evaluatie middels het stellen van de juiste vragen (Cohen, Salas & Riedel, 2002). Deze vragen betreffen 1) het identificeren van de relatie tussen conclusies en feitelijke informatie; 2) het vaststellen of het verhaal volledig is en of er conflicterende en onbetrouwbare onderdelen zijn en 3) een poging om het verhaal te verbeteren middels het verzamelen van nieuwe informatie en het wijzigen van assumpties (Cohen, Freedman & Wolf, 1996).

Beoordelaars zouden er in kunnen worden getraind om kritisch naar hun eigen verhaal te kijken, maar dit proces zou ook technologisch ondersteund kunnen worden. Binnen de criminaliteitsanalyse wordt bijvoorbeeld een tool gebruikt waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de (feitelijke) data zoals die zijn opgeslagen in een database en de het scenario dat daarvan wordt afgeleid (Pirulli en Card, 2005). Als eenmaal een verhaal of scenario expliciet kan worden gemaakt kan een de relatie tussen feitelijke constatering uit de database de causale representatie die daarop wordt gebaseerd expliciet worden gemaakt. Uit een onderzoek van Schraagen en Van der Ven (2008) is inderdaad gebleken dat betere beslissingen werden genomen als beslissers bewust werden gemaakt van de relatie tussen informatie en hypothese. Met ondersteuning bleek minder tunnel visie op te treden dan zonder ondersteuning.

Onderzoeksvragen

1. Gezien het gebrek aan inzicht in de wijze waarop professionals nu te werk gaan, lijkt het nuttig die redeneringen eerst explicieter te maken. Hoe ziet het cyclische proces van een beeld vormen- hypothese formuleren - aanvullende informatie achterhalen- hypothese bijstellen er in de praktijk uit. Welk soort informatie gebruiken professionals als startpunt (klacht- claim- beperkingen- eerste indruk- werk- opleiding- sociale situatie) en hoe bouwen ze het plaatje uit? Met andere woorden hebben ze impliciete of expliciete ideeën over wat relevant is en niet; en is dat klacht afhankelijk of meer persoons- of situatie afhankelijk etc. Hanteren professionals daarbij verschillende strategieën en waarin verschillen die dan?
2. De analyse van de verschillen tussen deze geëxpliciteerde rederingen zou vervolgens input moeten zijn van collegiale discussie (De door Prakken en Dijkstra besproken argumentatiemodellen in deze bundel zouden een rol kunnen spelen bij deze explicitering). Afhankelijk van de oorzaak van het verschil, moet die discussie anders ingericht worden. Als andere normen voor redelijkheid worden aangelegd, vergt dat een andere ontwikkeling en discussie dan als verschillen worden veroorzaakt omdat professionals andere startpunten kiezen voor hun onderzoek en in een soort tunnel visie terecht komen.
3. Technieken zouden ontwikkeld kunnen worden om het beoordelingsproces in individuele situaties te ondersteunen. Daarbij kunnen elders ontwikkelde technieken voor kritisch denken als voorbeeld dienen (ook hierbij zouden de argumentatiemodellen besproken door Prakken en Dijkstra, deze bundel, een rol kunnen spelen). Doel is enerzijds om de opgebouwde representatie expliciet te maken en anderzijds handvatten te geven voor het kritisch toetsen van informatie, relaties en assumpties.

Referenties

- Adelman, L., Tolcott, M. A., & Bresnick, T. A. (1993). Examining the effect of information order on expert judgment. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 56, 348-369.
- Berg, M. (1992) The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of Health and Illness*, 1992, 151-180.
- Cohen, M.S., Freeman, J.T., and Wolf, S. (1996). Metarecognition in time-stressed decision making: Recognizing, critiquing, and correcting. *Human Factors*, 38(2), 206-219.
- Cohen, M.S., Salas, E., and Riedel S.L. (2002). *Critical thinking: Challenges, possibilities and purpose, Cognitive Technologies*. Technical Report 02-1.
- Collins, H.M. (1985) *Changing order; replication and induction in scientific practice*. London: Sage publications.
- De Boer, W.E.L., Spanjer, J. and Wijers, J.H.L. (2006) gespreksmodellen in de sociale verzekeringsgeneeskunde, *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 14, 17-23.
- Holyoak, K.J. & Simon, D. (1999). Bidirectional reasoning in decision making by constraint satisfaction. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128, 3-31.
- Hortsman, K. (2004) Managers en uitvoerders mogen geen neutrale vehikels zijn van overheidsbeleid. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 8 143-149.
- Kerstholt, J.H., de Boer, W.E.L. & Jansen, N.J.M. (2006). Disability assessments: effects of response mode and experience. *Disability and Rehabilitation*, 28, 111-115.
- Kerstholt, J.H. & Eikelboom, A.R. (2007). Effects of prior interpretation on situation assessment in crime analysis. *Journal of Behavioral Decision Making*, 20, 455-465.
- Meershoek, A. (1999) *Weer aan het werk; Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden*. Amsterdam: Thela thesis.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & Vos, R. (2007) Judging without criteria? Sickness certification in Dutch Disability schemes. *Sociology of Health and Illness*, 29, 479-514.
- Meershoek, A., Krumeich, A. & Desain, L. (2005) *Arbeidsongeschiktheid, re-integratie en etniciteit*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Mesman, J. *Ervaren Pioniers; omgaan met twijfel in de intensive care voor pasgeborenen*. Amsterdam: Aksant.
- Mol, A. & Law, J. (2002) *Complexities*. Durham: Duke University Press.
- Nickerson, R.S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2, 175-220.
- Polanyi, M. (1974) *Scientific thought and social reality: essays*. New York: International Universities Press.
- Pennington, N. & Hastie, R. (1993). The story model of jury decision making. In R. Hastie (Ed.). *Inside the juror: the psychology of juror decision making* (pp. 192-221). New York: Cambridge University Press.
- Pirulli, P. & Card, S.K. (2005). *The sense making process and leverage points for analyst technology as identified through cognitive task analysis. Proceedings of the Seventh International NDM Conference*. Amsterdam, The Netherlands.
- Porter, T.M. (1995) *Trust in numbers; the pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton: Princeton University Press.

Schraagen, J.M. & Van der Ven, J.G.M. (in press). Improving decision making in crisis response through critical thinking. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*.

Simon, D., Pham, L.B., Le, Q.A. & Holyoak, K.J. (2001). The emergence of coherence over the course of decision making. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 27, 1250-1260.

Stone, D.A. (1997) *Policy Paradox; the art of political decision making*. New York: Norton.

White, S. (2002) Accomplishing 'the case' in paediatrics and child health: medicine and morality in inter-professional talk. *Sociology of Health and Illness*, 24, 409-435.

Widdershoven, G.A. M. (1987) *Handelen en rationaliteit; een systematisch overzicht van het denken van Wittgenstein, Merleau-Ponty, Gadamer en Habermas*. Amsterdam: Boom.

3.3 Representatieve beoordeling van arbeidsvermogen

Willem K.B. Hofstee, Herman Kroneman en Wout E.L. de Boer

In 2003/4 vond een experiment plaats waarbij op een UWV-kantoor cliënten dubbel, dus door twee verzekeringsartsen onafhankelijk van elkaar, werden beoordeeld; bij de overige kantoren werden enkelvoudige beoordelingen voorgelegd aan een staf-verzekeringsarts¹. De resultaten van dit experiment wezen op verbeterde kwaliteit van de beoordelingen. De aanbeveling echter om met name de dubbele beoordeling vaker toe te passen is maar in zeer beperkte mate gevolgd. Wij stellen hier, in dezelfde geest, een ondersteunende procedure voor, die op een efficiënte manier kan leiden tot betere beoordeling. Die procedure is: bij wijze van routine opnames maken van het gesprek tussen verzekeringsarts en cliënt, en steekproefsgewijs gebruik maken van die opnames. Het voorstel is simpel en praktisch; de argumentatie vergt wat meer woorden. We werken een en ander nader uit.

Onzekerheden

In het kader van het project "sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen", met als taak een onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma op te stellen ter ondersteuning van de beoordeling van arbeidsvermogen, verwees W.E.L. de Boer naar een enquête onder UWV-verzekeringsartsen naar wat huns inziens de belangrijkste onderzoeksvragen zijn. Die betroffen "...onzekerheid over de betrouwbaarheid en validiteit van hun beoordelingen. Ze willen vragenlijsten die objectief weergeven wat nu echt de mogelijkheden en beperkingen zijn. Er is behoefte aan kennis over de juiste methoden en de juiste normen voor beoordeling..."².

Zeker is het de taak van wetenschappers om instrumenten en procedures te ontwerpen die de beoordeling kunnen ondersteunen. Professionals echter zullen ook de eersten zijn om zich te realiseren dat daarmee de onzekerheid niet volledig oplost en dat een volwaardige beoordeling niet naadloos kan worden afgeleid uit objectieve scores en indicatoren. De reden is dat professionals te maken hebben met de casus, het individuele geval. Daarop zijn regels van toepassing, maar alleen de professional kan uitmaken hoe ze in de concrete casus moeten worden toegepast: beoordelen "op eigen merites" is eigenlijk een pleonasme. Bovendien spelen er bij claimbeoordelingen onvermijdelijk persoonlijke factoren in de sfeer van eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid of zelfs integriteit van de cliënt in kwestie³. Een claimbeoordeling is daarmee onvermijdelijk een waardeoordeel, en daar helpen geen instrumenten, procedures of protocollen aan.

Zijn claimbeoordelingen daarmee subjectief, en is de verzekeringsarts uiteindelijk een dame of heer die overal alleen voor staat? Soms lijkt het alsof de professional dat best zou willen. Het hierboven aangehaalde UWV-experiment stuitte op de werkvloer aanvankelijk op het bezwaar dat dubbele beoordeling of voorlegging een inbreuk betekende op de autonomie van de beoordelaar¹. Aangezien onze voorstellen in het verlengde liggen van dat experiment, verdient het bezwaar nauwkeurige beschouwing.

¹ UWV. *Intensivering beoordeling arbeidsgeschiktheid. Intern rapport. Amsterdam: UWV 2004*

² UWV. *Samenvattend verslag tweede invitationale conferentie SMBA. Intern verslag. Zie: bijlage II*

³ Aylward M. *Origins, practice and limitations of disability assessment medicine. In: Halligan PW, Bass C, Oakly DA. Malingering and illness deception. 287-299. London: OUP 2003*

Er valt onderscheid te maken tussen professionele en individuele autonomie. Professionele autonomie betekent discretionaire bevoegdheid, nodig om recht te doen aan het bijzondere *geval*. Professionele autonomie in die zin valt als kern van de learned professions te beschouwen. Maar dat houdt op geen enkele manier in dat de professional als individu de "positieve vrijheid" zou hebben om naar particuliere voorkeur (bijvoorbeeld gebaseerd op levensbeschouwelijke of politieke overtuiging) te oordelen. Autonomie betekent hier eerder ook: onafhankelijkheid ten opzichte van *eigen* vooroordelen en zelfs overtuigingen. De verzekeringsarts wordt geacht te beoordelen als representant van de professie; zijn of haar beoordeling wordt geacht representatief te zijn. Dat principe wordt uitgedrukt in het gezegde dat een collega-verzekeringsarts tot dezelfde beoordeling moet kunnen komen (reproduceerbaarheid).

Nu zal ook de lezer die dit betoog volgt, opmerken dat het in de praktijk niet zo toegaat: beoordelaars zijn mensen, en niets menselijks (lees: individueels, zoals vooroordelen en overtuigingen) is ze vreemd. Interbeoordelaarsvariatie is een bekend fenomeen bij beoordelingen door meerdere beoordelaars en speelt bij verschillende disciplines een rol; zo ook bij verzekeringsartsen. Inderdaad valt te constateren dat zij er elk hun eigen stijl op nahouden. In eerder onderzoek⁴ is bijvoorbeeld gebleken dat individuele verzekeringsartsen en zelfs UWW-vestigingen spectaculaire verschillen laten zien in strengheid of mildheid van hun beoordelingen, waarbij die verschillen niet uit de aard van hun cliënten verklaarbaar zijn. Ook valt te constateren⁵ dat het beleid en het maatschappelijk klimaat, waarin de nadruk blijft verschuiven van compensatie naar arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen, zijn invloed heeft op de werkvloer. Maar die constateringen doen aan het principe niet af. De taak van de verzekeringsarts is onder meer om te beoordelen wat volgens redelijke maatstaven het arbeidsvermogen van de cliënt is, waarbij "redelijkheid" professioneel, dus in het collegiale vlak is gedefinieerd.

Het criterium voor de professionele kwaliteit van een beoordeling is weliswaar virtueel van aard, maar kan aanschouwelijk worden gemaakt met een gedachte-experiment. Stel dat de beperkingen en het arbeidsvermogen van een cliënt door alle in aanmerking komende beoordelaars, onafhankelijk van elkaar, zouden worden ingeschat, dan zou dan zou de mediaan (die aan representatievere beoordelaars hogere gewichten toekent, en dus te verkiezen is boven het gemiddelde⁶) van die inschattingen het criterium vormen voor de individuele beoordelaar. De kwaliteit van de individuele beoordeling zou zijn af te meten aan de overeenstemming met die midden-beoordeling. Voor die overeenstemming is "representativiteit" een duidelijker term dan betrouwbaarheid of validiteit. De kwaliteit van een beoordeling is gelegen in de representativiteit ervan. Dat criterium is voor praktische doeleinden misschien niet moeders mooiste, maar we zullen het ermee moeten doen.

Verbetering van de individuele beoordeling

Langs de geschetste lijnen is het mogelijk beoordelingen te evalueren, ondanks het ontbreken van een tastbare gouden standaard. Het is ook mogelijk de kwaliteit van beoordelingen te verbeteren, door middeling over meer dan één beoordelaar, zij het dat die procedure vele uren extra werk per casus met zich meebrengt en niet in alle gevallen als zinvol zal worden ervaren. Het is daarom van belang te onderzoeken of de representativiteit van de *enkelvoudige* beoordeling kan worden verbeterd, tegen acceptabele kosten en inspanningen.

⁴ Kerstholt J, Boer WEL de, Jansen NJ. Disability assessments: effects of response mode and experience. *Disabil Rehabil* 2006 28 (2) 111-115

⁵ Boer WEL de & Houwaart ES. Geschiktheid gewogen. *Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005*. Utrecht: NVVG 2006

⁶ Hofstee, WKB. Promoting intersubjectivity: a recursive-betting model of evaluative judgments. *Netherlands Journal of Psychology* 2009 65 2-9.

Het UWW-experiment verschaft daarvoor een aantal interessante en deels onverwachte aanknopingspunten. De voornaamste uitkomst was dat de dubbele beoordelingen aanzienlijk kritischer waren – er werd veel vaker een aanvraag afgewezen en veel minder vaak geconcludeerd tot volledige arbeidsongeschiktheid. Bij voorlegging van de beoordelingen aan de stafverzekeringsarts was de verschuiving in dezelfde richting, hoewel minder spectaculair.

Een eerste vraag is uiteraard of de uitkomsten een verbetering van de beoordeling betekenden. Een argument voor die stelling is dat de cliënten die twee keer werden beoordeeld het iets vaker eens waren met de uitkomst van de beoordeling, ondanks het feit dat hun aanvragen in aanzienlijk mindere mate werden gehonoreerd. Op de achtergrond speelt mee dat de indruk bestond dat de beoordelingen in de standaardprocedure mogelijk te mild waren ten opzichte van de cliënten in kwestie (jonge vrouwen met psychische klachten), hetgeen bevestigd werd door de verschuiving. Opmerkelijk is dat die correctie iets anders is dan wat doorgaans van dubbele beoordeling wordt verwacht⁷, namelijk louter vermindering van beoordelingsfouten zonder dat daarbij verschuivingen optreden. Verhoging van de representativiteit van de beoordelingen betekent hier dus: grotere overeenstemming met een geïdealiseerd forum van beoordelaars dat kritischer te werk zou gaan dan beoordelaars van vlees en bloed.

Vervolgens is de vraag of de verbetering door de dubbele beoordeling c.q. de voorlegging werd bewerkstelligd. Ook hier is het antwoord enigszins onverwacht. Een meer representatieve beoordeling wordt normaliter verkregen door middeling over meer dan een beoordelaar. Zo'n middeling echter had hier nauwelijks effect: de beoordelaars in het experiment zaten in hoofdzaak al op dezelfde lijn, en onderlinge verschillen van enige importantie kwamen alleen bij uitzondering voor – wat des te opmerkelijker is omdat psychische klachten relatief lastig op hun waarde te schatten zijn. De cliënten, die weliswaar de zorgvuldigheid van de dubbele beoordeling positief waardeerden maar van mening waren dat de tweede beoordeling weinig toevoegde, hadden daarin deels gelijk: de waarde van het experiment lag eerder in het *feit* dat er dubbel werd beoordeeld dan in de uitkomst van de extra beoordeling.

De conclusie die uit het experiment kan worden getrokken is dat het uitzicht op confrontatie van de eigen beoordeling met die van collega's de beoordelaar op het representatieve been zet, met als gevolg kwaliteitsverhoging, in dit geval in de gedaante van kritischer oordelen en tegelijkertijd de suggestie van verhoogde overeenstemming tussen beoordelaars (een systematische vergelijking heeft hier voorzover wij weten niet plaatsgevonden).

Blijkbaar is het voor beoordelaars mogelijk hun gewicht te verplaatsen van het meer subjectieve naar het meer intersubjectieve been en zich te oriënteren op het gezichtspunt van de geïdealiseerde beoordelaar. Ook plausibel is dat de regie van de beoordeling invloed heeft op die verplaatsing. Alleen al het openen van uitzicht op intervisie leidt tot representatievere beoordelingen.

⁷ Zie bijv. Hofstee, WKB. *Principes van beoordeling*. Swets & Zeitlinger Lisse 1999

Registratie van beoordelingsgesprekken

Camera en microfoon symboliseren de meekijkende en -luisterende collega en bieden een concrete basis voor intervisie. Met het oog op dat doel zijn opnames waarbij beide gesprekspartners in beeld zijn verkieslijk. Het voordeel van registratie van het beoordelingsgesprek boven 'echte' dubbele beoordeling is dat de moeite en kosten van registratie verwaarloosbaar zijn. Registratie kan dus routinematig, in alle gevallen, plaatsvinden. De efficiëntiewinst ten opzichte van lijfelijke intervisie- of supervisieprocedures ligt erin dat de opnames alleen steekproefsgewijs worden afgespeeld. De schaduwwerking van registratie (in de zin dat registratie zijn schaduw vooruitwerpt en vooral werkt doordat de beoordelaar wordt uitgenodigd een representatief gezichtspunt in te nemen) veronderstelt wel dat er vaak genoeg daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van de opnames: wanneer bij voorbaat vaststaat dat ze in de la blijven liggen, zal het effect naar verwachting nihil zijn. Er hoeft echter niet, zoals dat bij de dubbele beoordeling in het UWV-experiment het geval was, van tevoren een selectie te worden gemaakt om overbodig dubbel werk te vermijden - waarbij opgemerkt dient te worden dat zo'n voorselectie zijn eigen fouten kent: de ene keer zal achteraf worden vastgesteld dat de extra beoordeling volslagen overbodig was, de andere keer dat een schijnbaar eenvoudige casus daarmee juist gediend zou zijn geweest. Zelfs in gevallen waarin op voorhand tot dubbele beoordeling wordt besloten, kan registratie een bijdrage leveren wanneer de beoordelaars tot verschillende conclusies komen en een beargumenteerde keuze moet worden gemaakt. Bij enkelvoudige beoordelingen waarbij alsnog wordt overwogen de cliënt voor de tweede keer op te roepen, kan registratie behulpzaam zijn bij die beslissing en bij de voorbereiding van een eventueel tweede gesprek. Ten opzichte van de voorleggingsprocedure levert registratie meerwaarde doordat het voorgelegde materiaal meer informatie bevat.

Voor de volledigheid noemen we andere gebruikswijzen voor opnames, die deels in de praktijk al worden toegepast en eveneens gediend zouden zijn met routinematige registratie: geheugensteun voor de (enkelvoudige) beoordelaar, gebruik als lesmateriaal, voor researchdoeleinden en voor audits.

Acceptabiliteit

Het voorstel om beoordelingsgesprekken te registreren met als oogmerk de beoordelaar op het intercollegiale been te zetten, moet niet worden verward met maatschappelijke ontwikkelingen waarbij steeds meer registraties in de openbare ruimte plaatsvinden voor opsporingsdoeleinden. Registratie van beoordelingsgesprekken in de huidige context vindt plaats in de professionele ruimte en heeft als doel kwaliteitsbevordering. Evenals de fysieke aanwezigheid van een tweede beoordelaar, zou de registratie met het oog op eventuele intervisie in principe acceptabel behoren te zijn voor beide gesprekspartners (en eventuele begeleiders van de cliënt). Wel ligt het voor de hand instemming te vragen en incidentele bezwaren te honoreren.

Eenmaal aanwezig, kunnen opnames worden bewaard en gebruikt voor andere doeleinden. Ook daarvoor zullen, op basis van professionele standaarden, regelingen moeten worden opgesteld en nageleefd. In het bijzonder zal daarbij aandacht moeten worden geschonken aan de vraag of zulke opnames deel uitmaken van het cliëntdossier en dus opvraagbaar zijn bij klacht of bezwaar, dan wel de status hebben van 'interne notitie', zoals eigenlijk de bedoeling is. Voor de acceptabiliteit van de procedure voor de beoordelaars kan dit verschil maken.

3.4 Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen: een argumentatief model en mogelijke ICT-ondersteuning

Henry Prakken⁵⁴ en Jaap Dijkstra⁵⁵

3.4.1 Inleiding

Dit 'position paper' schetst een argumentatief model voor de sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) en de mogelijkheden voor ICT-ondersteuning van dit model. Op basis van deze schets en een bespreking van de 'state-of the art' wordt een aantal onderzoeksvragen geformuleerd.

Claimbeoordeling heeft zowel procesmatige als structurele aspecten. De procesmatige aspecten houden onder meer het vergaren van de voor de beoordeling benodigde informatie in en de stappen die een beoordelaar doorloopt om tot een oordeel te komen. De structurele aspecten betreffen de 'logische' vorm van het oordeel en de onderbouwing daarvan. Proces en structuur van claimbeoordeling hebben invloed op elkaar: welke soorten informatie vergaard kunnen worden bepaalt deels de vorm van een oordeel en motivering daarvan, terwijl dat laatste omgekeerd beïnvloedt welke informatie vergaard moet worden en welke stappen doorlopen moeten worden om tot een oordeel te komen. Dit paper richt zich in eerste instantie op de structurele aspecten van claimbeoordelingen, maar wegens de verwevenheid daarvan met het beoordelingsproces is het indirect ook relevant voor het beoordelingsproces.

Vertrekpunt van dit paper is een kleine case study van 'mediprudentie', met name van de vier voorbeeldcasus beschreven in De Boer & Steenbeek (2005). De in deze casus gevonden argumentatiestructuren zijn gevisualiseerd met behulp van de Araucaria software (Reed & Rowe 2004). De visualisering is voor één casus in de Appendix van dit paper opgenomen en voor alle casus te downloaden van <http://people.cs.uu.nl/henry/smba08.html>.

De vier voorbeeldcasus zijn om twee redenen zeer geschikt voor dit paper. Ten eerste zijn ze opgesteld door praktijkmensen, zodat ze een realistisch beeld geven van SMBA in de praktijk. Ten tweede zijn ze bewust geformuleerd in de vorm van **argumentatieve** claimbeoordelingen, met het doel om deze vorm van beoordelen te bevorderen; daarmee geven ze een eerste indicatie van hoe een ideaalmodel van argumentatieve SMBA eruit kan zien. De in de case study gedane observaties zullen (met de gepaste voorzichtigheid) worden veralgemeniseerd en daarna worden 'gerationaliseerd': gekeken zal worden hoe het uit de case study verkregen beeld van de structuur van claimbeoordelingen zich verhoudt tot rationele modellen van argumentatie. Dit levert richtlijnen op voor een argumentatieve vorm van SMBA, en het is een startpunt voor een schets van mogelijke ICT-ondersteuning daarvan.

De achterliggende doelstelling is om tot een kwaliteitsverbetering van claimbeoordelingen te komen. Naar Hofstee (2008) wordt kwaliteitsverbetering hierbij geoperationaliseerd als verhoogde consensus tussen de beoordelaars, omdat in dit domein een 'gouden standaard' ontbreekt. De hypothese van dit position paper is dat argumentatieve SMBA bij kan dragen tot zo'n consensus omdat het de beoordelaars dwingt om hun redenen voor een oordeel expliciet te maken, zodat andere beoordelaars van die redenen kennis kunnen nemen, er een debat over de kwaliteit van die redenen kan ontstaan en deugdelijk bevonden redenen hergebruikt kunnen worden.

⁵⁴ Centrum voor Recht & ICT, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen en Departement Informatica, Bètafaculteit, Universiteit Utrecht.

⁵⁵ Centrum voor Recht & ICT, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen.

De opbouw van dit paper is als volgt. Eerst worden kort de juridische randvoorwaarden geschetst (par. 3.4.2; deze paragraaf is geschreven door Jaap Dijkstra terwijl de resterende paragrafen zijn geschreven door Henry Prakken). Vervolgens worden de uit de literatuur bekende basisvormen van argumentatie geschetst (par. 3.4.3) waarna de case study volgt (par. 3.4.4). In par. 3.4.5 wordt deze case study gerationaliseerd tot een argumentatief model van SMBA, waarna in par. 3.4.6 de mogelijkheden voor ICT-ondersteuning voor de uitvoering van dit model besproken worden. Afgesloten wordt in par. 3.4.7 met enkele onderzoeksvragen.

2 Randvoorwaarden voor de sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen

In dit onderdeel komen de randvoorwaarden voor de sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) aan de orde. Deze randvoorwaarden worden allereerst door het recht gesteld. De beoordeling van arbeidsvermogen door het UWV dient binnen de daarvoor gestelde juridische kaders plaats te vinden. Dit betekent onder andere dat besluiten die berusten op de beoordeling van het arbeidsvermogen zullen moeten voldoen aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zoals die gedeeltelijk zijn gecodificeerd in de Algemene Wet Bestuursrecht (Awb).

Daarnaast zal bij het gebruik van ICT-ondersteuning voor de SMBA rekening moeten worden gehouden met de eisen die aan het gebruik van beslissingsondersteunende systemen in de rechtspraak kunnen worden gesteld. Recent heeft de Centrale Raad van Beroep (CRvB) in het kader van het gebruik van het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS) uitspraken gedaan over de randvoorwaarden waaraan het gebruik van dergelijke systemen moet voldoen. Deze uitspraken zijn belangrijk voor de inrichting van eventuele nieuwe systemen die voor de beslissingsondersteuning zullen worden gebruikt. Eerst behandelen we hieronder de eisen die aan de besluitvorming worden gesteld en de eisen die aan de ICT-ondersteuning kunnen worden gesteld. Als laatste gaan we in op de beoordeling door de CRvB van CBBS.

De SMBA is een onderdeel van een besluitvormingsproces van een bestuursorgaan dat leidt tot een beslissing of een individuele belanghebbende recht heeft op een uitkering vanwege (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid. Een dergelijk besluit van een bestuursorgaan is een beschikking. Een beschikking dient te voldoen aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Deze beginselen zijn gedeeltelijk gecodificeerd in de Awb. Er wordt onder andere geëist dat er sprake is van een zorgvuldige voorbereiding van het besluit (art. 3:2 Awb) en dat het besluit wordt gemotiveerd. Deze motivering moet deugdelijk zijn (art. 3:46 Awb) hetgeen betekent dat de beschikking inhoudelijk moet kunnen worden gedragen door de motivering en dat de motivering moet worden vermeld bij de bekendmaking van het besluit (art. 3:47 Awb en art. 7:12 Awb). De mogelijkheden van bezwaar en beroep tegen de beschikking zouden immers zinloos zijn als de belanghebbende (of zijn vertegenwoordiger) niet kan beoordelen waarop de beschikking is gestoeld. Voor de beoordeling van de beschikking en het achterliggende besluitvormingsproces dient dus een zekere transparantie te worden betracht opdat het besluitvormingsproces verificerbaar en toetsbaar is.

Transparantie is ook een van de criteria waaraan Franken het gebruik van ICT-ondersteuning in de rechtspraak wil toetsen. In 1993 stelde Franken, in navolging van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zijn beginselen van behoorlijk IT-gebruik op (zie ook Groothuis 2004). In de Memorie van Toelichting van de Wet Elektronisch Bestuurlijk Verkeer wordt gesteld dat bij elektronisch verkeer het bestuur deze beginselen van behoorlijk IT-gebruik in acht moet nemen (MvT, p. 15). In het kader van geautomatiseerde beslissingsondersteuning dienen de beginselen er vooral toe om de besluitvorming betrouwbaar en toetsbaar te maken. Franken noemt de volgende zes beginselen:

1 Beschikbaarheid

Informatie en kennis moeten beschikbaar en toegankelijk zijn. Wanneer automatisering invloed heeft op de juridische besluitvorming dan moet de invulling die de automatisering aan de beleidsruimte geeft ook voor iedere belanghebbende toegankelijk zijn. Hier kan ook de vraag gesteld worden in hoeverre beoordelingsprotocollen, bijvoorbeeld in de vorm van mediprudentie, ook door belanghebbenden moeten kunnen worden geraadpleegd (zie ook Steenbeek & de Boer 2006, p. 13).

2 Vertrouwelijkheid

De gegevens uit een informatiesysteem zijn, in verband met de bescherming van de privacy van de belanghebbende, in beginsel alleen toegankelijk voor geautoriseerde gebruikers. De toegang tot de gegevens moet dus afdoende beschermd zijn. Publiek gemaakte voorbeeldcases moeten worden geanonimiseerd.

3 Integriteit

De integriteitseis is een eis aan de functionele kwaliteit van een informatiesysteem. Een informatiesysteem dient de informatie op een correcte manier te verwerken. Deze eis sluit aan bij het zorgvuldigheidsvereiste uit de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

4 Authenticiteit

De eis van authenticiteit ziet op de koppeling van informatie met de verzender. Als er gegevens worden verwerkt dan moet het duidelijk zijn wie voor deze verwerking verantwoordelijk is. Op basis van de eis van authenticiteit kan dus gecontroleerd worden of degene die gegevens heeft verwerkt daartoe wel bevoegd was. Een arbeidsdeskundige mag bijvoorbeeld geen medische conclusies trekken; dat is voorbehouden aan de verzekeringsarts.

5 Flexibiliteit

Informatiesystemen moeten eenvoudig aan te passen zijn aan nieuwe eisen. Dit is een algemene automatiseringseis maar vooral in het sociaal-zekerheidsrecht van groot belang omdat regelgeving in dit rechtsgebied frequent verandert. Bovendien moeten in het sociaal-zekerheidsrecht vaak oude gevallen nog beoordeeld kunnen worden naar oud recht waardoor verschillende soorten regelgeving tegelijkertijd moeten kunnen worden toegepast.

6 Transparantie

Systemen voor juridische informatieverwerking moeten transparant zijn. Dat wil zeggen dat het inzichtelijk moet zijn wat het systeem doet. Het mag niet zo zijn dat een juridische

informatieverwerkingssysteem beleidsruimte of beslissingsruimte invult zonder dat het voor de verantwoordelijke beslissers of belanghebbende inzichtelijk is hoe dit gebeurt. De toepassing van deze technologie moet doorzichtig en begrijpelijk zijn.

De beoordeling van het gebruik van ICT-ondersteuning bij de SMBA is recent aan de orde gekomen bij de evaluatie van het CBBS. Op 9 november 2004 oordeelde de CRvB dat het CBBS niet voldeed aan de eisen die aan een dergelijk systeem gesteld moeten worden. De motivering van de CRvB is nuttig voor het ontwerp van toekomstige systemen:

'Het CBBS, zoals dat thans is ingericht en vormgegeven, bevat namelijk een aantal karakteristieken die naar het oordeel van de Raad in beginsel, reeds ieder voor zich maar ook in onderlinge samenhang, ertoe kunnen leiden dat de wijze van totstandkoming van en de gehanteerde uitgangspunten bij een schatting zowel voor de betrokken verzekerde, diens eventuele gemachtigde, een eventuele derde belanghebbende, als in voorkomende gevallen ook voor de rechter, minder inzichtelijk, minder verifieerbaar en minder toetsbaar zijn dan het geval is ten aanzien van schattingen met behulp van het FIS. [...]

'Nu vermelde punten [...] in beginsel in de weg kunnen staan aan een nog als toereikend aan te merken niveau van transparantie, verifieerbaarheid en toetsbaarheid van een schattingsbesluit met behulp van het CBBS in een concreet geval, dienen, in elk geval zolang het CBBS als zodanig met betrekking tot evenvermelde onvolkomenheden ongewijzigd wordt gelaten, ter compensatie daarvan en ter voorkoming dat het bestreden besluit wegens strijd met de artikelen 3:2 en/of 7:12, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) moet worden vernietigd, hoge(re) eisen te worden gesteld aan de verslaglegging en motivering van de in een concreet geval aan het betreffende schattingsbesluit ten grondslag gelegde verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige uitgangspunten.

Uiterlijk bij het besluit op bezwaar dient de betreffende schatting te zijn voorzien van een zodanig deugdelijke toelichting en motivering, bijvoorbeeld neergelegd in de aan dat besluit ten grondslag te leggen rapporten van de bezwaarverzekeringsarts en/of de bezwaarbeidsdeskundige, dat op grond daarvan voldoende inzicht wordt geboden in, en een voldoende mogelijkheid tot toetsing wordt verschaft van, de verzekeringsgeneeskundige en arbeidskundige grondslagen en uitgangspunten waarop de schatting berust.' (CRvB 9 november 2004, LJN: AR4717)

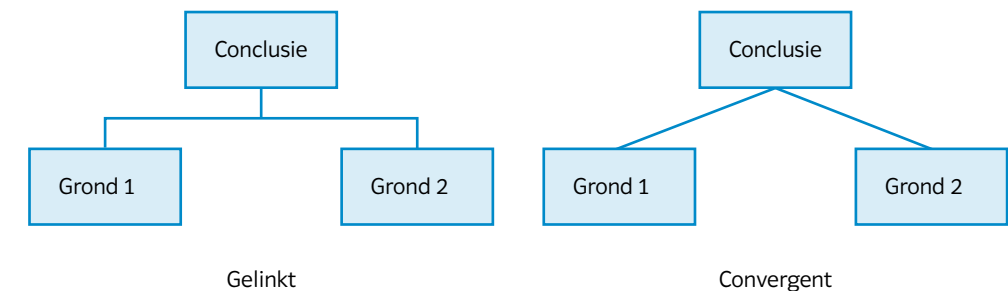
Uit het bovenstaande blijkt dat zowel in de wet, de wetenschap als de rechtspraak hoge eisen worden gesteld aan de transparantie verifieerbaarheid en toetsbaarheid van de (ICT-ondersteunde) besluitvorming. Juist op deze punten zou een argumentatiegebaseerd systeem helderheid kunnen verschaffen op welke feiten en argumenten een besluit gestoeld is. Bovendien zou met een dergelijk systeem inzicht kunnen worden verschaft welke medewerker in het besluitvormingsproces bepaalde feiten en argumenten heeft ingebracht. Het gebruik van computertechnologie kan dus ook mogelijkheden bieden om de transparantie van het besluitvormingsproces te vergroten en om over de motivering van de beschikking verantwoording af te leggen (Groothuis, 2004, p. 42).

3.4.3 Argumentatie: basisvormen en terminologie

Eerst schets ik kort de basisvormen van argumentatie zoals deze in de argumentatietheorie onderscheiden worden⁵⁶. Het is hierbij nuttig om de terminologie goed vast te leggen, omdat in de literatuur, en ook in het spraakgebruik, vaak verschillende termen worden gebruikt. Ik zal mijn eigen terminologie kiezen en daarbij aangeven hoe deze afwijkt van Toulmin (1958) (omdat in de rapporten over SMBA een paar maal de term 'Toulminanalyse' gebruikt wordt) en van De Boer et al. (2008) (omdat dat artikel over SMBA gaat).

Ik zal het geheel van overwegingen ten aanzien van een oordeel aanduiden met *argumentatie*. De basisvorm van een argumentatie bestaat uit drie delen: een *conclusie* (Toulmin: claim; de Boer: conclusion) die onderbouwd wordt door een stel *gronden* (Toulmin: data; de Boer: arguments) door middel van een *regel* (Toulmin: warrant; de Boer: ground). Deze regel wordt in het spraakgebruik meestal impliciet gelaten. Ik zal de onderbouwingsrelatie zoals deze door toepassen van een regel tussen gronden en conclusie gelegd wordt soms *redeneerstap* noemen. Een redeneerstap van gronden naar conclusie wordt dus gerechtvaardigd door een regel.

Basisargumentaties kunnen zowel horizontaal als verticaal geschakeld zijn (deze termen verwijzen naar de visualiseringen in Araucaria). *Horizontale schakeling* betekent dat een conclusie onderbouwd is met meerdere premissen. Dat kan op twee manieren: als ze allemaal nodig zijn voor de onderbouwing, zijn ze *gelinkt* en als ze elk op zich voldoende zijn, zijn ze *convergent*:



Verticale schakeling houdt in dat conclusies op hun beurt weer onderbouwingen van nadere conclusies kunnen zijn. Zo is in Figuur 2⁵⁷ "De door client ervaren belemmeringen in het functioneren zijn een rechtstreeks causaal gevolg van ziekte" de conclusie van een argumentatie met vijf convergente gronden en is het ook één van twee gelinkte gronden voor de conclusie "Cliënt is gedeeltelijk duurzaam arbeidsongeschikt."

Horizontale en verticale schakeling zijn niet de enige vormen van complexe argumentatie. Vaak worden oordelen *dialectisch* gemotiveerd: er worden zowel gronden voor als tegen genoemd, en soms worden ze expliciet tegen elkaar afgewogen.

⁵⁶ Met 'argumentatietheorie' bedoel ik in dit paper de verzameling van wetenschappelijke disciplines die zich met de rationele studie van argumentatie bezighouden, zoals de formele logica, de informele logica (ook wel argumentatietheorie in enge zin genoemd), communicatiewetenschappen, en kunstmatige intelligentie (AI). Waar nodig zal ik het specifieke gebied aanduiden.

⁵⁷ Zie voor de figuren 1-4 de appendix.

Omdat basale argumentaties drie elementen hebben (gronden, conclusie en regel) kunnen **tegenargumentaties** (of weersprekingen) van drieërlei aard zijn. Ze kunnen een grond of conclusie tegenspreken (bij verticaal geschakelde argumentatie valt dat soms samen omdat de conclusie van een redeneerstap een onderbouwing van een verdere redeneerstap kan zijn) of ze kunnen de voor de onderbouwing nodige regel aanvallen, door te zeggen dat er in dit geval een uitzondering is (Toulmin's 'rebuttals') of zelfs dat de regel helemaal niet deugt. In Araucaria worden weersprekingen van gronden of conclusies weergegeven door horizontale links tussen beweringen. Zo weerspreekt in Figuur 3 de bewering "Er zijn ook wel inconsistenties tussen het lichamenlijk onderzoek en de claimklachten" de grond "Er is consistentie van lichamenlijk onderzoek klachten en functioneren", en weerspreekt "Torderen is geen beperking voor lage rug" de conclusie "Fysieke omgeving (...) argumenten voor beperking" (die zoals Figuur 2 laat zien weer een grond is voor een verdere conclusie). Weersprekingen van redeneerstappen zijn in het tweede diagram in Figuur 2 en in Figuren 3 en 4 gevisualiseerd met een truc, door een tussenconclusie "dus ..." in te voegen en die te laten weerspreken.

3.4.4 De case study

Opzet

In de case study zijn de vier casus beschreven in De Boer & Steenbeek (2005) geanalyseerd op hun argumentatieve structuur. Zoals gezegd zijn de gevonden structuren gevisualiseerd met behulp van de Araucaria software (zie de Appendix). Opgemerkt moet worden dat de structureringen noodzakelijkerwijze een subjectief element hebben. Ten eerste is de natuurlijke taal altijd tot op zekere hoogte vaag en ambigu, wat interpretatie onvermijdelijk maakt (een paar maal zijn daarom alternatieve reconstructies gemaakt). Dit probleem wordt versterkt doordat de natuurlijke taal veel impliciet laat. Een bijkomend probleem is dat, hoewel een domeindeskundige vaak heel goed weet wat impliciet gelaten wordt, dat voor buitenstaanders zoals ik moeilijker is. Een derde reden waarom de reconstructies een subjectief element hebben is dat ze met een bepaalde theoretische bril op zijn gemaakt, namelijk met mijn kennis van de argumentatietheorie: hoewel ik niet expliciet naar een bepaalde structuur toewerkte (ik heb bijvoorbeeld pas voor Araucaria gekozen toen ik tijdens de case study zag dat dat geschikt was), is theoretische vooringenomenheid nooit helemaal te vermijden. Niettemin, met al deze voorbehouden claim ik toch een voldoende adequate reconstructie van de beoordelingen te hebben gegeven, omdat ik in mijn reconstructies zoveel mogelijk verschillende theoretische modellen van argumentatie in het achterhoofd heb gehouden.

Voornaamste observaties

Ik bespreek nu de voornaamste observaties uit de case study, te beginnen met de basisstructuren zoals geschetst in par. 3 en dan inzoomend op de inhoud van de argumentaties.

Algemene structuur

Vrijwel alle argumentaties zijn zowel horizontaal als verticaal geschakeld. Bij horizontale schakeling is het voornaamste interpretatieprobleem of gronden gelinkt of convergent zijn. Zo is het in Figuur 2 niet geheel duidelijk of de gronden van "De door cliënt ervaren

belemmeringen in het functioneren zijn een rechtstreeks en causaal gevolg van de ziekte" allemaal nodig zijn voor deze conclusie of dat ze ieder op zich voldoende zouden zijn. En in Figuur 4 is het bijvoorbeeld de vraag of "Hij is te dik", "Heeft een sombere toekomstvisie" en "en doet niets" pas gecombineerd de conclusie "Is de motivatie wel zo eenduidig?" ondersteunen of dat ieder afzonderlijk al doen. (Zie ook par. 4.1.3(c) hieronder).

Verder zijn veel (deel)oordelen dialectisch gemotiveerd: er worden vaak zowel gronden voor als tegen een conclusie genoemd, en soms worden ze expliciet tegen elkaar afgewogen. Hierbij komen, zoals gezegd in par 3, alle drie vormen van tegenargumentatie voor, hoewel sommige tegenargumentaties niet eenduidig zijn. Zie bijvoorbeeld in het linkerdiagram van Figuur 2 de weerspreking van "Persoonlijk functioneren (...) Argumenten voor beperking"; deze is in het rechterdiagram geïnterpreteerd als twee weersprekingen van een redeneerstap, dat wil zeggen, van de relevantie van een grond voor de conclusie.

Inzoomen op de algemene structuur

a. Impliciete regels

Als we inzoomen op de algemene structuur om patronen te herkennen in de gronden, conclusies of redeneerstappen, dan valt als eerste op dat de regel die de gronden aan de conclusie verbindt vaak impliciet gelaten wordt. Zo wordt in Figuur 4 bij de stap van "Er is consistentie van lichamenlijk onderzoek klachten en functioneren" en "bij een goed gemotiveerde man" naar de conclusie dat er fysieke beperkingen zijn de regel 'Consistentie van lichamenlijk onderzoek klachten en functioneren bij een goed gemotiveerde cliënt is een grond voor het aannemen van fysieke beperkingen' impliciet gelaten, en wordt bij de stap van "Hij heeft pathologische degeneratieve afwijking rug en knieën" naar "Er is daarmee dreiging van verdere schade" de regel 'pathologische degeneratieve afwijkingen van rug en knieën kunnen bij belasting leiden tot verdere schade' aangenomen. Het impliciet laten van regels is zowel in het dagelijkse taalgebruik als in professionele contexten een zeer algemeen verschijnsel. In de Boer et al. (2008) en in de Boer & Steenbeek (2005) is (deels) gepoogd om deze regels in een "Toulminanalyse" expliciet te maken. Het valt op dat deze regels van verschillende aard zijn.

Soms gaat het om empirische generalisaties, meestal met medische kennis, zoals bij de tweede regel hierboven en bij "Het gebruik van het medicijn Tramadol is versuffend" en "Verhoogd risico bij chronisch lage rugklachten geeft:" (volgt opsomming van activiteiten). In andere gevallen zijn het oordeelsregels, dat wil zeggen, regels die conclusies over de gezondheid van de cliënt aan een oordeel omtrent arbeidsongeschiktheid verbinden. Bijvoorbeeld "Er kan sprake zijn van een zodanig ernstig medisch lijden dat de cliënt alleen basis van het bestaan daarvan volledig en duurzaam arbeidsongeschikt moet worden geacht". Of "Bij regelmatig gebruik (van Tramadol) is de betrokkene niet geschikt voor beroepsmatig rijverkeer".

Soms wordt een beroep op regels gecombineerd met verwijzingen naar kennisbronnen, zoals naar een rapport van het CBR (bij de Tramadol-regel) of (in een andere casus van de Boer & Steenbeek 2005) "er is evidence (onderzoek in Systematic reviews)" bij verhoogd risico bij rugklachten. Deze beroepen laten impliciet dat het rapport van het CBR en onder-

zoek in Systematic reviews bronnen van kennis zijn. Andere regels verklaren iets expliciet tot een kennisbron, zoals "In order to determine the claimant's abilities his personal experience / the medical diagnosis / the medication is a source" (de Boer et al. 2008).

b. Argumentatieschema's

In feite zijn de bovengenoemde 'bronregels' een voorbeeld van wat in de argumentatietheorie 'argumentatieschema's' genoemd wordt: stereotypische manieren om een conclusie te onderbouwen, gecombineerd met stereotypische manieren om zulke onderbouwingen te bekritisieren ('kritische vragen'). In de natuurlijke taal wordt toepassing van een argumentatieschema meestal impliciet gelaten, en zo ook in onze voorbeeldcasus. Twee schema's relevant voor bovenstaande 'bronregels' zijn het gebruik van expert- en getuigenverklaringen. Het expertschema zegt (in de vorm van Walton 2006):

Als E expert is op gebied G en P is binnen gebied G en E zegt dat P, dan is P waar.

Dit is gebruikt in Figuren 2 (het beroep op het CBR) en 3 (het beroep op de neuroloog). Twee kritische vragen van dit schema zijn: 'verklaren andere experts iets anders?' en 'is de expert bevooroordeeld? Het getuigenschema zegt:

Als G in de positie was om P waar te nemen en G zegt dat P dan is P waar.

Elk gebruik van verklaringen van de cliënt over zijn klachten kan als een toepassing van dit schema worden beschouwd. Kritische vragen van dit schema zijn 'is de getuige eerlijk, werkt zijn geheugen goed, werkt zijn waarnemingsvermogen goed?' In onze casus is een mogelijke grond van oneerlijkheid van een cliënt dat hij belang heeft bij een bepaalde beslissing.

Een schema dat een paar maal in de andere cases van de Boer & Steenbeek (2005) gebruikt wordt is het schema voor causale verklaringen:

A kan B verklaren, cliënt heeft B, dus B wordt bij cliënt veroorzaakt door A

De belangrijkste kritische vraag bij dit schema is: zijn er andere mogelijke verklaringen van B? Verder wordt in de huidige casus een paar maal het schema van 'negatieve gevolgen' gebruikt, zoals in de Figuren 3 en 4:

Het doen van A kan tot gevolg B leiden, B is ongewenst, dus A mag niet gedaan worden.

Een belangrijke kritische vraag van dit schema is 'leidt A wel tot B?' of in de context van SMBA: 'kan B voorkomen worden als gevolg van A? Voorbeelden van weersprekingen op basis van deze vraag zijn "Is Tramadol per definitie gevaarlijk en in elke dosis?" (Figuur 2) of "Cliënt wordt geacht alternatieve medicijnen te nemen of alternatieve behandelingen te proberen als daardoor zijn arbeidsmogelijkheden toenemen" (een andere casus uit de Boer & Steenbeek 2005).

Het voornaamste verschil tussen de onder (a) genoemde regels en argumentatieschema's is dat de eersten domeinspecifieke kennis uitdrukken terwijl de laatsten meer algemene

redeneerprincipes zijn. Overigens is de grens tussen domeinspecifieke kennis en redeneerprincipes vaag, en kunnen argumentatieschema's per domein 'gefinetuned' worden. Zo is een cliënt bij SMBA een ander soort getuige dan een getuige van een misdaad, wat tot andere of meer specifieke kritische vragen aanleiding kan geven.

c. Regels vs. factoren

Bij redeneerstapen met convergente premissen lijken er twee typen convergentie te zijn. Bij het eerste type is elke grond afzonderlijk voldoende om de conclusie aan te nemen. Zo lijken in Figuur 2 de twee gronden voor "Cliënt is niet volledig duurzaam arbeidsongeschikt" elk op zich voldoende om deze conclusie te onderbouwen. Hierbij heeft een weerlegging van één grond (of van één regel tussen een grond en de conclusie) dus geen effect op de onderbouwing van de conclusie: om die te weerleggen moeten alle gronden (en/of regels) weerlegd worden. In feite is er bij convergente premissen van dit type sprake van twee afzonderlijke onderbouwingen van de conclusie, dat wil zeggen, van twee redeneerstappen. Bij het tweede type convergentie is dat anders: hier heeft de beslisser geredeneerd volgens het 'hoe meer gronden hoe beter' principe: de optelsom van de convergente gronden is in ieder geval voldoende om de conclusie te onderbouwen, en een weerlegging van één of meer gronden maakt de onderbouwing wel zwakker maar in het midden gelaten wordt bij hoeveel weerlegde gronden er niet meer van een onderbouwing sprake is. Het lijkt erop dat de meeste vormen van convergentie in deze casus van het tweede type zijn. Dit type convergentie doet zich voor bij zogenaamde factorgebaseerde problemen. Dat zijn problemen waarbij er geen duidelijke regels voor de oplossing van een probleem zijn maar slechts kennis over factoren die voor of tegen een bepaalde oplossing pleiten, en waarbij in elke casus alle in die cases aanwezige relevante factoren tegen elkaar afgewogen moeten worden.

Bij factorgebaseerde argumentaties is er in feite sprake van regels op twee niveau's: de individuele factoren zijn gebaseerd op regels die uitdrukken dat de factor een reden voor of tegen een conclusie is. Dit is nog geen regel in de zin van het model van par. 3, omdat ze op zich nog niet de stap naar de conclusie rechtvaardigt: de regel die dat doet heeft in feite de vorm van een afweging: 'als deze factoren voor en deze factoren tegen dan (niet) conclusie'.

Merk op dat een afweging van gronden voor en tegen iets anders is dan het hierboven genoemde weerleggen van een grond of regel: een weerlegging van een grond zegt dat de grond in de casus niet aanwezig is, en bij weerlegging van een regel 'als grond dan conclusie' wordt betwist dat de grond een reden is om de conclusie aan te nemen. Bij een afweging daarentegen zijn alle afgewogen gronden in de casus aanwezig, en zijn ze allemaal redenen voor of tegen de conclusie, maar wordt bepaald welke redenen het zwaarte wegen. Stel bijvoorbeeld dat in Figuur 2 de factoren die tegen een beperking in persoonlijk functioneren pleiten de doorslag geven: dan mag de grond "Persoonlijk functioneren: (...) argumenten voor beperking" niet meegewogen worden bij de beslissing of de door de cliënt ervaren beperkingen een rechtstreeks en causaal gevolg zijn van ziekte. Maar als in Figuur 2 de factoren voor het aannemen van een persoonlijke beperking de doorslag geven, dan mag deze grond meegewogen worden voor de beslissing over of de door de cliënt ervaren beperkingen een gevolg zijn van ziekte.

Het verschil tussen regels en factoren is onder meer van belang bij hergebruik van eerdere beslissingen. Bij regels is duidelijk wanneer ze wel en niet hergebruikt kunnen worden: dat kan mits aan alle condities van de regel vandaan is. Maar bij factorgebaseerde problemen lijken nieuwe zaken vaak niet precies op oude zaken: vaak zal een nieuwe zaak sommige factoren met een besliste zaak gemeen hebben, maar ook factoren van de besliste zaak missen en nieuwe factoren hebben die niet in de besliste zaak voorkomen. Hergebruik wordt dan meer een kwestie van het leggen van analogieën tussen zaken: gekeken moet worden op welke besliste zaak of zaken een nieuwe zaak het meest lijkt.

d. Hergebruik van deelstructuren

Iets anders dat opvalt is dat verschillende casus delen van de boomstructuur met elkaar gemeen hebben. Zo lijken de onderbouwingen in Figuur 2 van beperkingen in het persoonlijk functioneren en in Figuur 1 van beperkingen in het sociaal functioneren sterk op elkaar. Verder komt de deelboom in Figuur 3 voor "beperkingen zijn dus ook ter voorkoming van verergering van de klachten" ook voor in een andere casus van de Boer & Steenbeek (2005). Dit duidt op domeinspecifieke argumentatieschema's.

e. Afweging van voors en tegens

Tot slot zien we dat de afweging tussen gronden voor- en tegen meestal impliciet is en slechts een enkele keer onderbouwd wordt. Dit gebeurt niet in de huidige casus maar wel deels in de Casus "MI IVA" uit de Boer & Steenbeek (2005), waar na een opsomming van een aantal argumenten voor en tegen IVA wordt gezegd dat twee argumenten voor de doorslag geven. Hierbij wordt overigens niet gezegd waarom.

3.4.5 Rationalisering van de observaties en een argumentatief model voor SMBA

Ik zal nu bespreken hoe de in de case study gevonden structuren zich verhouden tot de inzichten uit de argumentatietheorie, om daaruit een argumentatief model voor SMBA af te leiden. Vervolgens zal ik kort bespreken of toepassing van dit model wel tot kwaliteitsverbetering van claimbeoordelingen zal leiden.

De fenomenen van horizontale en verticale schakeling zijn in de argumentatietheorie overbekend en over het algemeen goed begrepen. Over dialectische structuren is er vooral theorievorming in de formele logica en de kunstmatige intelligentie.

Over het tweede type convergentie van gronden (volgens het 'hoe meer hoe beter' principe) is er minder theoretische consensus, evenals over het gebruik van factorgebaseerde kennis. Toch zijn ook voor deze argumentatievormen rationele modellen ontwikkeld, onder meer in de AI & recht. Ikzelf heb een logisch model voor het tweede type convergentie ontwikkeld in Prakken (2005a). Het hergebruiken van factorgebaseerde kennis is uitgebreid bestudeerd door angelsaksische AI & rechtonderzoekers in het kader van het modelleren van de manier waarop in het angelsaksische recht precedenten worden gebruikt als basis voor beslissingen in nieuwe zaken (bijv. Ashley 1990; Alevén 2003; Chorley & Bench-Capon 2005).

De studie van argumentatieschema's is traditioneel één van de belangrijkste thema's in de informele logica en sinds enkele jaren worden in de AI (& recht) computationele modellen van redeneren met argumentatieschema's ontwikkeld (bijv. Verheij 2003; Prakken 2005b).

Al met al is er over alle in de case study gevonden structuren voldoende theorievorming om een realistisch en toch theoretisch gefundeerd model voor SMBA te kunnen opstellen. Ik zal dit model 'gelaagd' weergeven, met eerst een simpel geraamte en dan steeds verfijnder invullingen daarvan. Dit maakt het mogelijk om al dan niet alleen bepaalde elementen van het model te implementeren. De afhankelijkheden tussen de onderstaande elementen zijn als volgt: 3 veronderstelt 2 en zowel 2 als 4 veronderstellen 1. Verder veronderstelt 5 in ieder geval 1 en is het effectiever naarmate meer van de elementen 2, 3 en 4 gerealiseerd is.

1 Maak horizontale en verticale schakeling expliciet.

Het geraamte van het argumentatiemodel is dat de beoordelaar de horizontale en verticale schakelingen expliciet maakt: van elke grond moet aangegeven worden of en zo ja hoe ze nader onderbouwd is, en van elk stel gronden voor dezelfde conclusie moet de aard van de combinatie (gelinkt of convergent) aangegeven worden.

2 Maak tegenargumentaties expliciet.

De tweede stap is het expliciet maken van tegenargumentaties. Hierbij wordt idealiter precies aangegeven waar ze tegen in gaan: tegen de conclusie, een grond, of de redeneerstap (de regel). Deze stap is recursief in die zin dat ook tegenargumentaties weer weersproken kunnen worden, enzovoorts.

3 Maak de gronden voor de afwegingen tussen voors en tegens expliciet.

Als argumentaties voor en tegen afgewogen zijn, dan worden idealiter de gronden voor de uitkomst van de afweging gegeven. Zo'n expliciete afweging is zelf ook weer een argument.

4 Maak de regels van argumentaties expliciet.

Een volgende stap is het expliciet maken van de regels die de gronden van een redeneerstap verbinden met de conclusie. Bij factorgebaseerde problemen dient een zwakkere vorm van een regel expliciet gemaakt te worden, namelijk een uitleg van waarom een grond een reden is voor een conclusie.

De aanbevelingen 1 t/m 4 gaan alleen over de manier waarop de beslisser zijn/haar argumentatie rapporteert. De laatste aanbevelingen zijn meer inhoudelijk van aard en zien vooral op het proces van beslissen:

5 Maak gebruik van beschikbare algemene kennis

Het spreekt vanzelf dat een beoordelaar met kennis van zaken moet beoordelen, en dus idealiter toegang heeft tot relevante algemene kennis van sociaal-medische en/of juridische aard.

6 Hergebruik besliste zaken

Ook eerder besliste zaken zijn een bron van kennis, hetzij echt hetzij bedacht (mediprudentie): ze geven inzicht in wat dezelfde of andere beoordelaars geoordeeld hebben in soortgelijke zaken. Hierbij zijn de theoretische inzichten over gevalsvergelijking en factorgebaseerd redeneren relevant.

Hoe kan een dergelijk argumentatief model van SMBA tot kwaliteitsverbetering van claimbeoordelingen leiden? Op de tweede invitational conference werd geopperd dat een argumentatief model daarvoor ongeschikt is omdat recent psychologisch onderzoek aanwijzingen oplevert dat mensen betere beslissingen nemen als ze dat intuïtief of met simpele heuristieken doen dan als ze zoveel mogelijk informatie op een rijtje zetten daar een formeel-rationalistisch beslismodel op toepassen (bijv. Gigerenzer et al. 1999). Hoewel een echt antwoord op deze kritiek alleen na empirisch onderzoek gegeven kan worden, zijn er redenen om te denken dat ze niet op argumentatieve SMBA van toepassing is. Ten eerste is bij SMBA het verantwoorden van een beslissing net zo belangrijk als het nemen van de beslissing: zowel de juridische als de professionele context eist dat een oordeel transparant en controleerbaar is. Ten tweede is er bij SMBA geen gouden standaard voor de kwaliteit van een beslissing, zodat de kwaliteit van een claimbeoordeling alleen gemeten kan worden in termen van consensus van de beoordelaars (Hofstee 2008). En zoals gezegd in de inleiding is de hypothese van dit paper dat argumentatieve SMBA bij kan dragen tot zo'n consensus omdat het de beoordelaars dwingt om hun redenen voor een oordeel expliciet te maken, zodat andere beoordelaars van die redenen kennis kunnen nemen, er een debat over de kwaliteit van die redenen kan ontstaan en deugdelijk bevonden redenen hergebruikt kunnen worden. Tenslotte is relevant dat de modellen van de moderne argumentatietheorie bedoeld zijn als een pragmatische tussenweg tussen beslissen op grond van intuïties of simpele heuristieken aan de ene kant en beslissen op grond van een formeel-rationalistisch beslismodel aan de andere kant. Zo laten argumentatiemodellen ruimte voor het oordelen op grond van simpele heuristieken (verschillende argumentatieschema's kunnen als dergelijke heuristieken gezien worden) maar zeggen ze ook hoe hun toepassing kritisch getoetst kan worden.

3.4.6 Ondersteuning met ICT

In deze paragraaf schets ik hoe de elementen van het model voor SMBA met ICT-hulpmiddelen ondersteund kunnen worden. Omdat dit paper bedoeld is als 'position paper' zal ik geen gedetailleerde voorstellen doen maar slechts kort de mogelijkheden schetsen.

Inleiding

De eerste vier elementen van het model kunnen ondersteund worden door zogenaamde 'argumentatiemanagementsystemen' (Prakken 2005c). Een AMS bevat zelf geen kennis van het probleemgebied maar ondersteunt slechts de gebruiker in de structurering van zijn of haar denken. Het uit de AI bekende probleem van de "knowledge-acquisition bottleneck", dat wil zeggen, van het verzamelen van de relevante algemene kennis op een probleemgebied, speelt dus niet bij het bouwen van een AMS. Een AMS ondersteunt de gebruiker met name in het expliciet maken van argumentatiestructuren, doorgaans (maar niet altijd) met visuele middelen, zoals boomdiagrammen. De gebruiker kan bijvoorbeeld bestaande documenten analyseren op hun argumentatiestructuur om zo beter zicht te krijgen op complexe teksten of dossiers, of nieuwe argumenten opstellen om zo zijn of haar gedachten beter te formuleren en kritisch te onderzoeken op deugdelijkheid en verborgen aannames. Idealiter is een AMS geïntegreerd met documentatiesystemen, zodat een structurering verbonden kan worden met relevante documenten, zoals bewijsmateriaal of rapporten van experts.

Voor ondersteuning van de laatste twee elementen van het model zijn AMS minder geschikt, juist vanwege het feit dat ze geen kennis bevatten. Ik zal daarom bij punten 5 en 6 kort de diverse mogelijkheden van meer kennisgebaseerde ondersteuning bespreken. Hierbij speelt dat hoe geavanceerder de inhoudelijke ondersteuning is, hoe groter het probleem van de zogenaamde 'knowledge acquisition bottleneck' wordt, en hoe belangrijker het wordt om een eenduidig vocabulaire in de kennis, de argumentatie en de beslissing af te dwingen.

Mogelijkheden

1 Het expliciet maken van horizontale en verticale schakeling.

Voor deze taak is al een flink aantal AMS ontwikkeld, hoewel geen van hen onderscheid maakt tussen de twee vormen van convergente schakeling (zie hierboven, par. 4.1.3(c)). Een zo'n systeem is Araucaria. Een soortgelijk systeem is Rationale (Van Gelder 2007), dat oorspronkelijk bedoeld was voor het onderwijzen van filosofische argumentatie. Tegenwoordig wordt Rationale door de ontwikkelaar commercieel verspreid via zijn spin-offbedrijf Austhink (zie <http://austhink.com>). Een tool die ondersteuning biedt voor de gecombineerde visualisering van argumentaties en (misdaad-)scenario's is Avers (van den Braak et al. 2007). Voor een recent overzicht van andere beschikbare software zie Reed et al. (2007); dit artikel bespreekt ook software voor het visualiseren van dialectische structuren.

2 Het expliciet maken van tegenargumentaties.

Een aantal AMS ondersteunt ook de explicitering van dialectische structuren, zoals Araucaria, Rationale en Avers. Wel maken niet alle tools onderscheid tussen de verschillende vormen van tegenargumentatie. Zo ondersteunt bij mijn weten alleen Avers de explicitering van weersprekingen van een redeneerstap; in de andere systemen kan alleen een weerspreking van een grond of conclusie expliciet gemaakt worden (hoewel zoals gezegd soms wel trucs mogelijk zijn om ook weersprekingen van redeneerstappen expliciet te maken).

3 Het expliciet maken van de gronden voor de afwegingen tussen voors en tegens.

Voor deze aanbeveling laten de bovengenoemde tools nog geen expliciete ruimte. Wel zijn er in de AI (& recht) theoretische modellen ontwikkeld (zie bijv. Bench-Capon & Prakken 2006) en die lijken vrij eenvoudig in de tools verwerkt te kunnen worden.

4 Het expliciet maken van de regels van argumentaties

In expliciteringen van argumentatiestructuren volgens het model van par. 3 zijn er twee manieren om regels expliciet te maken: door tekst op te nemen bij de verbindingen tussen gronden en conclusie of door de regels als extra grond op te nemen. Beide manieren hebben hun voor- en hun nadelen. Voordeel van de tweede manier is dat in een systeem als Araucaria weersprekingen van redeneerstappen gevisualiseerd kunnen worden als weersprekingen van een grond. Een nadeel van de tweede manier is dat er geen nadere onderbouwing gegeven kan worden van een regel, en dit is vooral een probleem als de regel op bepaalde bronnen gebaseerd is (bijv. medische kennis verschaft door een medische expert of door een medische publicatie). Zo kan in Figuur 3 de regel 'pathologische degeneratieve afwijkingen van rug en knieën kunnen bij belasting leiden tot verdere schade', als deze niet als extra grond opgenomen wordt, niet nader onderbouwd worden.

Een mogelijk compromis is om domeinspecifieke regels als extra grond te beschouwen en argumentatieschema's als redeneerstap. Dat laatste biedt interessante checklistmogelijkheden: argumentatieschema's bieden een repertoire aan bruikbare argumentatievormen, en voor elke vorm bieden ze een 'mal' voor de benodigde onderdelen: welke gronden moeten vaststaan, en wat is er mogelijk tegen het argument in te brengen? Een AMS zou een vrijblijvend keuzemenu aan argumentatieschema's aan de gebruiker kunnen aanbieden, die zo verantwoordelijk blijft voor het argumentatieproces (dit geldt nog sterker als de gebruiker ook zelf argumentatieschema's kan definiëren). De relevante schema's kunnen deels aan de argumentatietheoretische literatuur ontleend worden, maar zullen zeker aangevuld moeten worden met domeinspecifieke schema's. De lijst van kritische vragen van een schema zou verfijnd kunnen worden met vraagbomen zoals in het SEAS systeem (Lowrance 2007). Het doorlopen van zo'n vraagboom levert dan automatisch een horizontaal en/of verticaal geschakelde tegenargumentatie op.

Enkele AMS bieden al ondersteuning van het gebruik van argumentatieschema's. Eén van deze systemen is Araucaria en dit is de reden dat dit systeem (weliswaar op kleine schaal) gebruikt is door rechters in de staat Ontario in Canada bij het schrijven van hun beslissingen: de rechters vonden met name de checklistfunctie van argumentatieschema's nuttig. Andere systemen die dergelijke ondersteuning bieden zijn Avers, een AMS voor misdaad-analyse, en Carrel (Tolchinsky et al. 2006), een beslissingsondersteunend systeem voor de beoordeling van de geschiktheid van donororganen voor transplantatie.

5 Het gebruik maken van beschikbare algemene kennis

In feite is de zojuist beschreven checklistfunctie van argumentatieschema's al een vorm van gebruik van algemene kennis. Omdat het hierbij meer om 'redeneerkennis' dan om domeinkennis gaat, is de KA bottleneck niet zo groot, maar de keerzijde daarvan is dat de inhoudelijke ondersteuning nogal abstract is.

Klassieke kennistechnologie verschaft inhoudelijke ondersteuning in de sterkst mogelijke vorm: de computer produceert zelfstandig een gemotiveerde beoordeling op basis van vooraf door 'kennisingenieurs' in de computer gemodelleerde algemene kennis en door de gebruiker ingevoerde casusspecifieke data. Deze vorm van ondersteuning is slechts geschikt voorzover er een stabiele verzameling kennisregels is. Voor SMBA lijkt ze minder geschikt, omdat bij SMBA de verzameling beoordelingscriteria open en dynamisch en veelal factorgebaseerd is.

Een afgezwakte vorm van kennisgebaseerde ondersteuning wordt verschaft door kleine 'knowledge plugins', te zien als domeinspecifieke argumentatieschema's, die delen van argumentaties die veelvuldig in casus terugkeren (zie de voorbeelden uit par. 4.1.3(d)) in herbruikbare vorm aanbieden. Net als bij algemene argumentatieschema's kunnen deze knowledge plugins in een vrijblijvend keuzemenu aan de gebruiker aangeboden worden en kan de gebruiker de mogelijkheid geboden worden om zelf knowledge plugins te definiëren, zodat de beoordelaar geen beslissingen opgedrongen wordt.

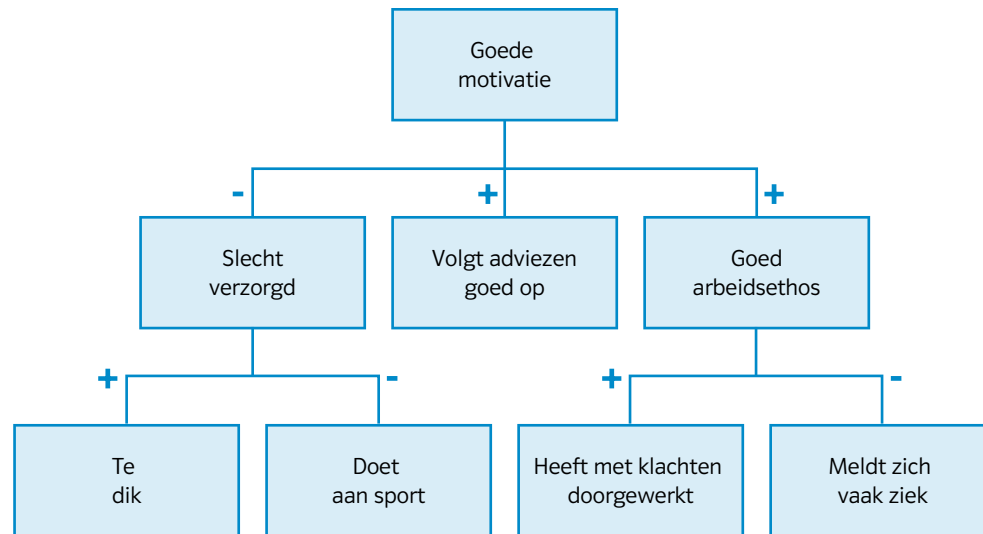
6 Het hergebruiken van besliste zaken

Hergebruik van besliste zaken kan in verschillende vormen. Ten eerste kunnen terugkerende delen van argumentaties zoals hierboven beschreven als knowledge plugins aangeboden worden. Maar dit werkt niet altijd, omdat nieuwe zaken niet altijd precies op oude zaken lijken. Zoals gezegd in par 4.1.3(c) speelt dit probleem vooral bij factorgebaseerde kennis: in veel zaken zal de combinatie van aan- en afwezige factoren net iets anders zijn. Ook argumentatieschema's zoals hierboven beschreven zijn bij factorgebaseerde kennis minder bruikbaar omdat ze een regelgebaseerde structuur hebben: als aan hun condities voldaan is, is de conclusie ondersteund (afgezien van uitzonderingen op basis van kritische vragen).

Zoals ik eerder opmerkte in (Prakken, 2008) kunnen bij een voldoende aantal eerder besliste zaken en een relatief stabiele verzameling beoordelingscriteria zelflerende systemen de beslissing in een nieuwe zaak nauwkeurig voorspellen, maar hebben ze het nadeel dat ze als een 'black box' werken, wat ze voor ondersteuning van een argumentatief model van SMBA ongeschikt maakt. Verder merkte ik op dat dit bezwaar ondervangen wordt door precedentgebaseerde argumentatiesystemen (vgl. Ashley 1990 en Aleven 2003). Deze systemen (bijv. Ashley's HYPO) laten een beslisser individuele precedenten zien die relevant zijn voor een nieuwe beslissing: met name geven deze systemen inzicht in hoe de precedenten voor of tegen een bepaalde beslissing in de nieuwe zaak pleiten. De waarde van deze systemen ligt niet zozeer in hun uiteindelijke advies: dat is vaak ambigu omdat precedenten meestal niet helemaal overeenkomen met een nieuwe zaak, zodat verschillende relevante precedenten vaak verschillende kanten opwijzen. De waarde ligt meer in het feit dat ze een beslisser inzicht geven in de factoren die gecheckt en afgewogen moeten worden en in hoe andere beslissers dat in soortgelijke gevallen gedaan hebben.

Het CATO systeem van Aleven (2003) biedt een interessante tussenvorm tussen regelstructuren en factorgebaseerde precedenten, namelijk een zogenaamde 'factorhierarchie'. Hierin worden abstractierelaties tussen verschillende factoren aangegeven: deze relaties kunnen zowel positief als negatief zijn.

Een simplistisch voorbeeld van een factorhierarchie, geïnspireerd door de motivatiekwestie in Figuur 2 (zie Appendix), is:



Het CATO-systeem kan zo'n factorhierarchie op verschillende manieren gebruiken om overeenkomsten of verschillen tussen zaken te benadrukken of te bagatelliseren.

Voorstelbaar is dat een beoordelaar in een invulscreen een overzicht krijgt van relevante factoren en aan kan klikken welke factoren in de casus aanwezig zijn, waarna het systeem relevante besliste zaken laat zien en/of met behulp van een factorhierarchie (delen van) argumentaties en tegenargumentaties suggereert.

Bij HYPO-achtig hergebruik van zaken is er geen KA bottleneck (de beslissingen zijn er al) maar is het belang van een eenduidig vocabulaire groot, om een nieuwe casus met oude beslissingen en motiveringen te kunnen matchen. Hoe vrijer het systeem de beoordelaar laat bij het omschrijven van factoren, hoe groter de kans op mismatches. Dit gevaar is vanzelfsprekend minder groot bij mediprudentie, die immers is opgesteld met het oog op hergebruik. Het opstellen van een factorhierarchie is meer een kwestie van kennisacquitie, zodat de KA bottleneck een probleem zou kunnen zijn.

Beoordeling in het licht van de doelen van ICT-ondersteuning

ICT kan bij SMBA op drie manieren ondersteuning bieden:

- Bij het nemen van een beslissing
- Bij het uitleggen (d.w.z. motiveren) van een beslissing
- Bij het vastleggen van een beslissing, en wel voor:
 - Hergebruik bij het nemen of uitleggen van een nieuwe beslissing in een andere zaak
 - Het controleren en beoordelen van beslissingen.

De onder (1-4) gesuggereerde AMS-tools bieden goede ondersteuning bij uitleg en vastlegging ter controle, maar niet bij het nemen van een beslissing (omdat een AMS geen kennis bevat) en slechts deels bij vastlegging voor hergebruik (omdat een AMS geen uniforme terminologie afdwingt). Voorzover controle systematisch gebeurt, bijvoorbeeld met statistische analyse, is het niet afdwingen van uniforme terminologie ook voor vastlegging ter controle een probleem.

Het onder (5) voorgestelde toevoegen van argumentatieschema's en knowledge plugins aan AMS kan de bruikbaarheid voor ondersteuning bij het nemen van een beslissing verhogen omdat zo inhoudelijke ondersteuning geboden wordt. Hierbij dreigt wel het gevaar dat de beoordelaar een bepaalde zienswijze opgedrongen wordt: dit gevaar kan vermeden worden door de extra mogelijkheden vrijbijvend aan te bieden. Ook kunnen argumentatieschema's en knowledge plugins een uniforme terminologie bevorderen, en zo ook vastlegging daarvan voor hergebruik en controle bevorderen. Hierbij geldt wel dat het afdwingen van uniforme terminologie het moeilijker maakt om casusspecifieke elementen in te voeren en de kans op weerstand bij de gebruiker tegen het systeem verhoogt.

Regelgebaseerde argumentatieschema's en knowledge plugins zijn niet geschikt voor factorgebaseerde problemen. De onder 6 besproken precedentgebaseerde systemen en factorhierarchyën geven bij zulke problemen inhoudelijke ondersteuning bij het nemen van een beslissing. Hierbij geldt minder het gevaar dat de beoordelaar een bepaalde zienswijze opgedrongen wordt, omdat verschillende precedents verschillende kanten op kunnen wijzen en een factorhierarchy minder strikt is dan een stel regel. Wel is het bij deze technieken voor een beoordelaar niet eenvoudig om nieuwe factoren in te voeren.

3.4.7 Onderzoeksvragen

De achterliggende doelstelling van het voorgestelde argumentatieve model voor SMBA is om een kwaliteitsverbetering van claimbeoordelingen te bereiken, geoperationaliseerd als verhoogde consensus tussen de beoordelaars. Theoretisch gezien is het argumentatieve model onafhankelijk van ICT-ondersteuning, maar omdat de computer niet meer weg te denken is uit de medische praktijk, zal ik bij het formuleren van de onderzoeksvragen aannemen dat het model met ICT-ondersteuning wordt uitgevoerd.

Een algemene onderzoeksvraag is in hoeverre de bovenstaande suggesties voor ICT-ondersteuning van het voorgestelde model voor SMBA nuttig en werkbaar zijn. Technisch zijn er hierbij geen grote bottlenecks maar is nog wel toegepast onderzoek nodig. Kortheidshalve zal

ik hier niet verder op ingaan. Voor de beoogde kwaliteitsverbetering van claimbeoordelingen moet ICT-ondersteuning in de eerste plaats werkbaar zijn. Dit is niet alleen een kwestie van klassieke gebruikersvriendelijkheid, maar ook van aansluiting bij de werkwijze van de beoordelaars. Analyse van 'work practices' is een bekend thema in onderzoek naar ICT-ondersteuning van professionals: als ICT-ondersteuning niet aansluit bij hoe de potentiële gebruikers werken, is dat kans dat ze gebruikt wordt niet groot, tenzij de verandering in werkwijze zo evident voordelig is dat de potentiële gebruikers bereid zijn hun manier van werken te veranderen.

Bij de vraag of de beoogde kwaliteitsverbetering optreedt is in de eerste plaats van belang waar de huidige 'pijnpunten' zitten in SMBA, omdat ICT-ondersteuning van taken die toch al goed uitgevoerd worden niet tot verbeteringen leidt. Bijvoorbeeld: hebben beoordelaars moeite met het verbinden van gronden en conclusies of hebben ze juiste moeite met het formuleren en interpreteren van de regels waarmee gronden en conclusie verbonden worden? Of: hebben ze last van 'tunnelvisie' (het negeren van mogelijke tegenargumentaties) of juist van teveel twijfel?

Meer specifiek gelden de vragen naar nut en bruikbaarheid bij de volgende aspecten:

1. Hoe dient een AMS voor SMBA er uit te zien? Hoe kan het omgaan met het verschil tussen regelgebaseerde en factorgebaseerde problemen? Dient een AMS het expliciet aangeven van redenen voor bepaalde afwegingen te ondersteunen?

2. Hoe dient een AMS uitgebreid te worden met inhoudelijke regelgebaseerde ondersteuning? Is hiervoor een voldoende stabiele verzameling argumentatieschema's en kennisregels beschikbaar? Kunnen groepen beoordelaars samen in een Wikiachtige omgeving zo'n verzameling ontwikkelen? (vgl. Dijkstra & Paapst 2006).

3. Hoe dient een AMS uitgebreid te worden met inhoudelijke factorgebaseerde ondersteuning? In hoeverre is het mogelijk om oordelen in een uniforme terminologie te formuleren zodat ze geschikt zijn voor hergebruik? Is hiervoor voldoende stabiele kennis over de relevante factoren beschikbaar?

4. Bij beide vormen van inhoudelijke ondersteuning speelt de vraag hoe ze aangeboden kunnen worden op een manier die geen inhoudelijke visie aan de beoordelaar opdringt en die het mogelijk maakt om contextspecifieke factoren en overwegingen mee te nemen in het oordeel.

5. De vragen (1-4) gaan vooral over gebruik van het voorgestelde model door artsen bij de claimbeoordeling. Een ander mogelijk gebruik van het model is bij het opstellen van mediprudentie: kan het proces waarbij mediprudentie opgesteld wordt ondersteund worden door een AMS, en kan de inhoud van de mediprudentie geformuleerd worden in termen van het argumentatief model?

6. Tot slot is een belangrijke onderzoeksvraag die naar de verhouding tussen 'atomistisch' en 'holistisch' redeneren. In een gesprek over dit artikel dat ik had met Wout de Boer gaf hij aan dat beoordelaars vaak het algemene beeld ("plaatje" en "gehandicaptenrol") van de cliënt voor ogen houden (zie ook Meershoek & Kerstholt 2009). Dit past op het eerste gezicht niet goed bij de 'atomistische' stijl van redeneren van het in dit artikel voorgestelde model, volgens welke individuele data en gronden met behulp van individuele regels verbonden worden met conclusies en dan geschakeld worden tot grotere gehelen. Een eventuele samenhang van verschillende gronden en regels in termen van het algemene beeld van de cliënt kan in een puur argumentatieve aanpak moeilijk als zodanig benoemd worden.

Hetzelfde probleem speelde bij het onderzoeksproject naar het Avers-systeem voor ondersteuning van misdaadanalyse (van den Braak et al. 2007). Uit de rechtspsychologische literatuur blijkt dat misdaadonderzoekers vaak beginnen met globale scenario's over wat er gebeurd zou kunnen zijn, en dat ze die pas daarna verbinden met het beschikbare bewijs (Crombag et al. 1992). Dit werd in ons project bevestigd in informele contacten met rechercheurs en misdaadanalisten. De in Avers gekozen oplossing is een combinatie van een globale weergave van scenario's met gedetailleerde argumentaties over elementen uit die scenario's. Een belangrijke onderzoeksvraag bij SMBA is of een dergelijke combinatie hier ook haalbaar is. Hier is op dit moment nog weinig over te zeggen, omdat in de vier voorbeelden van mediprudentie van deze case study de rol van het algemene beeld van de cliënt niet expliciet is gemaakt. Per casus wordt eerst relevante documentatie met gegevens over de client en de onderzoeksgeschiedenis gegeven, en vervolgens worden de argumentatie en conclusie gegeven: het algemene beeld en de rol daarvan in de stap van de documentatie naar de argumentatie blijven impliciet.

Al deze vragen zijn deelvragen van de uiteindelijke onderzoeksvraag of het toepassen van een argumentatief model van SMBA tot verhoogde consensus tussen de beoordelaars leidt. Uiteindelijk zullen experimentele vergelijkingen tussen de huidige praktijk en gebruik van een argumentatief model op deze vraag een antwoord moeten geven.

Referenties

V. Alevan (2003). Using background knowledge in case-based legal reasoning: a computational model and an intelligent learning environment. *Artificial Intelligence*, 150, 183-237.

K.D. Ashley (1990). *Modeling Legal Argument: Reasoning with Cases and Hypotheticals*. Cambridge, MA: MIT Press.

T.J.M. Bench-Capon & H. Prakken (2006). Argumentation. In A.R. Lodder & A. Oskamp (eds.): *Information Technology & Lawyers: Advanced technology in the legal domain, from challenges to daily routine*, 61-80. Berlin: Springer.

S.W. van den Braak, G. Vreeswijk & H. Prakken (2007). AVERS: An argument visualization tool for representing stories about evidence. *Proceedings of the 11th International Conference on Artificial Intelligence and Law*, Stanford 2007, 11-15. New York: ACM Press.

W.E.L. de Boer, P. Donceel, S. Brage, M. Rus & J.H.B.M. Willems (2008). Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group and validation study. *BMC Public Health* 8 (2008): 335.

W.E.L. de Boer & R. Steenbeek (2005). *Pilot Onderzoek Mediprudentie: vier voorbeeld casus*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

A. Chorley & T.J.M. Bench-Capon (2005), An empirical investigation of reasoning with legal cases through theory construction and application. *Artificial Intelligence and Law* 13: 9-51.

H.F.M. Crombag, P.J. van Koppen & W.A. Wagenaar (1992). *Dubieuze Zaken. De Psychologie van Strafrechtelijk Bewijs*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.

Dijkstra, J.J. & Paapst, M. (2006). Legal knowledge-based system improvement through open-source development. *Holland Open Software Conference*, 15/16 juni 2006 Amsterdam.

Franken, H. (1993). Kanttekeningen bij het automatiseren van beschikkingen. In H. Franken, I.Th.M. Snellen, J. Smit & A.W. Venstra, *Beschikken en automatiseren. Preadviezen voor de Vereniging voor Administratief Recht*. Alphen aan de Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink.

T. van Gelder (2007). The rationale for Rationale. *Law, Probability & Risk* 6: 23-42.

G. Gigerenzer, P.M. Todd and the ABC research group. *Simple Heuristics that Make us Smart*. New York: Oxford University Press.

Groothuis, M.M. (2004). *Beschikken en Digitaliseren: Over Normering van de Elektronische Overheid*. Den Haag: SDU.

H. Hofstee (2008). Wat is een goede beoordeling? Notitie in het kader van het project Sociaal-medische beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA). Maart 2008.

A. Meershoek & J. Kerstholt (2009). Professioneel oordelen over arbeidsvermogen. *Congresbundel Invitational Conference Wetenschap voor professionele beoordeling van arbeidsvermogen in 2012 (deel II)*, Utrecht, 5 februari 2009.

J.D. Lowrance (2007). Graphical manipulation of evidence in structured arguments. *Law, Probability & Risk* 6: 225-240.

H. Prakken (2005a). A study of accrual of arguments, with applications to evidential reasoning. *Proceedings of the Tenth International Conference on Artificial Intelligence and Law*, Bologna, 2005, 85-94. New York: ACM Press.

H. Prakken (2005b). AI & Law, logic and argument schemes. *Argumentation* 19: 303-320.

H. Prakken (2005c). *Argumentatiemanagement voor Juristen*. Oratie Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen.

H. Prakken (2008). Mogelijk nut van kennistechnologie en argumentatietheorie voor SMBA. Enkele voorlopige gedachten. *Congresbundel Invitational Conference Wetenschap voor professionele beoordeling van arbeidsvermogen in 2012 (deel I)*, Utrecht, 10 juni 2008.

C.A. Reed, & G.W.A. Rowe (2004), Araucaria: Software for argument analysis, diagramming and representation. *International Journal of AI Tools*, 13: 961-980.

C.A. Reed, D.N. Walton & F. Macagno (2007), Argument diagramming in logic, law and artificial intelligence. *The Knowledge Engineering Review*, 22: 87-109, 2007.

Steenbeek, R. & de Boer, W.E.L. (2006). Mediprudentie fase 2: acht voorbeeld casus. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

P. Tolchinsky, U. Cortés, S. Modgil, F. Caballero and A. López-Navidad (2006). Increasing human-organ transplant availability: argumentation-based agent deliberation. In *IEEE Intelligent Systems Journal: Special Issue on Intelligent Agents in Healthcare*, vol. 21, no. 6, pp. 30-37, Nov/Dec, 2006.

S.E. Toulmin (1958). *The Uses of Argument*. Cambridge: Cambridge University Press.

B. Verheij (2003). Dialectical argumentation with argumentation schemes: An approach to legal logic. *Artificial Intelligence and Law* 11: 167-195.

Walton, D.N. (1996). *Argumentation Schemes for Presumptive Reasoning*. Mahwah, N. J.: Erlbaum.

Appendix

Deze appendix bevat de visualisering van de casus "rug WGA" uit de Boer & Steenbeek (2005) met behulp van de Araucaria software. Araucaria is eenvoudig te downloaden van http://araucaria.computing.dundee.ac.uk/version3_1/ en te installeren. De zeer leesbare gebruikershandleiding is te downloaden van http://araucaria.computing.dundee.ac.uk/usermanual3_1.pdf. De visualiseringen van de andere drie casus uit de Boer & Steenbeek (2005) zijn te downloaden van <http://people.cs.uu.nl/henry/smba08.html>. De .aml-files op deze pagina kunnen in Araucaria geladen kunnen worden.

Araucaria is in eerste instantie bedoeld voor het visualiseren van de structuur van een bestaande tekst. De formuleringen van gronden en conclusies in deze visualiseringen zijn hierdoor letterlijke stukjes tekst uit de voorbeeldcasus. Araucaria werkt als volgt: een tekst kan ingeladen worden en door daarin een stukje tekst te selecteren kan die tekst aan een 'knoop' in de visualisering verbonden worden. Vervolgens kunnen verschillende knopen, d.w.z. verschillende stukjes tekst, aan elkaar verbonden worden. Die verbindingen volgen het model geschetst in par. 3, behalve dat aanvallen op redeneerstappen (dat wil zeggen op regels) niet als zodanig gevisualiseerd kunnen worden. In de charts is daarom een paar maal een tussenconclusie "Dus" ingevoegd om zulke aanvallen toch te kunnen visualiseren

(Araucaria biedt de mogelijkheid om zelfgetypte stukjes tekst aan knopen te verbinden; dit is vooral bedoeld om impliciete gronden te kunnen weergeven). Een andere mogelijkheid zou zijn om de aangevallen regel als extra grond op te nemen, maar dat doorkruist de theoretische onderscheiding tussen gronden en redeneerstap.

Hieronder volgen eerst de conclusie en de onderbouwing daarvan met argumenten uit de casus. In de Boer & Steenbeek (2005) volgen deze na weergaves van (delen uit) het re-integratieverslag Arbo-dienst en de rapportage van de verzekeringsarts.

Conclusie en argumenten casus rug WGA

Overwegingen WIA

Cliënt claimt geen volledige en duurzame ongeschiktheid tot functioneren. Er is ook geen sprake van een zodanig ernstig medisch lijden dat client volledig en duurzaam arbeidsongeschikt moet worden geacht.

Overwegingen inzake mogelijkheden en beperkingen om te functioneren.

De door cliënt ervaren belemmeringen in het functioneren zijn een rechtstreeks en causaal gevolg van ziekte. Op de niveaus van stoornissen, beperkingen en handicaps is een zodanige consistentie dat er door onderzoeker arbeidsbeperkingen worden aangenomen. Rubrieksgewijs gaat het om de volgende.

1 Persoonlijk functioneren: persoonlijk risico.

Argumenten voor beperking:

Het gebruik van zijn medicijnen is versuffend (tramadol).

Hij merkt dit effect van de medicijnen zelf ook.

Argumenten tegen beperking:

Hij kan eventueel andere medicatie nemen. Er zijn geen aanwijzingen van beperkte controle over zijn functioneren of alertheid.

2 Sociaal functioneren:

Opmerking: De cliënt rijdt beroepsmatig: personenvervoer en vrachtwagen

Argumenten voor beperking:

Gebruik Tramadol is versuffend. CBR richtlijnen ontraden beroepsmatig autorijden i.v.m. deze medicatie. Cliënt merkt het versuffende effect zelf ook.

Argumenten tegen beperking:

Is Tramadol per definitie gevaarlijk en in elke dosering?

Hij kan eventueel andere medicatie nemen.

Er zijn geen aanwijzingen van beperkte controle over zijn functioneren of alertheid.

3 Fysieke omgeving: trillingen (drilboren e.d.)

Argumenten voor beperking:

Hij heeft pathologische degeneratieve afwijkingen rug en knieën. Er is daarmee dreiging van verdere schade. Deze activiteiten zijn bekende risicofactoren voor verergering van rugklachten.

Hij kan het ook niet duurzaam volhouden.

Er is consistentie van lichamelijk onderzoek, klachten en functioneren bij een goed gemotiveerde man (hij heeft met klachten doorgewerkt en volgt advies op naar vermogen) De uitslag van de neuroloog leert dat de heer A is uitbehandeld en fors beperkt.

Argumenten tegen:

Is die motivatie wel zo eenduidig? Hij kan de adviezen nog wel wat beter opvolgen.

Hij is te dik, heeft een sombere toekomstvisie en doet niets.

Is hij wel uitbehandeld? Onderbouwing daarvan in de brief van de neuroloog ontbreekt.

Te denken valt aan oefentherapie en graded activity.

Is er geen sprake van kinesiofobie? Dat kan worden uitgezocht en eventueel worden behandeld.

4 Dynamisch (frequent zware lasten hanteren, tillen dragen, frequent buigen langdurig lopen torderen rug, knielen kruipen hurken, frequent traplopen)

Argumenten voor beperking:

Hij heeft pathologisch degeneratieve afwijkingen van rug en knieën. Deze afwijkingen brengen dreiging van schade met zich mee. Deze activiteiten zijn risicofactoren voor verergering. Beperkingen zijn dus ook ter voorkoming van verergering van de klachten Hij kan het ook niet duurzaam volhouden.

Anamnestic zijn er ook tekenen van zenuwprickeling

Er is consistentie van lichamelijk onderzoek, klachten en functioneren bij een goed gemotiveerde man

De uitslag van de neuroloog leert dat de heer A is uitbehandeld en fors beperkt.

Argumenten tegen beperking:

Er zijn ook wel inconsistenties tussen het lichamelijk onderzoek en de claimklachten.

Torderen is geen beperking voor lage rug.

5 Statisch (zitten, staan, bovenhands werken, langdurig gebogen werken, houding afwisselend)

Argumenten voor beperking:

Hij heeft pathologisch degeneratieve afwijkingen rug en knieën. Deze afwijkingen brengen dreiging van schade met zich mee. Deze activiteiten zijn risicofactoren voor verergering. Beperkingen zijn dus ook ter voorkoming van verergering van klachten Hij kan het ook niet duurzaam volhouden.

Anamnestic zijn er ook tekenen van zenuwprickeling

Er is consistentie van lichamelijk onderzoek, klachten en functioneren bij een goed gemotiveerde man

De uitslag van de neuroloog leert dat de heer A is uitbehandeld en fors beperkt.

Argumenten tegen beperking:

Er zijn ook wel inconsistenties tussen het lichamelijk onderzoek en de claimklachten.

6 Werktijden maximaal 8 uur per dag, incidenteel iets meer:

Argumenten voor:

Energetisch is zo iemand beperkt te achten i.v.m. de chronische, moe makende pijn.

Hij gaat dan ook rusten 's middags

Argumenten tegen:

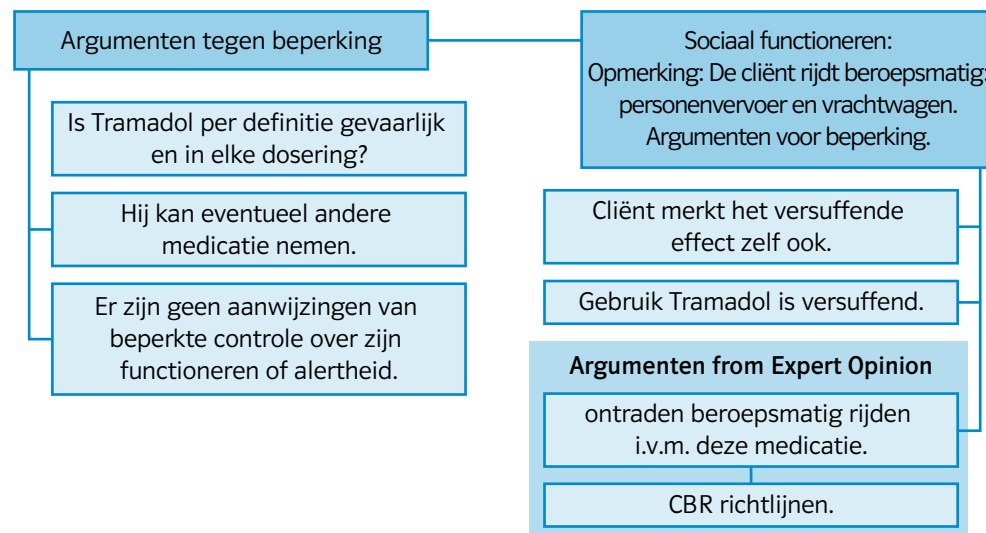
Hij klaagt niet over vermoeidheid bij pijn.

De visualiseringen

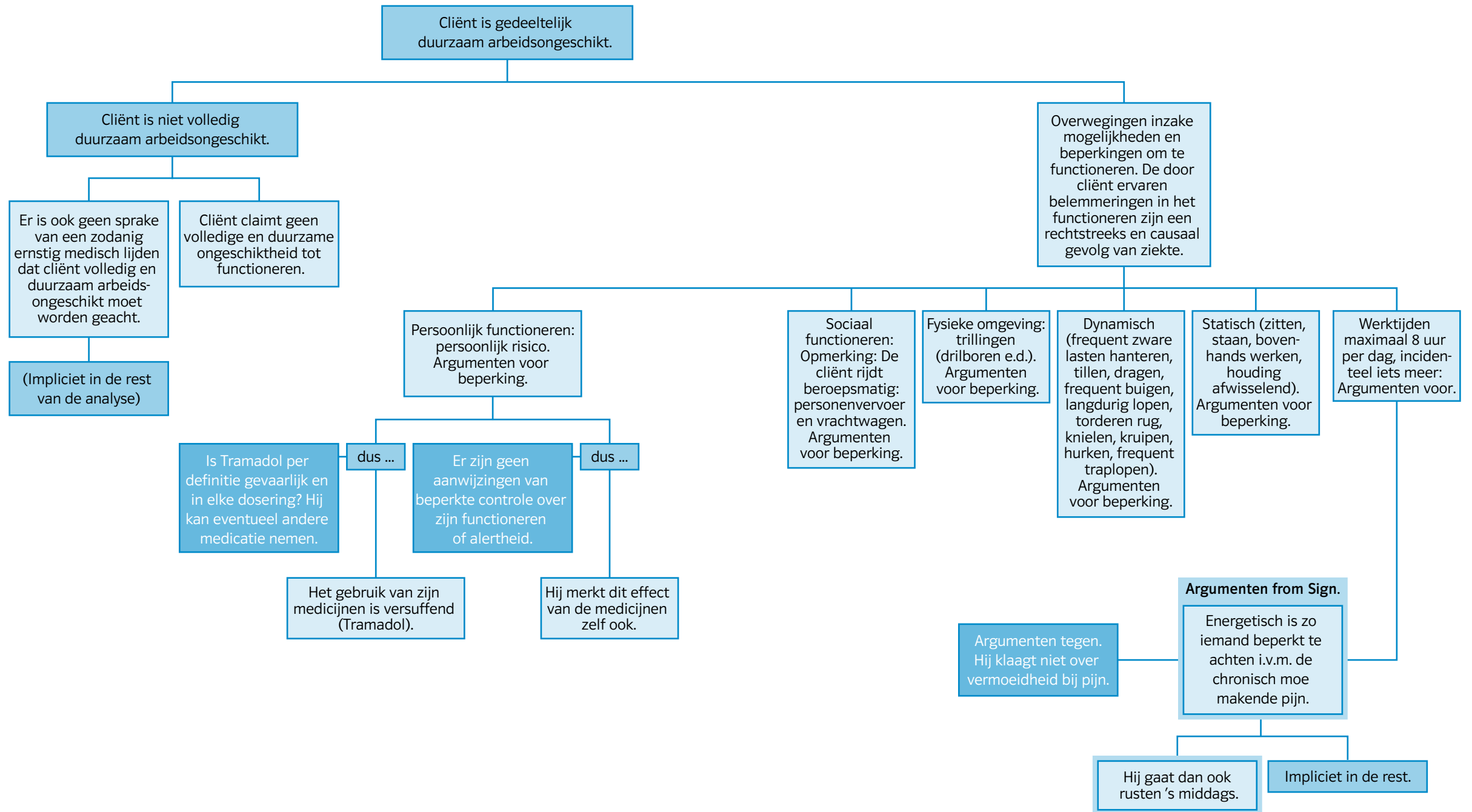
Figuur 2 geeft het overzicht over de casus. In deze figuur zijn de argumenten omtrent het sociaal functioneren, de fysieke omgeving, dynamische en statische beperkingen nog niet uitgewerkt. Dat gebeurt in de volgende figuren. Verder bevat Figuur 2 twee alternatieve structureringen van de tegenargumentatie tegen de argumenten voor een persoonlijke beperking: het eerste alternatief beschouwt ze als weersprekingen van de conclusie dat er zo'n beperking is, terwijl het tweede alternatief ze beschouwt als weersprekingen van de relevantie van de gronden voor de conclusie.

Figuur 1 geeft de argumentatie omtrent het sociaal functioneren weer. Omdat deze sterk lijkt op de argumentatie omtrent persoonlijk functioneren, is ook hier een alternatieve weergave mogelijk (korteheidshalve is deze weggelaten). De figuren 3 en 4 werken, respectievelijk, de argumentatie omtrent de dynamische en fysieke beperkingen uit.

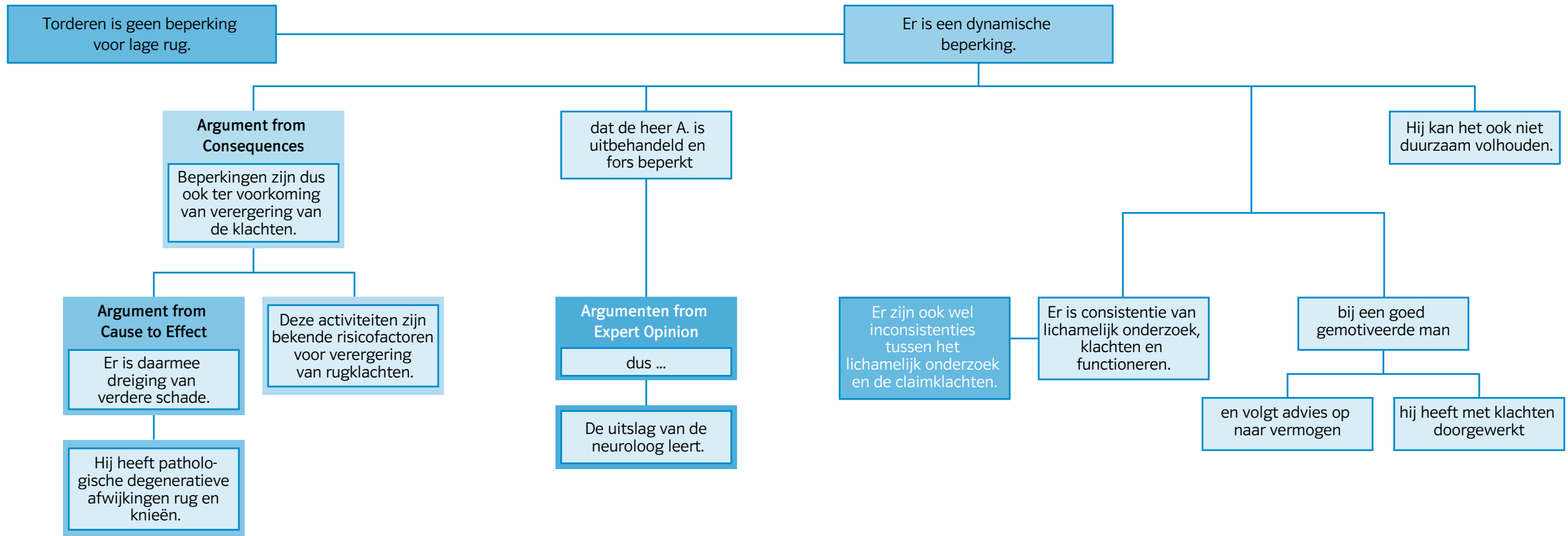
Figuur 1:



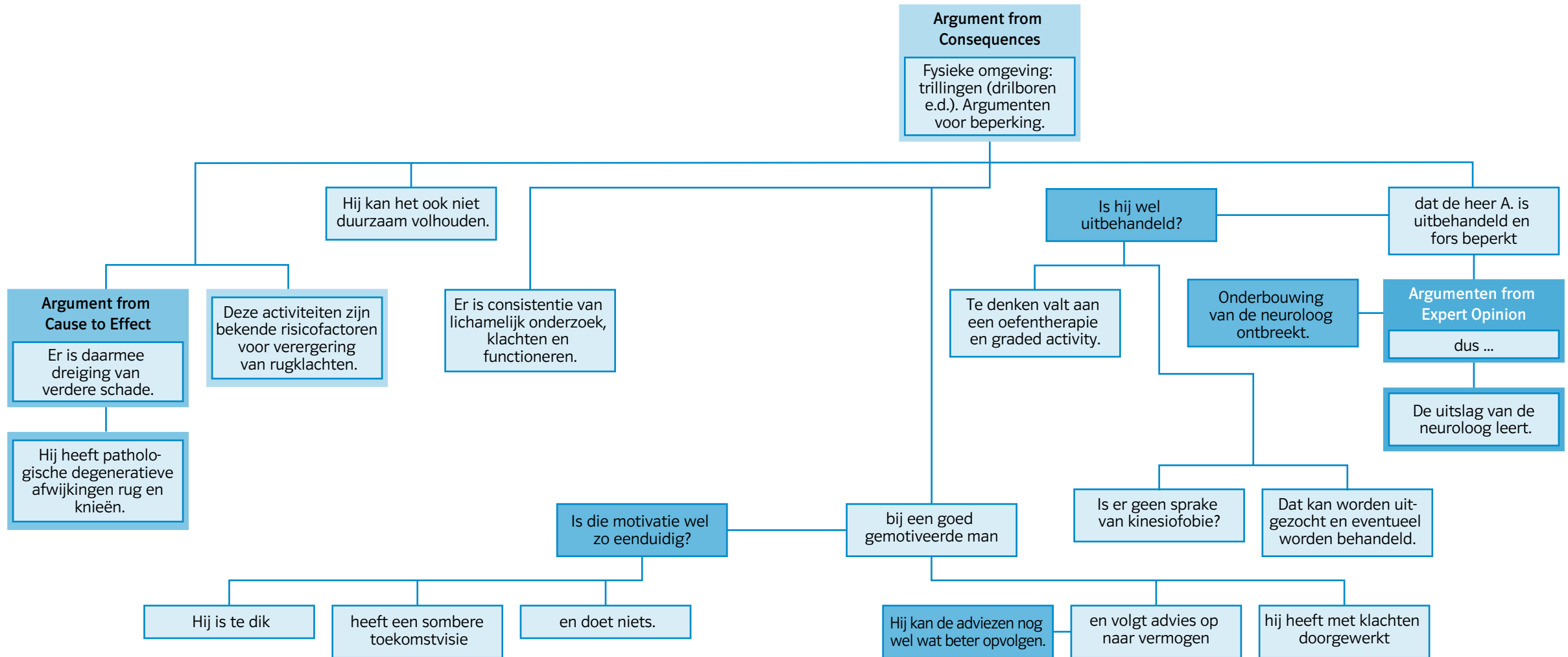
Figuur 2:



Figuur 3:



Figuur 4:



3.5 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: Plausibiliteit van door Cliënten Gerapporteerde Symptomen en Beperkingen

Harald Merckelbach, Marko Jelicic en Wim Hofstee

Affiliaties: Faculteit der Psychologie en Neurowetenschap (FPN) Universiteit Maastricht en Faculteit Sociale Wetenschappen Rijksuniversiteit Groningen

Samenvatting

Een vraag die zich geregeld aandient bij de Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) is of de door de cliënt gerapporteerde symptomen en beperkingen wel plausibel zijn. In Nederland ontbreekt het aan wetenschappelijk onderzoek naar hoe verzekeringsartsen zich daarover een verstandig oordeel kunnen vormen. Dit voorstel beschrijft 1. een procedure waarlangs – in beginsel – zo'n oordeel valt te onderbouwen (althans als het gaat om psychische en neurocognitieve klachten en beperkingen) en 2. een onderzoeksproject waarmee deze procedure op haar (diagnostische) merites is te beoordelen. Het project bestaat uit de volgende elementen:

- Het inventariseren van aandoeningen waarvan aannemelijk is dat ze cliënten veel vrijheidsgraden bieden om symptomen en beperkingen te overdrijven.
- Het ontwerpen van een op deze inventarisaties gebaseerde en uit tests en taken bestaande – diagnostische – procedure waarmee zulke cliënten zijn op te sporen. Voor een deel gaat het om tests en taken die door onze onderzoeksgroep al uit het Engels zijn vertaald en op hun psychometrische merites getoetst. Bedoelde tests en taken werden echter nog niet in hun onderlinge samenhang bestudeerd.
- Het verzamelen van informatie over de diagnostische kwaliteit van de procedure aan de hand van experimentele simulatie-studies en klinische steekproeven.
- Het exploreren van de kwestie hoe zich aan zo'n diagnostische procedure conclusies laten verbinden die passen binnen de kaders van SMBA en bovendien beroepsethisch passabel zijn.

Voorbij niet-pluis

De toelichtende documentatie bij de oude WAO, maar ook die bij de WIA⁵⁸ doet het voorkomen alsof arbeidsongeschiktheid zich op objectieve wijze laat vaststellen. In veel gevallen mag dat zo zijn, maar de *Gezondheidsraad* (2005; p. 34)⁵⁹ heeft er terecht op gewezen dat in andere gevallen – en dat zijn niet de minsten – de verzekeringsarts zijn (haar) oordeel maar moeilijk kan verankeren in een wetenschappelijke basis. De *Gezondheidsraad* wijst in dit verband op “onverklaarde aandoeningen” en op gevallen waarin sprake is van somatische en psychische co-morbiditeit. Ze schrijft (p. 35): “regelmatig doen zich situaties voor waarin het subjectieve oordeel van de werknemer op gespannen voet staat met het oordeel van de verzekeringsarts.” Verzekeringsartsen noemen dit type geval soms *niet pluis*, maar de wetenschappelijke onderbouwing – en dus legitimatie – van zo'n indruk laat te wensen over. Die conclusie trekt de *Gezondheidsraad* (2007)⁶⁰ ook – en in de volle breedte – in haar rapport over de wenselijkheid van het tot stand brengen van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. De achtergrond daarvan is nu juist het streven naar een betere onderbouwing van claimbeoordelingen.

⁵⁸ *Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.*

⁵⁹ *Gezondheidsraad (2005). Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2005/10.*

⁶⁰ *Gezondheidsraad (2007). Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. De Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2007/14.*

Kijkend naar de nota van toelichting bij de wijziging van het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten (2004)⁶¹ laat de kwestie die hier aan de orde is zich nog scherper aanzetten. Deze nota handhaaft het uitgangspunt dat verzekeringsartsen claimbeoordelingen moeten baseren op hun taxatie van de mate waarin er bij de cliënt sprake is van een *consistente* en *plausibele* samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De kernbegrippen *consistent* en *plausibel* zijn in dit verband richtinggevend. Hun inschatting veronderstelt om te beginnen dat de verzekeringsarts kan beschikken over nog andere informatiebronnen dan de zelfrapportage van de cliënt. En op de tweede plaats veronderstelt hun inschatting dat de verzekeringsarts redelijk nauwkeurig de mate van consistentie en plausibiliteit kan kalibreren. Beide aannames zijn in de dagelijkse praktijk van claimbeoordelingen problematisch.

De populatie WIA-aanvragers bestaat voor een flink deel uit cliënten die al langer dan twee jaren ziek zijn vanwege aandoeningen die normaliter – dat wil zeggen bij de meeste mensen die er last van hebben – korter aanhouden. Te denken valt aan chronische vermoeidheid, mild traumatisch hersenletsel, whiplash klachten, depressieve episodes en problematiek die wordt aangeduid met termen als *overspanning* en *burn out*.⁶² Voor deze cliënten laat zich a fortiori de vraag stellen hoe de consistentie en plausibiliteit van hun symptomen, beperkingen en participatiemogelijkheden moeten worden gepeild. Cliënten uit deze groep die vanuit de behoefte om serieus over te komen, hun reële klachten gaan overdrijven, lopen het risico dat hun presentatie voor weinig consistent en plausibel wordt gehouden. Als een dergelijke presentatiestijl een *niet-pluis* indruk maakt op de verzekeringsarts, ligt de weg naar inschattingsfouten open. De cliënt – uit de eerder aangeduide groep – die op een consistente en plausibele wijze klachten fabriceert om zo een economisch voordeel te behalen, zal in beginsel een authentieke indruk maken. Daarmee ligt eveneens de weg open voor een inschattingsfout.

Wanneer we het hieronder hebben over inplausibele symptomen, dan doelen we niet op cliënten die hun maar al te reële klachten overdrijven om serieus te worden genomen. We doelen op cliënten met een klachtenpatroon dat aanvankelijk een consistente en plausibele indruk maakt, maar dat bij nadere toetsing in zijn totaliteit inplausibel blijkt te zijn.⁶³ In hetgeen volgt betogen we dat – door psychologen ontwikkelde – tests en taken kunnen bijdragen aan het identificeren van deze tweede groep van cliënten. Aldus wordt een nauwkeuriger oordeel over de consistentie en plausibiliteit van symptomen en beperkingen mogelijk. In elk geval kunnen op deze manier *niet-pluis* indrukken worden verworpen dan wel gestaafd.

⁶¹ *Besluit van 18 augustus 2004 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Staatsblad 2004, 434, 1-20.*

⁶² *Gezondheidsraad (2005), idem, p. 58.*

⁶³ *De in de vakliteratuur gebruikte terminologie om het fenomeen dat hier aan de orde is te beschrijven, loopt nogal uiteen. Sommige auteurs spreken van malingering. In deze tekst hanteren wij de meer neutrale aanduiding “inplausibele” symptomen (zie ook Boone, 2007).*

Inplausibele symptomen en beperkingen

In de internationale vakliteratuur neemt de belangstelling voor inplausibele symptomen en beperkingen toe. De themanummers over het onderwerp van tijdschriften als *Behavioral Sciences and the Law* (2006, vol 24), *International Journal of Forensic Psychology* (2006, vol 3) en *Journal of Personality Assessment* (2007; vol 88) zijn wat dat betreft veelbetekenend. Deze ruime belangstelling heeft tenminste drie oorzaken.

Om te beginnen maken prevalentiestudies één ding duidelijk: de al wat oudere opvatting dat inplausibele symptomen zeldzaam zijn, valt moeilijk vol te houden. Bij verzekeringstechnische verwijzingen voor neuropsychologisch onderzoek schatten auteurs als Mittenberg en collega's (2002) het percentage gevallen waarin sprake is van inplausibele symptomen op 30%. Voor de categorie van strafrechtelijke verwijzingen komen Mittenberg et al. (2002) met een beargumenteerde schatting van 20%. Sharland en Gfeller (2007) deden een survey onder Amerikaanse neuropsychologen. Volgens hun respondenten komen inplausibele symptomen voor bij 20% van letselschadepatiënten en bij 5% van de patiënten die worden gezien in het kader van de reguliere gezondheidszorg. Chafetz (2008) komt in een studie handelend over een context die goed vergelijkbaar is met SMBA - de zogenaamde *Social Security Disability Consultative Exam* - tot de vaststelling dat ergens tussen de 40 en 60% van de cliënten tijdens zo'n *exam* inplausibele symptomen presenteert.

De redenering dat zulke schattingen verbonden zijn met de Amerikaanse cultuur en derhalve niet onverkort op Europese verhoudingen van toepassing zijn, is op zichzelf genomen juist. Maar ook Europese prevalentiestudies laten zien dat het etaleren van inplausibele symptomen - althans bij bepaalde ziektebeelden en binnen een afgebakende context - geen triviaal fenomeen is. Zo keek de Duitse studie van Merten et al. (2006) naar patiënten die vanwege pijnklachten (en met bijvoorbeeld een diagnose van fibromyalgie) in aanmerking wensten te komen voor een uitkering. Deze studie schat het percentage patiënten met inplausibele symptomen op 40%. De Nederlandse studie van Schmand et al. (1998) had betrekking op de plausibiliteit van symptomen bij patiënten met whiplashklachten. Deze auteurs suggereren dat bij verzekeringstechnische verwijzingen 60% van de patiënten inplausibele symptomen heeft. In hun onderzoek naar toxische encephalopathie vonden van Hout et al. (2006) dat 27% van de patiënten met klachten in dit domein suspect presteert op een zelfs voor neurologische patiënten simpele taak. Geraerts en collega's (2009) onderwierpen een groep Kroatische veteranen aan een simpele waarnemingstaak. Het ging om veteranen die vanwege Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) symptomen in aanmerking wensten te komen voor een overheidsuitkering. De auteurs vonden dat 90% van hen onderpresteert op de taak.

Een tweede oorzaak van de toegenomen belangstelling voor het onderwerp heeft te maken met wetgeving. Zowel in het Anglo-Saksische als in het continentale recht zijn er veel voorbeelden aan te wijzen van nieuwe regelgeving die de positie van slachtoffers en patiënten versterkt. Het gaat dan om bijvoorbeeld de aansprakelijkheid van werkgevers voor beroepsziekten en arbeidsongevallen, het recht van slachtoffers om zich als belanghebbende partij te voegen in het strafproces, maar ook om het recht van patiënten op een kopie van hun medisch dossier (dat zij vervolgens aan derde partijen ter beschikking

kunnen stellen; zie daarover Van Egmond, 2005). De schaduwzijden van deze, op zichzelf genomen gunstige, ontwikkelingen worden wel aangeduid met polemische termen als claim- en afrekencultuur (Giard, 2005). Alhoewel moeilijk met precieze cijfers te onderbouwen (maar zie Van Egmond, 2005), is er alle redenen om te vermoeden dat sommige cliënten die zich in het kader van SMBA presenteren nog andere belangen hebben dan alleen maar een spoedig herstel van hun arbeidsvermogen. In die context wordt de vraag naar de plausibiliteit van de door de cliënt gerapporteerde symptomen en beperkingen een legitieme.

Een derde oorzaak van de toegenomen onderzoeksbelangstelling voor inplausibele symptomen houdt verband met de diagnostische mogelijkheden die er thans bestaan om het fenomeen zichtbaar te maken. De afgelopen 10 jaren zijn er allerlei tests en taken ontwikkeld die hebben bewezen in dit opzicht succesvol te zijn. Dat is winst: de beperkingen van het klinische niet-pluis oordeel kwamen hierboven al kort ter sprake. Deze beperkingen zijn met allerlei statistieken te illustreren. Zo geldt dat als artsen en psychologen het enkel moeten hebben van hun timmermansoog, zij patiënten met inplausibele symptomen tenminste 8 van de 10 keer laten passeren (Rosen & Phillips, 2004). Artsen en psychologen zijn vanwege hun opleiding begrijpelijkerwijze behept met een truth bias (Richman et al., 2006). Die bestaat eruit dat zij inplausibele symptomen makkelijk voor authentieke klachten aanzien. Het probleem dat hier aan de orde is, is overigens een bijzonder geval van de moeite die mensen in het algemeen hebben met het signaleren van misleiding (zie voor een overzicht Vrij, 1998).

Tests en taken

Er verschenen inmiddels goed geïnformeerde overzichtsartikelen die de diagnostische scherpte van de diverse tests en taken onder de loep nemen (zie voor voorbeelden: Inman & Berry, 2002; Berry et al., 2006; Blaskewitz & Merten, 2007). Aan deze overzichtsartikelen zijn de volgende conclusies te ontlelen:

1. Er bestaan allerlei - hoofdzakelijk Amerikaanse⁶⁴ - instrumenten die artsen en psychologen attent kunnen maken op patiënten of cliënten met inplausibele symptomen of beperkingen.
2. De diagnostische prestaties van zulke instrumenten moeten worden afgezet tegen het uitgangspunt dat zij op de eerste plaats veilig behoren te zijn (Greve & Bianchini, 2004). Dat wil zeggen: ze moeten primair voorkomen dat authentieke klachten als inplausibel wordt afgeschilderd. Nog weer anders gezegd: de kans op **vals-positieve fouten** moet zo gering mogelijk zijn. En de specificiteit van de test - het percentage patiënten met authentieke klachten dat als zodanig wordt geïdentificeerd - moet daarom bij voorkeur rond de 90% of hoger liggen. Van secundair belang is de sensitiviteit van de test. Het gaat dan om de kans op **vals-negatieve fouten** - patiënten met inplausibele symptomen die voor plausibel worden gehouden. En om de inverse daarvan, namelijk het percentage patiënten met inplausibele symptomen dat door het instrument wordt opgespoord. Ook al is de kans op vals-negatieven aanzienlijk en dus de sensitiviteit aan de magere kant - zeg 70% - dan nog kan een instrument een waardevolle toevoeging zijn aan het diagnostisch armetarium van de arts of psycholoog. Zo'n cijfer van 70% krijgt immers pas reliëf als het wordt gecontrasteerd met wat er gebeurt als men **geen** instrument inzet om inplausibele symptomen op te sporen.

⁶⁴ Een aantal veel gebruikte instrumenten bestaat feitelijk uit Amerikaanse varianten op taken die oorspronkelijk door de Zwitserse psycholoog André Rey (1906-1965) werden ontwikkeld (zie Frederick, 2002).

Vanwege de eerder genoemde *truth bias* zal dan het percentage patiënten met inplausibele symptomen dat wordt opgespoord onder de 20% blijven (Rosen & Philips, 2004). Er zijn de nodige instrumenten die voldoen aan het veilige profiel van uitstekende specificiteit en matige sensitiviteit en een aantal daarvan zijn ook geschikt voor de Nederlandse situatie (zie onder).

- Om de kans op fout-positieve uitkomsten nog verder te reduceren, is het aan te bevelen om bij het opsporen van patiënten met inplausibele symptomen een *multi-strategy multi-method* (Rogers & Payne, 2006) benadering te volgen. Die komt erop neer dat de diagnosticus verschillende tests en taken gebruikt om zich een opinie te vormen over de mate waarin de patiënt inplausibele symptomen en beperkingen etaleert. Belangrijk daarbij is dat de tests en taken geen echo's van elkaar zijn, maar op totaal andere detectieprincipes stoelen.

Een prototypische testbatterij

Als patiënten met inplausibele symptomen zijn op te sporen, dan is het omdat ze aan *overplaying* doen (Cornell & Hawk, 1989; Lees-Haley et al., 2001; Tan et al., 2002; Conroy & Kwartner, 2006; Iverson, 1995). *Overplaying* manifesteert zich op twee manieren.⁶⁵ Ten eerste door het rapporteren van een overdaad aan symptomen en beperkingen, die bovendien vaak atypisch en – qua intensiteit – extreem zijn. Als aan patiënten met inplausibele symptomen *andere* atypische symptomen wordt voorgehouden, dan zeggen ze al snel dat ze die *ook* hebben (Merckelbach et al., 2008b). Dit is het aspect van *overrapportage* dat aan zulke symptomen kleef (Iverson, 2006). Daarnaast – en ook dit is een uiting van *overplaying* – zullen patiënten met inplausibele symptomen nogal eens *onderprestatie* laten zien op eenvoudige taken die cognitieve vermogens als concentratie, geheugen, leercapaciteit en waarneming meten. Met *onderprestatie* wordt bedoeld dat hun scores onder die van patiënten met neurologische aandoeningen en soms zelfs onder kansniveau liggen.

Tests bedoeld om inplausibele symptomen op te sporen sonderen naar uitingen van *overplaying*. Een goed voorbeeld is de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Smith & Burger, 1997; Merckelbach & Smith, 2003). De SIMS is een zelfrapportage schaal die bestaat uit een 75 atypische en bizarre symptomen zoals: "Wanneer mijn depressie te erg wordt, ga ik lange wandelingen maken of doe ik aan gymnastiek om zo spanningen kwijt te raken" en "Behalve medicijnen nemen, is er helemaal niets dat ik kan doen tegen de stemmen die ik hoor." Geturfd wordt hoe vaak een patiënt last zegt te hebben van deze symptomen. De test probeert dus patiënten met inplausibele symptomen te detecteren op grond van hun neiging tot *overrapportage*, dat wil zeggen hun voorliefde voor non-existente, zeldzame, bizarre en vooral talrijke symptomen. Patiënten met authentieke aandoeningen zullen zelden meer dan 16 van zulke symptomen melden. Patiënten met inplausibele symptomen gaan daar vanwege hun *overplaying* nogal eens ruim over heen.

Een voorbeeld van een taak die *onderprestatie* peilt is de *Medical Symptom Validity Test* (MSVT Green, 2004). De MSVT werd door de Canadese psycholoog Paul Green ontwikkeld om inplausibele beperkingen van het geheugen- en concentratievermogen op te sporen. Geheugen- en concentratieproblemen worden in de regel aangetroffen bij patiënten die aan *burn out*, fibromyalgie, chronische vermoeidheid, whiplash, of depressie zeggen te lijden (Bianchini et al., 2005; Richman et al., 2006). Kort gezegd komt de taak erop neer dat aan de patiënt telkens een woordpaar (b.v. stoel-kast) wordt getoond. Na een kort interval verschijnt een nieuw paar (b.v. kast-tijger), waarbij de patiënt de opdracht krijgt om het woord dat eerder ook werd gepresenteerd aan te wijzen (*immediate recognition*). Na een serie van 10 van zulke paren volgen een *delayed recognition* test en een *free recall*. De moeilijkheidsgraad van de MSVT is dermate gering dat patiënten met serieuze neurologische aandoeningen er goedscores van ver boven de 90% op halen (zie Green, 2007; Richman et al., 2006).

Een beproefde methode om instrumenten als de SIMS en de MSVT op hun diagnostische scherpte te taxeren is het analoge simulatie-experiment. Dit type experiment stoelt op proefpersonen – vaak studenten, soms patiënten – die in twee groepen worden verdeeld. De ene groep (controlegroep) wordt geïnstrueerd om de test eerlijk in te vullen. De andere groep – in jargon de *instructed simulators* – krijgt een verhaal te horen dat hen een motief moet verschaffen om inplausibele symptomen te etaleren. Zo'n verhaal kan als volgt gaan (Merckelbach et al., 2009):

Stel jezelf voor dat je al jaren met veel inzet in een verfgroothandel werkt. Op zekere dag word je bij de nieuwe baas geroepen. Je krijgt op je kop omdat je zonder overleg enkele wat oudere blikken verf uit het magazijn voor privé gebruik had meegenomen naar huis. Je snapt het hele probleem niet: iedereen die in de groothandel werkt, neemt de wat oudere verf (die trouwens niet meer verkocht kan worden) mee als men die verf zelf goed kan gebruiken. Dat is al jaren zo en nog nooit eerder is er daarvoor iemand op het matje geroepen. Je voelt je dan ook onheus behandeld en maakt een grote scène. Het conflict tussen jou en je baas escaleert en je loopt woedend de werkplaats uit. De volgende dag meld je je ziek, want je hebt er genoeg van, maar vreest ook dat er ontslag-op-staande voet boven je hoofd hangt. Als de Arbo-arts langs komt om te onderzoeken waarom je niet meer kan/wil gaan werken, beweer je dat de jarenlange blootstelling aan verflucht ervoor heeft gezorgd dat je last hebt van concentratieproblemen, geheugenklachten en motorische stoornissen.⁶⁷

En vervolgens krijgen de aldus geïnstrueerde proefpersonen de test voorgeschoteld. De uitkomsten van dit type onderzoek geven een eerste, maar wel belangrijke indruk van hoe goed een instrument een onderscheid kan maken tussen proefpersonen die eerlijk reageren en proefpersonen met inplausibele symptomen. Maar hoe goed is goed genoeg? De in de literatuur vigerende opvatting daarover kwam hierboven al ter sprake. Het instrument dient op de eerste plaats veilig te zijn (Greve & Bianchini, 2004). Dat wil zeggen: het instrument moet zo min mogelijk (en bij voorkeur geen) eerlijke proefpersonen diskwalificeren als patiënten met inplausibele symptomen.

⁶⁵ Een meer verfijnde taxonomie is mogelijk. Zo onderscheiden Nelson et al. (2007) vier responsstijlen: het onderrapporteren van vermogens, het overrapporteren van neurotische symptomen, onvoldoende cognitieve inspanning en overrapportage van psychotische of bizarre symptomen.

⁶⁶ Dit is een verkorte en geautomatiseerde versie van de door dezelfde auteur ontwikkelde Word Memory Test. Beide tests omvatten ook Nederlands stimulusmateriaal. Van de auteur is toestemming verkregen om ze voor Nederlands onderzoek in te zetten (Green, persoonlijke mededeling 13 november 2007).

⁶⁷ De instructie werd ontleend aan een bestaande (arbeidsrechterlijke) casus.

Het voordeel van het analoge simulatie-experiment is evident: de onderzoeker weet *a priori* redelijk zeker wie inplausibele symptomen en beperkingen probeert te etaleren en wie niet.⁶⁸ Het is daarom dat de specificiteit en de sensitiviteit van het instrument valt te schatten. De onderstaande tabel geeft een overzicht van dergelijke schattingen voor instrumenten waarvan een Nederlandse versie bestaat en die tezamen een breed spectrum aan beperkingen en symptomen dekken. Het gaat om de **Wildman Checklist** (lichamelijke en psychische klachten; Merckelbach et al., 2008b) en de eerder genoemde SIMS (psychische en neurologische symptomen), die beide jacht maken op overrapportage. En het gaat om de **Dot Counting Test** (DCT; concentratiestoornissen; Nitch & Glassmire, 2007), de **b-Test** (concentratiestoornissen; Nitch & Glassmire, 2007) en de eerder beschreven MSVT (geheugenklachten), die jacht maken op onderprestatie.

Instrumenten ⁶⁹	Type	Specificiteit	Sensitiviteit	Aantal vals positieven per 1000 bij een base rate van 20%
Wildman Checklist	Interview	96%	57%	32
SIMS	Schaal	98%	93%	16
DCT	Taak	89%	62%	88
b-Test	Taak	89%	77%	88
WSVT	Taak	96%	98%	32

Tabel 1: Geselecteerde instrumenten

Sommige auteurs hebben kritiek op de experimentele benadering. Zij vinden dat het gedrag van studenten die in een laboratorium worden geïnstrueerd om inplausibele symptomen te etaleren niet te generaliseren valt naar dat van patiënten in een klinische of forensische context (Rogers et al., 1993). Deze kritiek komt ons als overdreven voor. Studenten kunnen in beginsel model staan voor calculerende cliënten. Wel is het waar dat de experimentele benadering aan kracht wint indien *ook* psychiatrische en/of neurologische patiënten als controlegroep fungeren (Berry et al., 2002). Als bijvoorbeeld schizofrene patiënten spontaan veel bizarre symptomen zouden rapporteren op de eerder genoemde SIMS - wat niet het geval is (Merckelbach & Smith, 2003) - dan stelt dat de specificiteit (en dus de veiligheid) van het instrument in een twijfelachtig daglicht. Het is met die overweging in het achterhoofd dat in de tabel de specificiteitschatting voor bijvoorbeeld de DCT ontleend is aan een controlegroep van **stroke** patiënten: deze schatting markeert - voorzover ons bekend - de ondergrens van de DCT als het om haar veiligheid gaat.

Onderzoeksproject

In wat volgt beschrijven we de contouren van een onderzoeksproject. De inzet ervan is om te komen tot het prototype van een procedure die bij SBMA kan worden ingezet om inplausibele symptomen op te sporen en bespreekbaar te maken. Daarvoor zijn vier stappen nodig.

De **eerste** stap is om met een korte literatuurverkenning op te helderen bij welke klachtendomeinen het überhaupt zinvol is om SMBA op te tuigen met een diagnostische procedure om inplausibele symptomen te signaleren. Indien men zo'n procedure op specifieke wijze zou inzetten, dreigt het gevaar van een **fishing expedition** en stijgt de kans op vals-positieven. De technische beperking die hier aan de orde is, staat bekend als het base rate probleem (zie daarover Greve & Bianchini, 2004). De rapporten die de Gezondheidsraad uitbracht over verzekeringsgeneeskundige protocollen vormen een interessant startpunt voor de literatuurverkenning tijdens fase 1.⁷⁰

Indien de klachtengroepen zinvol zijn afgebakend, kan in een tweede fase via een simulatiestudie worden gekeken naar de diagnostische kwaliteiten van de instrumenten uit tabel 1. De keuze voor deze instrumenten heeft te maken met hun toegankelijkheid voor Nederlandse onderzoekers en klinici, hun gebruiksvriendelijkheid⁷¹, de ruime mate waarin hun staat van dienst in voornamelijk Amerikaans onderzoek werd gedocumenteerd, hun heterogene **format** (interview, zelfrapportage schaal, cognitieve taak) en hun verschillende meetpretenties (overrapportage; onderprestatie). Hun opname in de procedure heeft een voorlopige status: fase 2 verifieert of elk instrument op zich inderdaad de veilige parameterstructuur heeft die in tabel 1 wordt getoond. Fase 2 moet ook en vooral antwoord geven op de vraag of de diagnostische slagkracht substantieel toeneemt indien men beslissingen over inplausibele symptomen laat afhangen van suspecte uitkomsten bij **meerdere** instrumenten. Ofschoon dat precies is wat met de vaak aangeprezen **multi-strategy multi-method** (Rogers & Payne, 2006) wordt bedoeld, blijkt onderzoek hiernaar schaars (zie voor uitzonderingen Inman & Berry, 2002; Farkas et al., 2006). Ondertussen bestaan er in de literatuur wel uitstekende aanknopingspunten voor hoe verschillende testuitslagen zijn te combineren om tot een verstandige uitspraak te komen over de plausibiliteit van symptomen (Slick et al., 1999)⁷². Indien de simulatiestudie aantoont dat de genoemde instrumenten elk voor zich en in combinatie met elkaar tegenvallende specificiteits- en sensitiviteitsparameters bezitten, dan moet dat leiden tot amendementen op de procedure (d.w.z. andere tests en taken). Vervolgens is er nog de belangrijke kwestie hoe men aan de onderzochte personen negatieve oordelen over de plausibiliteit van hun symptomen moet communiceren. Ook dit punt zal tijdens stap 2 aan de orde komen.

Meer specifiek zal voor de simulatiestudie in stap 2 een heterogene groep van studenten en volwassenen⁷³ uit de algehele populatie (N = 120) worden gerekruteerd. Het zal gaan om asymptomatische proefpersonen die in de afgelopen jaren een ongeval of arbeidsgeschil hebben meegemaakt, maar die niet verwickeld zijn in de juridische afhandeling daarvan. De proefpersonen krijgen allereerst een contextbeschrijving en **de optionele instructie** om inplausibele symptomen te etaleren en vullen dan een reeks van klinische klachtenlijsten (b.v. SCL 90) in. Proefpersonen horen vervolgens dat zij een procedure zullen doorlopen waarmee inplausibele symptomen zijn op te sporen, waarna de instrumenten uit tabel 1 volgen.

⁷⁰ Zie bijvoorbeeld Gezondheidsraad (2007). *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronisch-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom*. De Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2007/12.

⁷¹ Daarmee wordt ook de tijdsinvestering bedoeld, die nodig is om de procedure in toto te doorlopen. Die investering is minder dan 1 uur.

⁷² Een voorbeeld van zo'n tentatief beslismodel (zie voor specificaties Bianchini et al., 2005; Slick et al., 1999) is dat de *diagnosticus* inplausibele symptomen vaststelt als en alleen als de patiënt op tenminste drie instrumenten afwijkend scoort, waarbij tenminste een instrument overrapportage en een instrument onderprestatie moet peilen.

⁷³ Onze capaciteitsgroep beschikt over een uitgebreid register van volwassenen uit de algehele populatie, die bereid zijn om als proefpersonen te fungeren.

⁶⁸ Een ander voordeel van het analoge simulatie-experiment is dat men er prima verschijnselen van buiten de laboratoriummuren mee kan nabootsen. Het fenomeen van coaching is in dit verband een mooi voorbeeld (Jelicic et al., 2007a,b; Merckelbach & Jelicic, 2007).

⁶⁹ Deze tabel toont de meest conservatieve specificiteits- en daarbij behorende sensitiviteitschattingen die in de ons bekende literatuur figureren.

Ten slotte worden proefpersonen onderworpen aan een uitvoerig exit interview, waarbij hen expliciet zal worden gevraagd in welke mate zij de optionele instructie om inplausibele symptomen te etaleren ook hebben opgevolgd. Op basis van deze methode kunnen **a posteriori** twee groepen worden onderscheiden: zij die de instructie zeggen te hebben gevolgd (experimentele groep) en zij die de instructie niet opvolgden (**honest responders**). Het vermogen van de prototypische procedure om een accuraat onderscheid te maken tussen de twee groepen zal worden bepaald. Indien en voorzover zij daarbij haar waarde bewijst, zal de derde stap worden gezet.

Tijdens het exit interview zullen proefpersonen ook worden geconfronteerd met uiteenlopende formuleringen waarmee een negatief oordeel over de plausibiliteit van hun symptomen kan worden aangeduid. De inzet daarbij is het soort formulering te vinden dat personen coöperatief houdt, dat wil zeggen hun bereidheid aanmoedigt om in principe de diagnostische procedure nogmaals te ondergaan en daarbij af te zien van het vertekenen van symptomen en beperkingen.

De **derde** fase bestaat eruit dat een heterogene groep patiënten (N = 240) van neurologische en psychiatrische poliklinieken de - al dan niet geamendeerde - procedure doorloopt. Patiënten zal bovendien worden verzocht de vragenlijst van Van Egmond (2005) in te vullen. Deze auteur ontwikkelde een eenvoudig zelfrapportage instrument om te peilen in hoeverre voor een patiënt secundaire voordelen zijn verbonden aan de gang naar een GGZ instelling. Deze lijst vraagt de patiënt op neutrale wijze of hij (zij) van de therapeut/arts hulp verwacht bij het veiligstellen van juridische, financiële en andere belangen. Door systematisch de prestaties van patiënten met en zonder secundaire belangen te vergelijken, volgt deze studie de rationale van wat in jargon het **differential prevalence** design (Rogers et al., 1993) heet. Men verwacht dat de hier bovengeschetste procedure significant vaker inplausibele symptomen vaststelt in de groep met secundaire belangen dan in de groep zonder secundaire belangen. Ook verwacht men voor die laatste groep dat slechts in zeldzame gevallen sprake is van inplausibele symptomen. Als deze verwachtingen niet worden ingelost, is de hier bovengeschetste procedure aan verder amendering toe. Indien zij wel haar waarde bewijst, zal de vierde stap worden gezet. Opnieuw zal in de derde fase van het project worden gekeken naar het meest geschikte formulering waarmee het oordeel over de plausibiliteit van symptomen valt te terug te koppelen aan de patiënten.

Bij de **vierde** fase gaat het om precies deze kwestie: hoe kunnen de uitkomsten van de diagnostische procedure het beste worden gedeeld met de cliënt. Doel van de SMBA is om een goede taxatie te kunnen maken van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Daartoe is de expert die de SMBA uitvoert in hoge mate afhankelijk van informatie die de cliënt daarover zelf aandraagt. De toepassing van de hier bovengeschetste procedure binnen de context van SMBA ziet dan ook niet op exclusie van cliënten met inplausibele symptomen. Eerder moet het doel zijn om - als de uitkomsten van de procedure daartoe aanleiding geven - in gesprek te gaan met cliënten over het belang dat zij hebben bij het verstrekken van voor de verzekeringsarts bruikbare informatie. Anders gezegd: een op basis van de diagnostische procedure bereikte conclusie dat de cliënt inplausibele symptomen etaleert, dient te leiden tot het opschorten van een definitief oordeel, het

aangaan van een gesprek met de cliënt en vervolgens hernieuwd onderzoek bij deze cliënt. In de vierde fase wordt daarom de eerder besproken procedure ingezet bij de SMBA van relevante doelgroepen (bijvoorbeeld chronische vermoeidheid, whiplash; zie ook stap 1). In deze fase wordt nagegaan of bij heronderzoek cliënten hun klachten en beperkingen bijstellen als in een voorafgaand gesprek aan hen is duidelijk gemaakt dat de indruk bestaat dat zij inplausibele klachten etaleren. De vorm waarin deze terugkoppeling plaatsvindt, zal zijn gebaseerd op de in fase 2 en 3 verzamelde gegevens. Die moeten in beginsel aanknopingspunten bieden over hoe de onderzochte persoon het beste op het participatieve been val te krijgen. Daarmee samenhangend zal worden geïnventariseerd wat de opinie over de procedure is van verzekeringsartsen die SMBA moeten uitvoeren.

Praktische betekenis

Het voorgestelde project zal op drie belangrijke manieren kunnen bijdragen aan de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Om te beginnen zal het een procedure voor het screenen op inplausibele symptomen opleveren. Met de in het project verzamelde gegevens laten zich de diagnostische merites van deze procedure (sensitiviteit, specificiteit, positive predictive power en **negative predictive** power) in maat en getal uitdrukken. Aldus kan in voorkomende gevallen het **niet-pluis** oordeel van verzekeringsartsen beter worden onderbouwd. Het belang daarvan strekt zich overigens uit tot buiten de context van SMBA. De procedure kan als een (voorlopige) Nederlandse standaard fungeren voor alle omstandigheden waarin het voor een professionele beslissing belangrijk is om te weten of de patiënt inplausibele symptomen en beperkingen etaleert (te denken valt aan de forensische context en aan juridische beslissingen in letselschadegevallen).

In de tweede plaats kan de procedure een bijdrage leveren aan verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zoals die door de Gezondheidsraad (2007) wordt aanbevolen. De Gezondheidsraad formuleerde voor het evalueren van verzekeringskundige casuïstiek een toetsingskader waarin vragen voorkomen als: "Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is?" En: "Staat de verzekeringsarts in deze casus voor dilemma's? Zo ja, heeft hij ze expliciet benoemd? Heeft hij zijn keuze(n) goed beargumenteerd?"⁷⁴ Een diagnostische procedure zoals hierboven beschreven helpt verzekeringsartsen bij het boekstaven van mediprudentie door beter gearticuleerde antwoorden op zulke vragen mogelijk te maken.

In de derde plaats kan de procedure goede diensten bewijzen bij behandelbeoordelingen en de wetenschappelijke bestudering daarvan. Behandeling lijkt ver verwijderd van de verzekeringsgeneeskundige praktijk, maar de Gezondheidsraad (2005) wees er terecht op dat er een vloeiende overgang bestaat tussen het verzekeringsgeneeskundige oordeel over het arbeidsvermogen en therapeutische behandeling.⁷⁵ Het is evident dat zonder een diagnostische procedure zoals die hierboven werd geschetst, behandelprotocollen voor bijvoorbeeld chronische vermoeidheid of whiplash een nontriviaal percentage van patiënten met inplausibele symptomen zullen includeren. Hun aanwezigheid zal de integriteit van de klinische ervaring aantasten en uitspraken over behandelresultaten onnauwkeurig maken (zie ook Rubenzer, 2005; Rosen, 2006).

⁷⁴ Gezondheidsraad (2007) *idem*, p. 32.

⁷⁵ Gezondheidsraad (2005) *idem*, p. 46: "Beoordeling, behandeling en begeleiding zijn met elkaar verworven."

Ten slotte

“Regelmatig”, zo schrijft de Gezondheidsraad (2005)⁷⁶, “doen zich situaties voor waarin het subjectieve oordeel van de werknemer op gespannen voet staat met het oordeel van de verzekeringsarts, zonder dat deze zich kan baseren op wetenschappelijke kennis omtrent de relatie tussen specifieke medische kenmerken enerzijds en arbeidsvermogen anderzijds. In die situatie zal de verzekeringsarts het moeten hebben van zijn professionele deskundigheid, die gevoed wordt door kennis en ervaring. Hij kan steun ondervinden van de instrumenten en modellen voor bewijsvoering, informatieverzameling en output-specificatie die in de loop der tijd ontwikkeld zijn.” De hier voorgestelde procedure kan worden gezien als een voorbeeld van de “instrumenten en modellen” die Gezondheidsraad voor ogen staan.

Literatuur

Berry, D.T.R., Baer, R.A., Rinaldo, J.C. & Wetter, M.W. (2006). Assessment of malingering. In J. Butcher (ed.). *Clinical personality assessment: Practical approaches; 2nd ed.* (pp. 212-245). New York: Oxford University Press.

Bianchini, K.J., Greve, K.W. & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *Spine Journal*, 5, 404-417.

Blaskewitz, N. & Merten, T. (2007). Diagnostik der Beschwerdenuvalidität: Diagnostik der Simulationsverdacht. Ein Update 2002-2005. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 75, 140-154.

Boone, K.B. (2007). A reconsideration of the Slick et al. (1999) criteria for malingered neurocognitive dysfunction. In K.B. Boone (ed.). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 29-49). New York: Guilford.

Chafetz, M.D. (2008). Malingering on the social security disability consultative exam: Predictors and base rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 529-546.

Conroy, M.A. & Kwartner, P.P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2, 29-51.

Cornell, D.G. & Hawk, G.L. (1989). Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 13, 375-383.

Farkas, M.R., Rosenfeld, B., Robbins, R. & van Gorp, W. (2006). Do tests of malingering concur? Concordance among malingering measures. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 659-671.

Frederick, R.I. (2002). A review of Rey's strategies for detecting malingered neuropsychological impairment. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 1-25.

Geraerts, E., Kozaric-Kovacic, D., Merckelbach, H., Peraica, T., Jelicic, M. & Candel, I. (2009). Detecting deception of war-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 278-285.

Giard, R.W.M. (2005). *Aansprakelijkheid van artsen*. Oegstgeest: Boom Juridische Uitgevers.

Green, P. (2004). *Manual for the Medical Symptom Validity Test for Windows*. Edmonton: Green's Publishing.

Green, P. (2007). Making comparisons between forced-choice effort tests. In K.L. Boone (ed.). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 50-77). New York: Guilford.

Greve, K.W. & Bianchini, K.J. (2004). Setting empirical cut-offs on psychometric indicators of negative response bias: A methodological commentary with recommendations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 533-541.

Inman, T.H. & Berry, D.T.R. (2002). Cross-validation of indicators of malingering: A comparison of nine neuropsychological tests, four tests of malingering, and behavioral observations. *Archives of Neuropsychology*, 17, 1-23.

Iverson, G.L. (1995). Qualitative aspects of malingered memory deficits. *Brain Injury*, 9, 35-40.

Iverson, G.L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13, 77-90.

Jelicic, M., Merckelbach, H., Candel, I. & Geraerts, E. (2007a). Detection of feigned cognitive dysfunction using special malingering tests: A simulation study in naive and coached malingerers. *International Journal of Neuroscience*, 117, 1185-1192.

Jelicic, M., Peters, M.J.V., Leckie, V. & Merckelbach, H. (2007b). Basic knowledge of psychopathology does not undermine the efficacy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) to detect feigned psychosis. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 107-110.

Lees-Haley, P.R., Fox, D.D. & Courtney, J.C. (2001). A comparison of complaints by mild brain injury claimants and other claimants describing subjective experiences immediately following their injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 689-695.

Merckelbach, H., Giesbrecht, T. & Brands, I. (2008a). Een Nederlandse beroemde gezichtentaak. In T. Giesbrecht, C. de Ruiter & M. Jelicic. (eds.). *Forensische psychodiagnostisch gereedschap: Malingering, psychopathie en andere persoonlijkheidstrekken* (pp. 143-150). Amsterdam: Harcourt.

Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2007). Simuleren en coachen. *Tijdschrift voor Geneeskundige Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken*, 11, 32-36.

Merckelbach, H., Smeets, T. & Jelicic, M. (2009). Experimental simulation: Type of malingering scenario makes a difference. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 378-386.

Merckelbach, H., Smeets, T. & Jelicic, M. (2008b). Ongeloofwaardige symptomen simuleren: de Wildman Symptom Checklist. *Neuropraxis*, 12, 53-57.

Merckelbach, H. & Smith, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 145-152.

Merten, T., Friedel, E. & Stevens, A. (2006). Eingeschränkte Kooperativität in de neurologisch-psychiatrischen Begutachtung. *Versicherungsmedizin*, 58, 19-21.

Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M. & Condit, D.C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094-1102.

Nelson, N.W., Sweet, J.J., Berry, D.T.R., Bryant, F.B., & Granacher, R.P. (2007). Response validity in forensic neuropsychology: Exploratory factor analytic evidence of distinct cognitive and psychological constructs. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 440-449.

Nitch, S.R. & Glassmire, D.M. (2007). Non-forced choice measures to detect noncredible cognitive performance. In K.L. Boone (ed.). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (pp. 78-102). New York: Guilford.

Richman, J., Green, P., Gervais, R., Flaro, L., Merten, T., Brockhaus, R. & Ranks, D. (2006). Objective tests of symptom exaggeration in independent medical examinations. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 48, 303-311.

Rogers, R., Harrell, E.H. & Liff, C.D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255-274.

⁷⁶ Gezondheidsraad (2005), *idem*, p. 35.

- Rogers, R. & Payne, J.W. (2006). Damages and rewards: Assessment of malingered disorders in compensation cases. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 645-658.
- Rosen, G.M. (2006). DSM's cautionary guideline torule out malingering can protect the PTSD data base. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 530-535.
- Rosen, G.M. & Philips, W.R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Rubenzler, S. (2005). Malingering psychiatric disorders and cognitive impairment in personal injury setting. *For the Defense*, April 4-6.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koene, T. & Hamburger, H.L. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Sharland, M.J. & Gfeller, J.D. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 213-223.
- Slick, D.J., Sherman, E.M.S. & Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Smith, G.P. & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- Tan, J.E., Slick, D.J., Strauss, E., Hultsch, D.F. (2002). How'd they do it? Malingering strategies on symptom validity tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 16, 495-505.
- Van Egmond, J. (2005). *Secondary gain in psychiatry*. Amsterdam: Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Van Hout, M.S.E., Schmand, B., Wekking, E.M. & Deelman, B.G. (2007). Cognitive functioning in patients with suspected chronic toxic encephalopathy: Evidence for neuropsychological disturbances after controlling for insufficient effort. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77, 296-303.
- Vrij, A. (1998). *De psychologie van de leugenaar*. Lisse: Swets

3.6 Participatie gerichte claimbeoordeling.

Integratie van theorie en praktijk
Simon Knepper, verzekeringsarts

Samenvatting

De huidige claimbeoordeling is een meestal éénmalige theoretische activiteit ver van de werkelijkheid in het arbeidsproces. Daardoor kan de claimbeoordeling maar een bescheiden bijdrage leveren aan het bevorderen van arbeidsparticipatie. Er is nauwelijks terugkoppeling met de ervaringen van cliënten met werkhervatting na de claimbeoordeling. Zodoende is er geen leercyclus die essentieel is voor de kwaliteit van de claimbeoordeling als professioneel proces. Verbetering van die situatie is mogelijk door intensievere, meer op arbeidsparticipatie gerichte beoordeling bij een selectie van de cliënten die voor een theoretische functieduiding in aanmerking komen. In die gevallen zal de verzekeringsarts bij zijn onderzoek vooral meer aandacht moeten besteden aan de arbeidsanamnese. Daarbij zou de verzekeringsgeneeskundige diagnose een meer-assige invulling kunnen krijgen, waarin naast de klinische diagnose ook de psychosociale context en een globale indicatie van participatiemogelijkheden worden vastgelegd. De verzekeringsarts zou op basis daarvan een indicatieve uitspraak over arbeidsmogelijkheden kunnen doen. Daarbij begeeft de verzekeringsarts zich waarschijnlijk op het terrein van de psycholoog. Maar die is momenteel teveel hulpverlener om een arbitrale rol als 'verzekeringspsycholoog' op zich te kunnen nemen. Mogelijk kan de psycholoog als consulent een bijdrage leveren aan de probleemanalyse die aan de claimbeoordeling vooraf gaat. De arbeidsdeskundige kan een belangrijke rol vervullen bij de selectie van geschikte casuïstiek en periodieke evaluatie van de vordering van werkhervatting of scholing. Vanwege het wettelijk kader moet de theoretische claimbeoordeling verder ongewijzigd blijven, maar kan een voorlopig karakter krijgen. Na een jaar zou de theoretische mate van arbeidsongeschiktheid definitief vastgesteld kunnen worden aan de hand van in de praktijk gebleken participatiemogelijkheden. Bij stagnatie van de werkhervatting kan al eerder heroverweging plaatsvinden. In essentie gaat het om een herkansing voor de uitvoering van de poortwachter-functie. Tenslotte worden de randvoorwaarden en risico's van de voorgestelde benadering besproken.

3.6.1 Deze notitie

Ten behoeve van het project sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) bij gelegenheid van de conferentie '*Wetenschap voor professionele beoordeling van arbeidsvermogen in 2012*' schreef ik een notitie (1). Daarin werd gesignaleerd dat de uitvoering gebaat zou bij een/de beoordeling van participatiemogelijkheden zo dicht mogelijk bij de re-integratiefunctie. Zonder contact met de realiteit waarin mensen hun vastgestelde arbeidsmogelijkheden moeten waarmaken houdt de claimbeoordeling een afstandelijk karakter met te weinig leermomenten. Uit deze signalering vloeide in het kader van hetzelfde project sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) een verzoek voort om *een iteratief proces van claimbeoordeling te beschrijven, dat leidt tot evaluatie aan de hand van in de praktijk gebleken participatiemogelijkheden en -problemen*.

In deze notitie ga ik eerst in op de frictie tussen theorie en praktijk bij de claimbeoordeling. Daarna wordt een model geschetst dat wisselwerking tussen de theoretische beoordeling en de praktijk van werkhervatting bewerkstelligt. Tenslotte worden enkele randvoorwaarden en risico's besproken.

3.6.2 Theorie versus praktijk

Alle bekende vormen van de beoordeling van menselijke schade (2) hebben – in welke vorm dan ook – een meer of minder theoretisch karakter. Waarschijnlijk is dat onvermijdelijk omdat op die manier het beroep op compensaties beperkt kan worden en zodoende de solidariteit en betaalbaarheid van regelingen in stand kunnen blijven. Theoretische criteria bieden daarbij het voordeel dat ze een zekere controleerbaarheid en toetsbaarheid mogelijk maken, wat de rechtsgelijkheid bevordert. Grofweg bestaan er twee verschillende soorten criteria. Enerzijds medische criteria die (meestal) losstaan van de manier waarop economische gevolgschade zich manifesteert, anderzijds criteria die (ook) relateren aan het arbeidsvermogen.

De eerstgenoemde criteria omvatten 'listings' en 'barema's'; men spreekt ook wel van schalen. De bekendste methodiek in Nederland is de AMA-guide (3). Bij het gebruik van dergelijke schalen vindt een beoordeling van gezondheidsschade plaats aan de hand van tabellen waarmee stoornissen in een percentage 'functionele invaliditeit' uitgedrukt worden. In veel landen wordt op die manier ook de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Dat kan ertoe leiden dat inkomensverlies onvoldoende gecompenseerd wordt, maar ook dat iemand die in het geheel geen economische schade ondervindt toch een compensatie ontvangt. Het bekende voorbeeld is het verlies van een pink, dat de pianist brodeloos maakt, maar waarmee de metselaar zijn werk gewoon kan blijven doen. Toch ontvangen beiden dezelfde compensatie. In Nederland worden schalen alleen toegepast bij toekenning van het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP) volgens de World Pension Committee-schaal en bij de bepaling van smartengeld in de vorm van een percentage 'Blijvende Invaliditeit', waarvoor meestal de AMA-guide wordt gebruikt. Daarnaast bestaan er aparte schalen voor de beoordeling bij orthopedische of neurologische aandoeningen (4), die de Nederlandse beroepsverenigingen hebben ontworpen.

Economische schade wordt in Nederland beoordeeld door de 'resterende verdien capaciteit' te bepalen en die te vergelijken met het verzekerde loon of inkomen. Deze methodiek wordt gevolgd bij de claimbeoordeling in de sociale verzekering, maar ook de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hanteren meestal dit principe. Ook bij de beoordeling van letselschade speelt deze methodiek een belangrijke rol. De inkomensschade is daar verreweg de belangrijkste component – aanmerkelijk meer dan het smartengeld. Voor de vaststelling van de resterende verdien capaciteit gelden van oudsher vooral arbeidskundige criteria. Bij de beoordeling van de geschiktheid voor eigen werk of beroep kunnen die de werkelijkheid nog redelijk benaderen, wanneer afgegaan kan worden op een concrete arbeidssituatie. Maar de vaststelling van schade aan de hand van geschiktheid voor 'passende' of 'gangbare' arbeid heeft een onvermijdelijk abstract karakter. Dat kan ertoe leiden dat de schadevergoeding zich verwijderd van de economische werkelijkheid. Lange tijd is dit in Nederland versluierd door 'werkloosheid te verdisconteren'. Dat kwam erop neer dat volledige arbeidsongeschiktheid werd aangenomen zolang de cliënt geen werk had gevonden.

Het maatschappelijke draagvlak voor zo'n praktische benadering verdween in de jaren '80. Dit omdat die uitermate gevoelig bleek voor sociaal economisch opportunisme. Daardoor werd het overschot aan arbeidskrachten – bijvoorbeeld in de Rotterdamse haven - afgewenteld op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Daarbij bleek de economische werkelijkheid zich vervolgens te voegen naar de beschikbaarheid van een laagdrempelige arbeidsongeschiktheidsregeling. Bijvoorbeeld als verkapte vorm van vervroegde uittrekking of arbeidstijdverkorting. Lange tijd was het in het onderwijs gebruikelijk zich eerst functie-ongeschikt te laten verklaren, om vervolgens hetzelfde werk parttime te hervatten met een gedeeltelijke uitkering wegens verminderde geschiktheid voor passende arbeid. En dat was dan nog een verdienste, want in andere gevallen kon een leerkracht ondanks evidente mogelijkheden volledig arbeidsongeschikt thuisblijven omdat er helemaal geen passende functies geïdentificeerd konden worden (5). Zelf maakte ik mee dat een groot industrieel bedrijf poogde zijn oudere werknemers in ploegendienst collectief gedeeltelijk arbeidsongeschikt te laten verklaren om ze in dagdienst of één dag per week minder te laten werken.

De theoretische benadering verwijderd zich van de werkelijkheid, terwijl de praktische benadering een bedreiging voor de regeling zelf vormt.

3.6.3 Huidige claimbeoordeling

Arbeidskundige beoordeling

De omvangrijke arbeidsongeschiktheid leidde vanaf 1987 tot geleidelijke aanscherping van de theoretische criteria. Dit proces verliep vooral door aanscherping van de arbeidskundige criteria. Inmiddels kent de sociale verzekering een groot aantal verschillende arbeidskundige criteria die naar leeftijd en jaartal van aanvang recht verschillen. Deze criteria kregen een steeds abstracter karakter, dat vooral werd ingegeven door politieke behoefte aan volumebeperking en steeds minder met daadwerkelijk arbeidsmogelijkheden had te maken. Vrijwel geen arbeidsongeschikte komt aan de slag in de functies die de arbeidsdeskundige heden ten dage volgens wettelijke bepalingen moet 'duiden'. Als gevolg daarvan heeft de arbeidskundige beoordeling in feite ook een soort 'baremaal' karakter (6) gekregen – het verschil met de beoordelingsmethodiek met schalen is voornamelijk dat de beoordeling in naam nog iets met arbeid heeft te maken. De arbeidskundige beoordeling is grotendeels geautomatiseerd met een in hoge mate voorspelbare uitkomst, los van de individuele situatie van de betrokken cliënt. Daardoor komen de vaardigheden van de arbeidsdeskundige op het terrein van arbeidsparticipatie nauwelijks meer aan bod.

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Vanaf 1993 heeft de overheid ook invloed op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling genomen. Maar de verzekeringsarts heeft meer ruimte gehouden om beperkingen vast te stellen, die in de praktijk aannemelijk zijn. Het verschil is dat verzekeringsartsen de gelegenheid kregen zelf richtlijnen op te stellen. Daarbij was het uitgangspunt dat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vertrekt bij de 'claimklachten' - dat zijn de in arbeid ervaren belemmeringen (7,8). Dat is een belangrijk uitgangspunt voor een beoordeling die relatie blijft houden met de werkelijkheid. De ontwikkeling van vakinhoudelijke criteria heeft de verzekeringsarts daarbij een vaak welkom houvast geboden in een tijd waarin de

perceptie van het individu tot hoogste maatstaf lijkt verklaard. Sommige richtlijnen zijn inmiddels niet meer uit de praktijk weg te denken. Maar toch heeft ook de verzekerings-geneeskundige beoordeling een sterk theoretisch karakter. De beoordeling heeft rigide trekken gekregen doordat een deel van de verzekeringsartsen richtlijnen nogal formeel toepast in een ambtelijk uitvoeringsklimaat. Bijvoorbeeld door per definitie nooit volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden of nooit een arbeidsduurbepanking toe te kennen. Menige verzekeringsarts brengt de claimklachten nog altijd niet of nauwelijks in kaart (9). Vaak verdiepen verzekeringsartsen zich niet in de arbeidsaspecten, zij beschouwen dat als een verantwoordelijkheid van de arbeidsdeskundige. De beoordeling vindt dan plaats vanuit een medisch reductionistisch kader en beperkt zich tot een theoretische vaststelling van beperkingen. Die heeft weinig meer te maken met de realiteit, zoals die zich aan de cliënt voordoet.

Volledige claimbeoordeling

De claimbeoordeling beslaat traditioneel een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidskundig domein (1). Het uiteindelijk resultaat vloeit voort uit 'matching' van door de verzekeringsarts vastgelegde participatieproblemen - beperkingen - met de door de arbeidsdeskundige vastgestelde arbeidsmogelijkheden. Omdat de beperkingen in de meeste situaties zijn gebaseerd op klachtvermijdend (pijn, moeheid) gedrag, hebben zij een in essentie globaal en voorwaardelijk karakter. Onder omstandigheden die daartoe nopen of uitdaging en motivatie bieden, kunnen zulke beperkingen immers afnemen of juist groter worden. Ook arbeidssituaties kunnen veranderbaar blijken, niet alleen door technische aanpassingen, maar vooral door motivatie, compensatie of sociale steun. Matching van beperkingen met mogelijkheden komt daarom neer op een vergelijking van statische grootheden die in de praktijk juist een dynamisch karakter kunnen hebben.

Doordat de claimbeoordeling bovendien een doorgaans eenmalig karakter heeft, vindt vrijwel geen correctie plaats aan de hand van de praktijk. De claimbeoordeling kent ook weinig andere evaluerende kwaliteitbevorderende momenten. Er is wel enige terugkoppeling in de vorm van bezwaar en beroep, maar die vindt plaats bij een selectie van cliënten die veelal juist niet participeren en ontevreden zijn over hun uitkering. Daar gaat daarom weinig lerend en kwaliteitsverhogend effect vanuit. Daarnaast bestaat enige terugkoppeling via de interne toets met het *protocol sociaal medisch handelen* (SMH-toets) (9) door lokale staven. Die heeft weliswaar betrekking op alle beoordelingen, maar is vooral gericht op de correcte toepassing van formele en vakinhoudelijke regels - en niet op participatie. Daarbij komt dat deze toets per vestiging zeer verschillend wordt uitgevoerd.

3.6.4 Mogelijke benaderingen

Is het mogelijk de claimbeoordeling zo te organiseren dat deze een groter realiteitsgehalte krijgt en kwalitatief kan profiteren van ervaringen met in de praktijk gebleken arbeidsmogelijkheden? Er zijn verschillende scenario's denkbaar.

Invoering praktische claimbeoordeling

Een praktische claimbeoordeling is gebaseerd op de loonwaarde van gerealiseerde werkhervatting. Momenteel vindt alleen een praktische claimbeoordeling plaats wanneer de loonwaarde van gerealiseerde arbeid die van de theoretische vaststelling daarvan overtreft.

Impliciet gaat de praktische claimbeoordeling ervan uit dat iedere cliënt wil werken en dat er een situatie van volledige werkgelegenheid bestaat. Iedereen die werkloos blijft zou daarom volledig arbeidsongeschikt geacht moeten worden. Dat staat op gespannen voet met wettelijke eisen. Een dergelijke regeling wordt bovendien kwetsbaar voor calculatie en sociaal-economisch opportunisme, zoals in de vorige eeuw is gebleken. Het zou een terugkeer betekenen naar de 'open zenuw van de WAO', de situatie van vóór de parlementaire enquête. Dat is politiek ondenkbaar.

Bovendien is het de vraag of een praktische claimbeoordeling wel leermomenten oplevert. Wanneer de claimbeoordeling slechts hoeft aan te sluiten bij in de praktijk gebleken mogelijkheden zal die beoordeling al snel het karakter krijgen van rituele sanctionering achteraf. Dat was bij veel claimbeoordelingen in de laatste decennia van de vorige eeuw het geval, die daardoor van buitengewoon slechte kwaliteit waren (10).

Handhaven theoretische claimbeoordeling

De theoretische claimbeoordeling berust op afspraken. Wie aan de afgesproken voorwaarden voldoet maakt aanspraak op compensatie. De afspraken hebben een statisch karakter; de daarin verwoorde theoretische arbeidsmogelijkheden hebben vaak weinig te maken met de feitelijke mogelijkheden.

Toch verzoeken re-integratie-instellingen vaak om de basisdocumenten van de theoretische claimbeoordeling ten behoeve van de arbeidsbemiddeling. Die behoefte is nooit onderzocht. Mogelijk gaat het er de arbeidsbemiddeling slechts om allerlei basisinformatie over opleiding, arbeidsverleden en beperkingen niet opnieuw te moeten verzamelen. Evenmin is onderzocht wat informatie over de claimbeoordeling bijdraagt aan het resultaat van de arbeidsbemiddeling. Niettemin lijkt het erop dat ook vanuit de arbeidsbemiddeling argumenten aangedragen kunnen worden de claimbeoordeling juist minder theoretisch en meer praktijkgericht vorm te geven.

Samenvoegen claimbeoordeling en bemiddeling

Nog een stap verder gaat het integreren van arbeidsbemiddeling en claimbeoordeling in één persoon. De combinatie van beide activiteiten is arbeidsintensief, waarbij de ene activiteit al gauw voorrang - of voorkeur - krijgt boven de andere. Arbeidsbemiddeling vereist inspelen op affiniteiten, motieven, gedragingen, voorkeuren en persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Dit vergt vooral een hulpverlenerrol. Bij de claimbeoordeling kan om redenen van rechtsgelijkheid maar beperkt rekening gehouden worden met persoonlijke en sociale omstandigheden. Dit vergt een beoordelende, rechterlijke rol. Beide rollen zijn niet zonder meer tegenstrijdig: adequate hulpverlening vereist ook een beoordeling. Toch ontstaat gemakkelijk een spanningsveld dat tot rolconflicten kan leiden. De beoordeling van arbeidsparticipatie laat meer ruimte voor persoonlijke voorkeuren of zorgtaken. Dat zal zelfs noodzakelijk zijn, om de werkhervatting tot een succes te maken. De verwachting van compensatie kan de motivatie van de cliënt voor participatie ondermijnen. Omgekeerd kan de cliënt - of diens werkgever - onvolledige of uitblijvende werkhervatting inzetten als drukmiddel om de noodzaak van een hogere compensatie te onderstrepen. In een gemengde rol kan de uitvoerder zich laten verleiden een falende arbeidsbemiddeling te compenseren met een ruimhartige claimbeoordeling. En een ruimhartige claimbeoordeling kan in een vooral op productie gericht proces de noodzaak wegnemen veel energie te steken in arbeidsintensieve bemiddeling. Daarom is het verstandig beide rollen gescheiden te houden.

Invoering participatiegerichte claimbeoordeling

Een laatste mogelijkheid is de theoretische claimbeoordeling zo aan te vullen dat deze ook voor de arbeidsbemiddeling bruikbaar is. Daarvoor bestaan aanknopingspunten omdat beide beoordelingen uiteindelijk toch – met enige nuances – eenzelfde soort onderzoek en afweging vereisen. Dat regelgeving vervolgens de uit claimbeoordeling voortvloeiende aanspraken op uitkering beperkt, is een andere kwestie. Het ligt daarom voor de hand de claimbeoordeling éénmalig te verrichten ter gelegenheid van zowel aanspraken op uitkering als arbeidsbemiddeling. Zo'n beoordeling stelt bijzondere eisen aan de afstemming tussen verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en arbeidsbemiddelaars. Niet iedereen wil werken, sommigen zijn van mening helemaal niet te kunnen werken en weer andere cliënten zijn al grotendeels of volledig aan het werk. In zulke situaties heeft een participatiegerichte claimbeoordeling geen toegevoegde waarde. Daarom zal er een selectie van gevallen moeten plaatsvinden. Om een evaluerend effect te bereiken zal een participatiegerichte claimbeoordeling bovendien een cyclisch karakter moeten hebben. De theoretische claimbeoordeling kan volledig gehandhaafd blijven, een participatiegerichte beoordeling voegt er alleen iets aan toe in daarvoor geselecteerde gevallen

3.6.5 Claimbeoordeling en participatiemogelijkheden

Taken arbeidsdeskundige

Gezien zijn kennis en deskundigheid is het primair aan de arbeidsdeskundige om een selectie te maken van casuïstiek die in aanmerking komt voor een intensieve, op arbeidsparticipatie gerichte beoordeling. In principe zou het daarbij kunnen gaan om iedere cliënt die aangeeft meer dan – bijvoorbeeld – 15 uur per week aan het werk te willen. Diegenen die niet (meer) willen werken, of vinden dat zij dat niet kunnen, dan wel alweer grotendeels of volledig aan het werk zijn, vallen in principe buiten de selectie.

De arbeidsdeskundige kan de selectie uitvoeren aan de hand van het dossier en een intakegesprek met cliënten over hun arbeidsparticipatie. Het is van belang dat de arbeidsdeskundige daarbij ook aangeeft welke materiële uitkomst van de theoretische claimbeoordeling een cliënt kan verwachten. Die zal immers voor een deel van de cliënten de motivatie voor werkhervatting mede bepalen. Omdat de uitkomst van de theoretische claimbeoordeling in hoge mate voorspelbaar is, kan een ervaren arbeidsdeskundige daar ook zonder functionele mogelijkhedenlijst en raadpleging van het CBBS een indicatieve uitspraak over doen. Vanuit de participatiedoelstelling verdient het aanbeveling bij twijfel geen grote verwachtingen te wekken.

Bij cliënten die al werkzaam zijn voert de arbeidsdeskundige een praktische schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid op dat moment uit.

Vervolgens draagt de arbeidsdeskundige de door hem op deze wijze geselecteerde casuïstiek met een kort verslag over voor het hieronder beschreven uitgebreide verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Nadat de verzekeringsarts over deze casuïstiek heeft gerapporteerd voert de arbeidsdeskundige vervolgens een tweede gesprek met de cliënt. Daarbij vult hij de door de verzekeringsarts gedane bevindingen over opleiding en arbeid aan; hij verifieert

deze informatie bij werkgevers en andere bronnen. Vervolgens voert de arbeidsdeskundige een voorlopige theoretische claimbeoordeling uit en stelt een participatieplan op.

Daarna draagt de arbeidsdeskundige de casuïstiek inclusief onderliggende documentatie over aan de re-integratie-instelling. Vervolgens neemt hij periodiek contact met de cliënt op over de vorderingen van werkhervatting of scholing. De re-integratie-instelling verplicht zich stagnerende hervatting direct bij de arbeidsdeskundige te melden. Wanneer stagnatie optreedt onderzoekt en beoordeelt de arbeidsdeskundige de oorzaken en spreekt de cliënt of arbeidsbemiddelaar daar zo nodig op aan. Wanneer sprake lijkt van een onjuiste inschatting van de beperkingen bij de theoretische claimbeoordeling vindt een verzekeringsgeneeskundige herbeoordeling van die beperkingen plaats.

In elk geval na één jaar neemt de arbeidsdeskundige contact op met de cliënt en doet ook navraag bij de re-integratie-instelling en de betrokken werkgever over diens functioneren in arbeid. De arbeidsdeskundige rapporteert daarover aan de verzekeringsarts.

Tenslotte volgt een definitieve verzekeringsgeneeskundig-arbeidskundige theoretische claimbeoordeling.

Taken verzekeringsarts

De verzekeringsarts zal bij een participatie gerichte claimbeoordeling expliciet rekening moeten houden met arbeidsmogelijkheden. De belangrijkste bron van informatie daarover is de voorgeschiedenis in arbeid. De verzekeringsarts besteedt daar nu nauwelijks aandacht aan, terwijl de arbeidsdeskundige zich ertoe bepaalt de opleiding en arbeidsverleden op te sommen, de loonwaarde van de verzekerde arbeid vast te stellen en vervolgens tot een schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid over te gaan. Op die manier wordt maar een heel beperkt inzicht in vaardigheden, affiniteiten, motieven en aanpassingsvermogen van de cliënt verkregen. In de inleiding tot de verzekeringsgeneeskundige protocollen heeft de Gezondheidsraad (11) al op het belang van de voorgeschiedenis voor de verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling gewezen. Vanuit de participatiedoelstelling valt te verdedigen daarbij vooral het accent te leggen op een diepgaander arbeidsanamnese, waarbij het werk goed in beeld komt zoals (in chronologische volgorde):

- het beroep van de ouders en hun eventuele voorbeeld functie
- motieven om voor een bepaalde opleiding te kiezen
- sterke en zwakke schoolprestaties, eventuele doublures en vertragingen
- motieven voor een bepaalde beroepskeus
- arbeidsverleden en de reden om van ba(a)n(en) te veranderen
- laatste werk, de specifieke taken, als plezierig en onplezierig ervaren aspecten
- eventueel eerder verzuim en de duur en reden daarvan en van werkhervatting
- directe aanleiding om zich de laatste keer arbeidsongeschikt te melden
- verloop daarna met name pogingen om het werk te hervatten (herstelgedrag)
- specifiek in arbeid ervaren belemmeringen (claimklachten)
- vervanging van de cliënt op de werkplek
- voornemens en verwachtingen ten aanzien van toekomstige werkhervatting

Het ligt voor de hand dat de verzekeringsarts dit doet omdat hij daardoor via een al vertrouwd instrument – de arbeidsanamnese – direct bij de arbeidsparticipatie betrokken wordt. Behalve de medische problematiek en de arbeidssituatie zal daarvoor ook de persoonlijke context goed in beeld moeten komen. Dat geldt met name de levensomstandigheden en het algemeen dagelijks functioneren.

Het doel van een dergelijke beoordeling is een werkhypothese te formuleren over de arbeidsmogelijkheden – en de daarbij behorende beperkingen.

Om ervoor te zorgen dat deze benadering wortelt zou de verzekeringsgeneeskundige diagnose een andere invulling kunnen krijgen. Nu hoeft de verzekeringsarts alleen de klinische (neven)diagnose(n) te vermelden, maar die heeft weinig betekenis voor de claimbeoordeling. Dat blijkt nog eens nu het niet is gelukt via diagnosespecifieke protocollen de beoordeling van beperkingen nadere invulling te geven (12). Daarom zal de **verzekeringsgeneeskundige diagnose** als werkhypothese bij een participatie gerichte beoordeling op meer pijlers moeten rusten, die het contextuele sociaal gezondheidskundige karakter van die beoordeling tot uitdrukking brengen. Ten behoeve daarvan zou een meerassige verzekeringsgeneeskundige diagnostiek ontworpen kunnen worden waarin die complexiteit tot uitdrukking komt:

- As I: klinische hoofd- en nevendiagnose
- aard en ernst van de aandoening
 - behandelresultaten en eventuele opties
 - medische prognose
- As II: vaardigheden, affiniteiten & aanpassingsvermogen
- sociale en communicatieve vaardigheden
 - handigheid en technische aanleg
 - nauwkeurigheid
 - flexibiliteit
 - vermogen met stress (=?) om te gaan
 - opvallende sterke en zwakke aspecten
 - uitgesproken persoonlijkheidstrekken
- As III: participatie bevorderende of belemmerende omstandigheden
- stimulerende of blokkerende thuissituatie
 - financiële aspecten
 - stimulerende of blokkerende persoonlijke factoren
- As IV: participatiemogelijkheden
- belangrijkste mogelijkheden en beperkingen van persoonlijk, sociaal en fysiek functioneren, mogelijk arbeidspatroon
 - prognose van functioneren

Dergelijke diagnostiek dwingt de verzekeringsarts bij elke beoordeling de context grondig mee te wegen. De informatie daarover zal vooral uit de arbeidsanamnese of biografie naar voren komen. Het is de bedoeling dat de verzekeringsarts daarbij probeert de cliënt ‘als persoon’ (persoonsprofiel) neer te zetten. Soms zal de verzekeringsarts hulponderzoek moeten doen.

De verzekeringsarts beargumenteert en nuanceert de arbeidsmogelijkheden – en beperkingen – nader na weging van plausibiliteit, consistentie en herstelgedrag conform vakinhoudelijke eisen. Dit gebeurt volgens de systematiek van de functionele mogelijkhedenlijst die een belangrijke functie vervult als checklist en met de arbeidsdeskundige en bemiddelaar gedeeld begrippenkader (13). Het invullen van de lijst zelf is een formeel sluitstuk dat voorlopig nog wel moet gebeuren ten behoeve van de claimbeoordeling.

Deze verzekeringsgeneeskundige beoordeling heeft een voorlopig karakter, waarbij de verzekeringsarts ook indicatieve uitspraken doet over participatiemogelijkheden, inclusief in eigen werk. Definitieve vaststellingen daarover laat de verzekeringsarts aan de arbeidsdeskundige over. Wanneer deze bij het volgen van de vorderingen van werkhervatting of scholing stuit op stagnaties die mogelijk samenhangen met een onjuiste inschatting van de participatiemogelijkheden zal de verzekeringsarts de cliënt opnieuw moeten oproepen om die te bespreken.

Een dergelijke beoordeling is aanmerkelijk intensiever dan de huidige. De exploratie van met name de arbeidsanamnese eist meer tijd. Het voorlopige karakter van de beoordeling impliceert eventuele herbeoordelingen met evaluatie en eventuele bijstelling van de oorspronkelijke beoordeling.

Ten slotte volgt na verloop van tijd – te denken valt aan een jaar – een definitieve uitspraak over de theoretische claimbeoordeling bij wijze van professionele herbeoordeling. Aanbevolen wordt dat de verzekeringsarts bij die gelegenheid in elk geval een beoordelingsgesprek met de cliënt voert waarbij de belangrijkste participatieproblemen – beperkingen – nog eens worden doorgenomen. Eventuele bijstelling kan overigens leiden tot zowel méér als minder beperkingen.

Overige aspecten

De voorgestane aanpak vereist een nauwe **samenwerking** tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Ondanks individualisering met veel wisselingen van werkplek en parttime dienstverbanden hoeft dat in dit tijdperk van digitalisering geen probleem te zijn. Van belang is dat duidelijk is wie voor welke stap op welk moment verantwoordelijk is.

Mogelijk is het verstandig de bovengenoemde stappen op hoofdlijnen vast te leggen in een **werkmodel gevalsbehandeling** zoals de GMD begin tachtiger jaren heeft gedaan (14). Maar een gedetailleerde regeltechnische uitwerking moet vermeden worden, omdat die gemakkelijk bureaucratiseert wanneer het accent komt te liggen op in formulieren vast te leggen procedures.

De **selectie** van casuïstiek is van groot belang. Buiten de selectie kunnen blijven:

- cliënten die duurzaam **hervat** hebben en praktisch <35% arbeidsongeschikt zijn. Het valt te overwegen deze cliënten helemaal niet aan een verzekeringsarts voor te stellen. De arbeidsdeskundige zou deze beoordeling kunnen uitvoeren aan de hand van de gerealiseerde loonwaarde. Wanneer een theoretische beoordeling om juridische redenen toch noodzakelijk zou blijken, zou die op papier verricht kunnen worden.
- cliënten die duurzaam **hervat** hebben en praktisch >35% arbeidsongeschikt zijn. Deze cliënten komen in aanmerking voor de klassieke (eenmalige) theoretische claimbeoordeling om hun mate van arbeidsongeschiktheid volgens wettelijke criteria nader te bepalen.
- cliënten die naar verzekeringsgeneeskundige maatstaven **duurzaam** volledig arbeidsongeschikt zijn, maar alleen voorzover zij geen behoefte (meer) hebben aan het arbeidsproces deel te nemen. De definitie van GDBM berust immers op een afspraak, die van de praktijk kan verschillen. In dit kader kan beter gesproken worden van cliënten met GDPm – geen duurzame participatiemogelijkheden.
- cliënten die zich **niet of sterk beperkt beschikbaar** stellen voor arbeidsparticipatie, bijvoorbeeld minder dan 15 uur/week. Het valt te verdedigen bij deze groep een intensieve beoordeling achterwege te laten uit kosten/baten overwegingen.
- cliënten die bij voorbaat aangeven in **bezwaar of beroep** te zullen gaan wanneer zij niet voor uitkering in aanmerking komen. Maar eveneens slechts voorzover zij zich tevens niet beschikbaar stellen voor arbeidsparticipatie.

Cliënten die aanvankelijk niet in aanmerking kwamen voor een op arbeidsparticipatie gerichte beoordeling maar tijdens de theoretische claimbeoordeling aangeven, toch weer meer dan 15 uur per week aan het werk te willen gaan, zouden alsnog in de selectie opgenomen kunnen worden.

3.6.6 Randvoorwaarden en risico's

Poortwachterfunctie

De voorgestelde werkwijze is in feite een doublure van de **poortwachterfunctie**. Het is niet onaannemelijk dat een selectie van insufficiënte poortwachterbeoordelingen aanleiding geeft tot een claim op de sociale verzekering. In die gevallen is de voorgestelde werkwijze op te vatten als een herkansing, met name voor de cliënt.

Kwaliteitscontrole

Om te voorkomen dat praktisch opportunisme de claimbeoordeling gaat beheersen is een gedegen **kwaliteitscontrole** aan de hand van de SMH-criteria absoluut noodzakelijk. Die kan het beste plaatsvinden in de sfeer van accountancy door vakgenoten op enige afstand van de uitvoeringspraktijk.

Meerkosten

Een participatie gerichte beoordeling is intensiever met meerdere stappen voor beide disciplines. Een dergelijke beoordeling eist meer tijd en dus geld. De **meerkosten** kunnen beperkt worden door kritische selectie van casuïstiek. Bovendien door een zakelijker en

efficiënter uitvoering van de vangnet-Ziektewet, die onder regie van UWV momenteel bijna de helft van alle WIA-casuïstiek aanlevert. Deze claimbeoordelingen laten veel te wensen over, ze blijven vaak oppervlakkig en vermijdend, de arbeidsmogelijkheden worden regelmatig niet beoordeeld en de knelpunten doorgeschoven naar 'UDmax' – de WIA-beoordeling (9). Dat leidt tot een buitensporige instroom. Vermoedelijk heeft een groot deel van de betrokken populatie – werklozen en uitzendkrachten - kenmerken van gemedicaliseerde overwegend sociaal-maatschappelijke problematiek. Die kan en behoort niet in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving opgelost te worden. Een groot deel van deze cliënten moet direct of al na korte tijd verzuim geschikt geacht worden voor eigen werk.

Werkloosheid

Wanneer de kredietcrisis tot grote **werkloosheid** leidt wordt de participatiedoelstelling in belangrijke mate uitgehold. De druk op de arbeidsongeschiktheidsregelingen om werkloosheid als arbeidsongeschiktheid te absorberen zal toenemen, dus juist als toevluchtshaven voor niet participeren te fungeren. Een participatiegerichte beoordeling zal aan betekenis inboeten.

Participatieplicht

Wanneer daarentegen de vergrijzing toch leidt tot een **overspannen arbeidsmarkt** kan een **participatieplicht** verwacht worden, zoals al ingevoerd wordt in de Wajong. In dat geval zal het nog nauwelijks nodig zijn selecties uit te voeren, omdat (vrijwel) iedereen verondersteld wordt aan het arbeidsproces deel te nemen. Bij een minder vrijblijvende arbeidsparticipatie zullen persoonlijke omstandigheden aan gewicht verliezen als argument om niet of maar gedeeltelijk te hervatten. Daardoor komen de beoordeling van de claim en die van participatiemogelijkheden vermoedelijk dichter bij elkaar te liggen, wat een participatiegerichte beoordeling gemakkelijker zal maken.

Arbeidsduurbeperving

De **verzekeringsgeneeskundige arbeidsduurbeperving** wordt momenteel vaak wat rigide en slecht beargumenteerd toegepast. De actualisering van deze standaard is al jaren gaande zonder enig teken van vordering. Te verwachten is dat bij een participatie gerichte beoordeling meer nadruk op de arbeidsduurbeperving zal komen te liggen. Bijvoorbeeld wanneer cliënten hun beperkingen kunnen hanteren door het eigen werk parttime te doen, zonder de vaak veel grotere – en riskantere - stap naar ander meer passend werk voor hele dagen te hoeven zetten. Wanneer zij volgens de theoretische claimbeoordeling minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn voor 'gangbare arbeid' gedurende hele dagen zal druk ontstaan een arbeidsduurbeperving toe te kennen. Wat moet in dat geval prevaleren: participatie of claim?

Medewerking cliënten

De theoretische claimbeoordeling is een grof instrument dat bij veel cliënten leidt tot de voorspelbare uitkomst, dat er geen **recht op uitkering** bestaat. Ook wanneer evaluatie van de werkhervatting noopt tot bijstelling van de beoordeling zal dat daarom vaak niet tot een andere conclusie over de uitkering leiden. Dat legt een hypotheek op de **medewerking** van cliënten. Datzelfde kan gebeuren wanneer cliënten een aanvankelijk verkregen recht op uitkering verliezen, omdat hun arbeidsmogelijkheden in de praktijk groter blijken dan bij de theoretische claimbeoordeling is vastgesteld.

Weerstand uitvoerders

Een deel van de verzekeringsartsen beschouwt arbeid als een exclusief aandachtsgebied van de arbeidsdeskundige. Zij zullen ook naar voren brengen dat de hier bepleite werkwijze 'niet medisch' is. De ontwikkelingen van de laatste jaren hebben hen de wind in de rug gegeven omdat daarbij veel accent is gelegd op het belang van medische diagnostiek. De reactie moet zijn dat dit belang voor de beoordeling van participatieproblemen – beperkingen - niet duidelijk is geworden. De Gezondheidsraad wijst op het belang van de inventarisatie van contextuele 'niet medische' factoren. Het wordt tijd dat de verzekeringsarts zijn identiteit als sociaal gezondheidskundige oppakt. Daarnaast speelt een element van opportunisme. Door zich te bepalen tot een theoretische beoordeling van beperkingen hoeft de verzekeringsarts geen uitspraken te doen ('u hoort het wel van de arbeidsdeskundige') over potentieel confronterende onderwerpen als geschiktheid voor eigen of ander werk en daaraan gerelateerde aanspraken op uitkering. Behalve **weerstand** tegen verandering is dus weerstand te verwachten omdat de verzekeringsarts in feite wordt uitgenodigd zich minder vrijblijvend op te stellen. Ook de arbeidsdeskundige zal zich minder vrijblijvend achter de CBBS-systematiek kunnen verschuilen ('de computer geeft aan') maar meer tot een daadwerkelijk eigen oordeel moeten komen. Het ziet ernaar uit dat een deel van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen daarmee waarschijnlijk overvraagd wordt. Maar anderen zullen de voorgestelde werkwijze als een verdieping van hun vak en deskundigheid verwelkomen.

Medicaliseren

De arbeidsdeskundige krijgt een spilfunctie, waarin hij **medicaliseren** moet weten te vermijden. Het is verleidelijk stagnatie van werkhervatting of scholing toe te schrijven aan ziekte of klachten, dat geldt zowel de cliënt zelf als de betrokken functionarissen. Maar wanneer de hervatting stagneert kan dat aan vele factoren toegeschreven worden. De taken kunnen niet geschikt zijn, de thuissituatie verstorend, de cliënt ongemotiveerd en erop uit te bewijzen dat hij niet kan werken, de begeleiding kan tekort schieten. Al te gemakkelijk kunnen dergelijke in potentie lastige constatering als 'medisch' probleem verhuld bij de verzekeringsarts gedeponereerd worden. Daarom vereist de rol van de arbeidsdeskundige een kritische en analytische opstelling met een goed gevoel voor wat er werkelijk aan de hand is.

Onbevoegde uitoefening van de psychologie

Arbeids(on)geschiktheid gaat over de mogelijkheden om te functioneren in een gegeven context. In essentie betreft de bijbehorende claimbeoordeling ziektegedrag. Dat is – in elk geval in belangrijke mate - bij uitstek het terrein van de psycholoog. Historisch ligt de nadruk echter meer op ziekte - die immers het recht op vrijstelling van verplichtingen impliceert – dan op gedrag. Zodoende bestaat er wel een verzekeringsarts, maar geen verzekeringspsycholoog. Daarbij komt dat psychologie niet vreemd is aan de medische praktijk – en zeker niet die van de verzekeringsarts, waarin deze tijdens diens specialisatie nader wordt onderricht. Aan hun kant stellen klinisch psychologen de laatste jaren regelmatig psychische stoornissen – ziekte – vast conform de DSM-systematiek. De domeinen van (verzekerings)artsen en psychologen overlappen elkaar derhalve in zekere mate. Dat neemt niet weg dat verzekeringsartsen bij het verdiepen van de probleemanalyse op

de grenzen van hun psychologische bekwaamheid – en dus bevoegdheid – kunnen stuiten. Helaas is de klinische psychologie niet in staat de beoordeling in dat geval over te nemen. De beroepscode is eenzijdig client-centered (15) - en dat verhindert de bredere benadering van de cliënt als verantwoordelijke burger, die de arbitrale rol als claimbeoordelaar vereist. De klinische psychologie is te zeer gericht op maximalisatie van het eigenbelang van 'de klant'. Daarom valt te overwegen de psycholoog op indicatie als consultant in te schakelen ten behoeve van alleen de probleemanalyse, maar het trekken van conclusies aan de verzekeringsarts over te laten. Mogelijk zou van daaruit het ontwikkelen van een specialisatie verzekeringspsychologie gestalte kunnen krijgen.

3.6.7 Vervolg

Ten behoeve van verder onderzoek en ontwikkeling valt onder meer te denken aan:

- dit voorstel bediscussiëren met publieke (en ook private) uitvoerders, cliëntenorganisaties en vertegenwoordigers namens de wetgever, bijvoorbeeld in de vorm van een conferentie.
- dit voorstel verder uitwerken en een eventuele proefopzet begeleiden en evalueren
- het ontwikkelen van een diagnostisch assensysteem voor de verzekeringsgeneeskunde
- ontwikkelen van indicaties en bijbehorende vraagstellingen voor hulponderzoeken, met name door klinisch psychologen
- het onderzoeken van de behoefte aan informatie over de claimbeoordeling van de arbeidsbemiddeling
- het trekken van parallellen met andere regelingen (Wajong)
- het actualiseren van de standaard arbeidsduurbepaling
- het meer op participatie gericht actualiseren en valideren van de basisbegrippen die voor de claimbeoordeling worden gebruikt, zoals momenteel vastgelegd in de functionele mogelijkhedenlijst.
- het ontwikkelen van een voorstel voor een opleiding verzekeringspsychologie.

Literatuur

1. **Knepper, S; Beoordelingen van participatieproblemen als uiting van ziekte, gebrek of ongeval.** Bijdrage bundel symposium 'Wetenschap voor professionele beoordeling van Arbeidsvermogen 2012' Utrecht 10 juni 2008.
2. **Steenberge, J.v; Lahaye, D. en Viaene J.; Schade aan de mens.** Katholieke Universiteit Leuven 1975-1976.
3. **American Medical Association Guides tot the Evaluation of Permanent Impairment.** 6th edition, medical editor Robert D.Rondinelli San Diego 2008.
4. **TNO Arbeid Schalen van invaliditeit AD 2003: arbitrair en discretionair** red.W.E.L.de Boer en J.Minderhoud, TNO Hoofddorp 2003.
5. **Broersen, Th, Klosse, S, Knepper, S en Vrooland, V; Arbeidsongeschiktheid onder ambtenaren** Ministerie Binnenlandse Zaken directie personeelmanagement, Den Haag september 1991.
6. **Knepper, S; Strenger keuren: aan het sterfbed van de WAO?** Ned.Tijdschr.Gen. 1993 137 2291-5
7. **Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming. Standaard 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium'** Tica Amsterdam september 1996.
8. **Landelijk instituut sociale verzekeringen. Standaard 'onderzoeksmethoden'** Lisv Amsterdam januari 2001.
9. **Uitvoeringsinstelling Werknemers Verzekeringen Rapportages dossieronderzoek Sociaal Medisch Handelen 2004 -2008** UWV Divisie AG PC&K/SMH 2004 - 2008.
10. **Knepper, S; Chronische pijn en de verzekeringsarts - verzekeringsgeneeskundige claim-beoordeling; sociale en politieke aspecten.** In: Pijninfo (voorjaar 2009 Bohn van Loghum)
11. **Gezondheidsraad Verzekeringsgeneeskundige protocollen algemene inleiding** Gezondheidsraad, Den Haag 2005/15.
12. **Knepper, S; Verzekeringsgeneeskundige protocollen** Voordracht congres NVVG/WWV, Ned.Ver.v.Verzekeringsgeneeskd. Eindhoven 11.4.'08.
13. **Knepper, S; Beperkingen bij letselschade.** Voldoet de FML als instrument? Letsel & Schade 2008: 1 13-16.
14. **Gemeenschappelijke Medische Dienst. Werkmodel gevalsbehandeling** GMD, A'dam 1980
15. **Hofstee, W.K.B;** (persoonlijke mededeling).

Simon Knepper, 6 april 2009

3.7 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen vanuit een participatiegerichte benadering: uitdagingen binnen deze paradigmashift

UMCG Groningen, Sociale geneeskunde, Arbeid en Gezondheid

Sandra Brouwer, Ute Bültmann, Jan M.H. Schellekens, Johan W. Groothoff, Jac J.L. van der Klink.

Inleiding: Van compensatie naar participatie

In de sociale zekerheid is een verschuiving gaande van een compensatiemodel naar een participatiemodel. Dit betekent dat de verzorgingsstaat, waarin het uitgangspunt is om mensen die niet in staat zijn aan arbeid deel te nemen financieel te compenseren, wordt verlaten en dat wordt overgegaan naar een maatschappij waarin iedereen naar vermogen meedoet, bij voorkeur door het verrichten van betaalde arbeid. Uiteindelijk doel is een stelsel van werk, scholing en inkomen dat werknemers ondersteunt bij het op peil houden en ontwikkelen van hun competenties. [1]

Waar het in het compensatiemodel er om gaat om - gechargeerd - iemands beperkingen zo goed mogelijk in kaart te brengen omdat deze de grondslag vormen voor de compensatie, is het in het participatiemodel van belang iemands mogelijkheden in kaart te brengen, omdat die de basis moeten vormen voor - blijven of hernieuwd - participeren in werk. De beoordelingspraktijk verlegt zich daarmee naar het beoordelen van mogelijkheden.

Deze overgang van een compensatiemodel naar een participatiemodel heeft grote theoretische en praktische implicaties voor de sociaal-medische beoordeling.

Op theoretisch niveau impliceert de paradigmashift van compensatie naar participatie verschuivingen van het medisch model naar een multifactorieel model en van een statisch naar een dynamisch model. Hiermee hangt samen een meer contextuele benadering.

In het compensatiemodel is het medisch model uitgangspunt. Om voor compensatie in aanmerking te komen is een eenduidige, medische oorzaak van de klachten noodzakelijk. Het lineaire medische model sloot hier - modelmatig - goed op aan. Zowel in de beoordelingspraktijk als in onderzoek blijkt echter vaak dat andere dan ziektegebonden factoren een belangrijke rol spelen bij verzuim.[2] Bovendien blijken in de verschillende fasen van verzuim andere voorspellers voor re-integratie een rol te spelen. [3,4]

Er is dus behoefte aan enerzijds een brede multifactoriële benadering en anderzijds aan dynamische modellen die kunnen verhelderen welke factoren op welk moment van belang zijn en daarmee wellicht aangrijpingspunt kunnen zijn voor interventies. Het gaat dan vooral om het langdurig verzuim, de periode na circa 12 weken van afwezigheid. In de praktijk blijken in deze perioden van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid allerlei (adaptatie en motivationele) processen een rol te spelen. Bij de werknemer ontstaat een nieuw evenwicht waarin het werk minder belangrijk wordt en op den duur geen plaats meer heeft. Omgekeerd ontstaan in de werksituatie ook nieuwe evenwichten waar voor de betrokken werknemer geen plaats meer is. In de prognostiek neemt het belang van de medische diagnose / het ziektebeeld af en groeit het belang van gedrags-, persoons- en

contextkenmerken. De oriëntatie op het eigen werk is in de aanvang sterk, maar neemt met de tijd af, waarbij de cognitieve transitie om te gaan openstaan voor ander werk gepaard kan gaan met (grote) aanpassingsproblemen.

Bij een participatiegerichte beoordeling ontstaat daarmee de behoefte om te verhelderen welke factoren op welk moment van belang zijn zowel voor de beoordeling als voor het indiceren van interventies. De cruciale vraag daarbij is: welke informatie hebben professionals nodig om een realistische inschatting te maken van de participatiemogelijkheden van de cliënt? In de volgende paragrafen trachten we een antwoord te geven op deze vraag aan de hand van de twee hierboven genoemde verschuivingen: van medisch- naar multifactorieel model (paragraaf 3.7.1) en van statisch naar dynamisch (paragraaf 3.7.2). In paragraaf 3.7.3 worden de overeenkomsten en verschillen van de in het hoofdstuk aan bod gekomen modellen beschreven en tenslotte volgen in paragraaf 3.7.4 de conclusie en toekomstige uitdagingen.

3.7.1 Van Medisch naar Multifactorieel

In de huidige beoordelingspraktijk is vaak – ook in wetenschappelijk opzicht – weinig oog voor adaptatie en motivationele processen en voor wat deze betekenen voor de (prognostiek van) arbeidsmogelijkheden en voor de inzet van effectieve interventies op bepaalde momenten in het proces. Het ziektebeeld staat centraal. Zo wordt binnen de meeste verzekeringsgeneeskundige protocollen, een diagnose of diagnosecategorie als uitgangspunt genomen. [5] Bij een op compensatie gerichte claimbeoordeling is dit adequaat, omdat de claim onderbouwd moet kunnen worden vanuit een bestaande medische aandoening. Het lineaire medische model sluit hier goed op aan. Dit geldt overigens met name bij een formele verzekeringsgeneeskundige uitspraak. In de beginperiode van het verzuim is er nog veel beslissingsvrijheid.

Met de invoering van de WIA is de focus van beoordelen steeds meer komen te liggen op het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden in plaats van de beperkingen. Deze recente herziening past bij de overgang van een compensatie- naar een participatiemodel en een verschuiving van 'ziekteverzuim' en 'arbeidsongeschiktheid' naar 'participatie' en 'werkhervatting'.

Deze omslag naar het participatiemodel is echter in de praktijk nog niet doorgevoerd. De beoordelingspraktijk is nog compensatiegericht, met weinig oog voor de adaptatieprocessen, die mensen die thuis zijn of aan het werk proberen te blijven met een gezondheidsprobleem doormaken, en de betekenis daarvan voor zowel hun (re-) integratiekansen als van de duurzaamheid van hun participatie.

De doelgroep van de participatiegerichte beoordeling is dan ook beduidend groter dan alleen aanvragers van een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid na 1 jaar en 9 maanden. Het gaat om een beoordeling die vooral eerder in het proces een rol speelt en die meer preventief gericht is. Inzicht verschaffen in de adaptieve en motivationele processen die een rol spelen bij mensen die op grond van gezondheidkundige problemen thuis zitten dan wel aan het werk proberen te blijven, en wat deze processen betekenen voor verkrijgen dan wel behouden van duurzame arbeidsparticipatie is dan ook van groot belang.

Bij een meer participatiegerichte beoordeling is niet zozeer de beoordeling van het ziekteproces belangrijk, als wel de beoordeling van de mogelijkheden van de zieke werknemer en van diens (eventuele) werkomgeving om weer aan het werk te gaan.[6,7] Hierbij betreft het niet alleen een inschatting van de kwalificaties en competenties van een persoon, maar ook van diens ontwikkelingsmogelijkheden en/of mogelijkheden om de arbeidscapaciteit te verbeteren. In termen van de ICF dient hierbij niet alleen rekening te worden gehouden met de kwalificaties van de taakuitvoerder zelf (persoonlijke factoren), maar ook met factoren binnen diens sociale omgeving en in de arbeidssituatie (externe factoren). Bij persoonlijke factoren kan gedacht worden aan persoonskenmerken, motivatie, self-efficacy etc.[2,8,9] maar ook aan werkgerelateerde competenties, zoals gevolgde opleidingen en vaardigheden. Bij externe, contextuele factoren speelt bijvoorbeeld de regelruimte/controle die iemand heeft en de sociale steun die iemand krijgt een rol, met daaraan gekoppeld de persoonlijke dimensie in hoeverre iemand in staat is sociale steun te mobiliseren, te ervaren en aan te wenden, maar ook de gezondheidszorg. Tevens blijkt de interactie tussen die aspecten van belang omdat het vaak niet alleen om de feitelijke controle blijkt te gaan, maar om de mogelijkheden die iemand percipieert en benut.

Er zijn verschillende systeemmodellen ontwikkeld waarin wordt getracht bovengenoemde factoren een plaats te geven. Loisel onderscheidt in zijn model 'Work Disability Prevention' vier systemen rondom de zieke/(verzuimende) werknemer: het werksysteem, het persoonlijke/(coping) systeem, de gezondheidszorg en het sociale zekerheidsstelsel.[10] Maasen en Van der Klink onderscheiden drie systemen: het werksysteem, het privé-systeem en het zorgsysteem.[11] In het Wanberg-model worden zeven 'key concepts' of componenten beschreven die van invloed zijn op succesvolle werkhervatting: het menselijk kapitaal, sociaal kapitaal, obstakels, arbeidsmarkt, economische noodzaak, zoekgedrag en discriminatie. Dit model wordt veelvuldig gebruikt in onderzoek naar voorspellers voor werkhervatting bij werklozen.[12,13]

3.7.2 Van statisch naar dynamisch

Een participatiegerichte beoordeling kan in verschillende stadia plaatsvinden, vanaf de eerste ziektedag, of zelfs daarvoor, tot herkeuringen in WIA-verband. Naar gelang het stadium/fase kan de doelstelling variëren en daarmee de rolverhouding tussen beoordelaar en beoordeelde, waarbij bovendien persoonlijke en contextuele determinanten per fase een verschillende rol kunnen spelen. Dit impliceert dat de beoordeling dynamisch van aard dient te zijn, waarbij, afhankelijk van het stadium in het proces, naar andere determinanten moet worden gekeken: welke factoren zijn in welk stadium van belang bij de beoordeling van arbeidsvermogen en/of toegankelijk voor interventies. Werkhervatting is namelijk een proces dat op verschillende momenten in de tijd vanaf het moment van ziekmelding wordt beïnvloed door verschillende factoren. Op het gebied van fase-onderzoek werd voorheen met name onderzoek gedaan naar de invloed van factoren op werkhervatting in een bepaalde fase van verzuim: acuut, subacuut, chronisch. Zo vonden Hogg-Johnson & Cole in 2003 [6] in een Canadees onderzoek naar prognostische factoren voor de duur van de tegemoetkoming wegens arbeidsongeschiktheid dat er in de eerste 12 weken na het ongeval een duidelijke relatie bleek te bestaan tussen verzuimduur en verandering van klacht. Het beschikbaar zijn van aangepast werk of passend werk in deze periode is,

onafhankelijk van de pijn, ook een duidelijke voorspeller voor de verzuimduur. Na 12 weken bleek deze relatie verdwenen. Tot 8 weken verzuim was de mate van lichamelijke beperkingen een goede voorspeller voor de verzuimduur maar na 8 weken was dit een zwakke voorspeller. De eigen verwachtingen omtrent herstel bleek de enige significante voorspeller voor de verzuimduur. [6] Krause e.a. [3] vonden een vergelijkbaar resultaat, waarbij een significant effect bleek te bestaan tussen de ernst van de aandoening met de duur van het verzuim tot de eerste 30 dagen na ziekmelding, daarna was dit verband veel minder sterk aanwezig. Daarnaast beschreven zij in hun artikel over psychosociale factoren en werkhervatting bij lage rugpijnpatiënten dat werkgerelateerde factoren sterk geassocieerd waren met de duur van arbeidsongeschiktheid, maar dat de impact van deze risicofactoren significant verschilde gedurende het beloop van het verzuim. Hoge fysieke en psychologische arbeidsbelasting en lage mate van sociale steun door de leidinggevende resulteerde in minder werkhervatters (verschil van 20%) gedurende alle fasen van verzuim (acuut, subacuut en chronisch). Hoge arbeidsbelasting en veel regelruimte resulteerde in 30% meer werkhervatting, maar alleen na 30 dagen verzuim (subacute/chronische fase). In het Phase Model of Disability van worden deze drie fasen (acuut, subacuut en chronisch) beschreven. Binnen dit model bepaalt de verzuimduur de fase waarin iemand zich bevindt.[14]

Inmiddels wordt ook werkhervatting steeds meer benaderd als een gedragsverandering bestaande uit een gefaseerd meerstappenproces en daardoor dynamisch van aard. De invloed van gedragsfactoren fluctueert gedurende het herstelproces. Voorbeelden van modellen die deze fasering hanteren zijn: het verwerkings- en adaptatiemodel van Terluin e.a.[15] het Fase-model van Prochaska [16,17], de Readiness for Return-to-Work model van Franche & Krause [18] en het Theory of Planned Behavior model van Fishbein & Azjen.[19] De modellen van Prochaska en Azjen zijn modellen die gericht zijn op algemene gedrag, die van Terluin en Krause zijn specifieke werkhervattingsmodellen.

Verwerkings- en adaptatiemodellen

Periodes van ziekte en ziekteverzuim gaan gepaard met controleverlies. De werknemer is niet langer in staat om het evenwicht te handhaven met alle rollen en taken die hij heeft en laat rollen en taken vallen om een nieuwe, haalbare evenwichtstoestand te bereiken. Bij kortdurende verzuimoorzaken wordt dit door alle betrokkenen als een tijdelijke verstoring beschouwd en blijft het oorspronkelijke evenwicht het referentiepunt. In perioden van langer durend verzuim en arbeidsongeschiktheid ontstaan bij de werknemer nieuwe evenwichten waarin het werk steeds minder een rol speelt. Ook in de werksituatie ontstaan nieuwe evenwichten waarin omgekeerd de betrokken werknemer ontheffing krijgt voor bestaande taken en geen rol meer inneemt. [20] Adaptatie aan deze nieuwe situatie is van groot belang omdat de werknemer niet in een voortdurende dysbalans, met alle crisisverschijnselen vandien, kan blijven voortleven en men weer controle over de situatie moet opbouwen door zich aan te passen. Anderzijds zal men de motivatie moeten vasthouden of opbouwen om op een bepaald moment weer tot re-integratie te komen, ook als daarmee de nieuw ontstane evenwichten worden verstoord. Verwerking is het geheel van adaptatie en het opnieuw ontwikkelen en vormgeven van perspectief.

Wat betreft verwerkingsprocessen zijn meerdere processen in de literatuur beschreven. In dit hoofdstuk worden de drie procesfasen van herstel van controle beschreven, gedestilleerd uit onderzoek naar het beloop bij spontaan herstel bij overspanning [21].

Deze fasen treden op bij mensen die hun greep op hun omgeving zijn kwijtgeraakt in een min of meer acuut optredend proces van controleverlies.

Het proces is tot op heden vooral beschreven bij mensen met psychische problematiek, maar het speelt in mindere of meerdere mate een rol in alle gevallen dat mensen door ziekte hun functioneren in werk (en eventueel in andere levensgebieden) aangetast zien. Overigens is voornoemde visie inmiddels verankerd in de Nederlandse praktijk via o.a. richtlijnen voor bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundige protocollen.[22]

De drie procesfasen van herstel van controle zijn:

1. Inzicht- en acceptatiefase (crisisfase): de werknemer is de greep op zijn functioneren kwijt. Hij ervaart dit als een crisis. Inzicht en acceptatie zijn de eerste randvoorwaarden om tot rust en ontspanning te kunnen komen en perspectief op herstel te krijgen. De focus van de werknemer ligt in het algemeen nog volledig bij de klachten.
2. Inventarisatiefase: de werknemer gaat zich oriënteren op (werk)problemen en probleemsituaties en oplossingen. De focus van de werknemer moet in deze fase verschuiven van de gevolgen (klachten) van zijn situatie naar de oorzaken (problemen) en naar oplossingen. Deze oplossingsgerichtheid moet generaliseren naar allerlei problemen die rond de re-integratie kunnen bestaan of ontstaan.
3. Toepassingsfase: (nieuwe) oplossingen worden toegepast en (delen van) het functioneren wordt weer opgepakt. De focus richt zich nu op het weer feitelijk gaan functioneren en participeren in situaties van toenemende complexiteit.

Door Van der Klink en van Dijk [22] zijn deze procesfasen verder ingevuld met hersteltaken, een concept ontleend aan de rouwtherapie. [23] De term 'taken' impliceert dat de betrokkene actie onderneemt en iets kan doen. Terwijl het fasenconcept iets lijkt dat moet worden doorlopen, legt de benadering in de vorm van taken het accent meer op de invloed die de werknemer kan uitoefenen. Met het fasen/taken concept wordt het herstelproces in essentie een actief proces van probleemoplossing voor zowel medewerker als omgeving: een realistische inschatting maken, problemen en oplossingen inventariseren en oplossingen implementeren en commitment ontwikkelen voor de nieuwe situatie. Vanuit het fasen/taken concept wordt het procesbeloop in de praktijk beoordeeld door middel van procesvragen.[24] De beoordeling krijgt daarmee het karakter van een procesbeoordeling op concrete gedragselementen.

Tabel 1 Procesfasen met taken			
Fase in het herstelproces	Kenmerk van de fase	Herstela(a)k(en) in de fase	Resultaat van de fase
Crisisfase	Sterk gevoel van de greep kwijt te zijn; onbegrip van wat er is gebeurd; ontreding; klachten. Pt. laat rollen vallen	Greep krijgen op cognitief niveau: snappen wat er gebeurd is. Greep krijgen op emotioneel niveau: acceptatie wat er gebeurd is Tot rust komen, ontspannen	een oriëntatie op problemen
Probleem- en oplossingsfase	Oriëntatie op problemen en oplossingen	Problemen op een rij zetten en concretiseren Oriëntatie op oplossingen Oplossingen uitwerken	een oriëntatie op oplossingen (halverwege probleefase) een oriëntatie op toepassing van oplossingen en oppakken van rollen
Toepassingsfase/weer oppakken van rollen	Oplossingen worden toegepast; Pt. pakt de rollen die hij in de crisis heeft laten vallen weer op	Oplossingen in praktijk brengen en op basis ervaringen zo nodig aanpassen. Rollen gradueel en tijdcontingent weer oppakken	Het normale leven hervat hebben

Bron: Van der Klink JJJ, Terluin B (red.). 'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisartsen en bedrijfsartsen'. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2005

Het in Tabel 1 weergegeven fasen/takenmodel vormt onder andere de basis voor de richtlijn psychische klachten.[25] Daarin wordt een tijdlijn aangegeven waarmee beoordeeld kan worden of het herstelproces min of meer ongestoord verloopt. Als uit die beoordeling blijkt dat stagnatie optreedt moet actief op het vervullen van de hersteltaken worden ondersteund. Als geen complicaties optreden kan het proces in 12 tot 15 weken worden doorlopen. In de herziene versie van de richtlijn is het model dan ook niet meer strikt tijdcontingent, maar procescontingent: het proces dat doorlopen moet worden staat centraal en de tijd is daarbij een monitorings- en signaleringskader

In dit probleemoplossend proces ligt het accent sterk op de actieve coping-component. Deze benadering veronderstelt dat een bepaald niveau van motivatie aanwezig is. Door veranderingen bij de werknemer zelf en op systeemniveau is deze motivatie na 12 tot 16 weken niet meer vanzelfsprekend aanwezig. [26] Bij de categorie werknemers die dan nog arbeidsongeschikt is worden (herstel)gedrag en motivatie belangrijke factoren die het proces mede gaan bepalen.

Gedrag- en motivationele modellen

Het 'stages of change'-model van Prochaska en DiClemente onderscheidt in het proces van gedragsverandering vijf stadia: precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie en gedragsbehoud.[27] Om mensen in de precontemplatiefase te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden gemaakt van de noodzaak tot veranderen. Ook moeten ze er overtuigd van raken dat de balans tussen voor- en nadelen positief uitslaat naar de voordelen van gedragsverandering. Hier betreft het met name de **attitudeverandering**. Om van contemplatie naar voorbereiding en actie te gaan, moeten mensen steeds meer overtuigd raken van hun mogelijkheden om te veranderen. Verhoging van de **self-efficacy** en **steun** vanuit de **sociale omgeving** zijn dan belangrijk, evenals het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan. Ook is het belangrijk dat de mensen zich in deze contemplatiefase concrete doelen stellen (**motivatie**). Om te komen van gedragsverandering naar gedragsbehoud blijkt het noodzakelijk dat het 'beoogde gedrag' wordt beloond met behulp van feedback. Bij tijdelijke terugval is het belangrijk waaraan deze terugval wordt geattribueerd. Volgens Weiners causale attributietheorie heeft de wijze waarop succes en mislukking causaal worden verklaard belangrijke consequenties voor de motivatie om in de toekomst bepaald gedrag weer te gaan vertonen.[28,29] De wijze waarop er voor een bepaalde gebeurtenis causale attributies worden gemaakt heeft gevolgen voor iemands emotionele reacties en zelfwaardering en dus ook voor iemands motivatie.[30] Als men de tijdelijke terugval toeschrijft aan een instabiele oorzaak, zal de kans dat men weer tot actie overgaat, veel groter zijn, dan wanneer men de oorzaak van terugval als stabiel ervaart. Een positieve sociale norm is ook van belang om van een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan.

Het model van Prochaska e.a. is ontwikkeld in relatie tot lifestyle of verslaving gebonden gedragsveranderingen, zoals stoppen met roken. De genoemde tijdsperiodes en de exacte volgorde van de fasen in het proces zijn beperkt onderbouwd [31,32] en zeker niet zonder meer toepasbaar op re-integratie processen. De grote waarde van het model is de bewustwording dat gedragsverandering een gefaseerd proces is met verschillende kenmerken in de verschillende fasen. Een procescontingente toepassing van het model, analoog aan de toepassing van het hierboven beschreven fasen/taken model, kan een belangrijk deel van de bezwaren wegnemen.

Tabel 2 Fasen van gedragsverandering, Prochaska et al.	
1. Precontemplatie	mensen in deze fase zijn niet van plan binnen 6 maanden hun gedrag te veranderen
2. Contemplatie	mensen in deze fase zijn van plan in de komende 6 maanden, maar niet in de komende maand hun gedrag te veranderen
3. Preparatie	mensen plannen hun gedrag in de komende maand te veranderen, maar zij hebben in het afgelopen jaar reeds een onsuccesvolle poging tot gedragsverandering gedaan
4. Actie	het gedrag is succesvol veranderd binnen een periode van 1 dag en 6 maanden
5. Behoud	het gedrag is succesvol veranderd voor een periode langer dan 6 maanden.

Door Franche en Krause [16] is het model van Prochaska samen met het eerder genoemde Phase Model of Disability van Krause en Ragland [14] samengevoegd tot de Readiness for Return-to-Work model (RRTW). Het model is ontwikkeld en gebruikt in onderzoek binnen de Canadese context om meetbaar te maken in welke fase van gedragsverandering op weg naar werkhervatting iemand zich bevindt die voor zijn/haar werk is uitgevallen. [18] Afgeleid uit beide modellen staan in het nieuwe model drie determinanten centraal, waarmee de fase van gedragsverandering richting werkhervatting meetbaar wordt gemaakt: decisional balance, self-efficacy en change processes. [18] De 'decisional balance'; dit is de weging van de voor- en nadelen om weer aan het werk te gaan, 'self-efficacy'; dit is de inschatting van en het geloof in eigen mogelijkheden om bepaalde doelen te kunnen bereiken [33] en 'change processes'; hierin worden twee categorieën beschreven namelijk het 'experimental proces' (veranderingen in gedachten, gevoelens en houding waardoor de bewustwording van de noodzaak tot veranderen toeneemt) en het 'behavioral proces' (de daadwerkelijke gedragsverandering als daadwerkelijk actie ondernemen).

Het model van Prochaska gaat over de motivatie om gedrag te veranderen, en is daarmee meer een interventiemodel, het Phase Model of Disability is vooral ontwikkeld voor epidemiologische bestudering van de duur van arbeidsongeschiktheid gegeven bepaalde klachten. Het RRTW richt zich nadrukkelijk op de inter-persoonlijke factoren die een rol spelen bij arbeidsongeschiktheid en heeft daarmee de potentie om zich te richten op individuele variatie. [18].

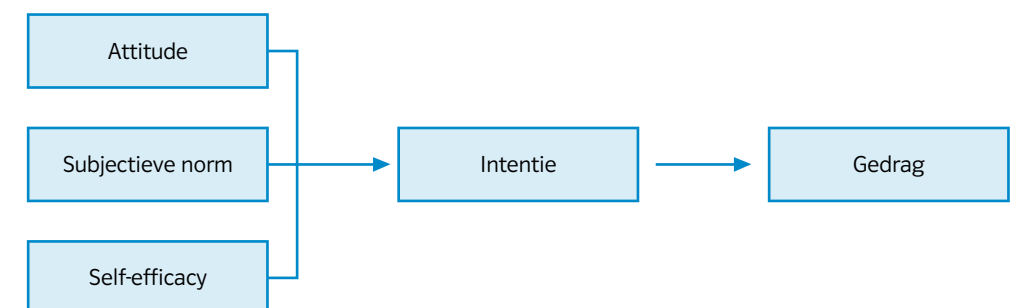
Een veelvuldig gebruikt model buiten het terrein van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting is het Theory of Planned Behavior (TPB) model, een model dat veel is gebruikt om gezondheidsgedrag te voorspellen. Het TPB-model is een uitbreiding van de Theory of Reasoned Action (TRA), [34] waarin wordt beweerd dat de intentie van de persoon de belangrijkste determinant is voor daadwerkelijk gedrag. Intenties zijn iemands bewuste plannen en motivatie, en geven een indicatie over hoeveel moeite iemand wil doen om het gedrag uit te voeren. [35]

Volgens de TPB zijn er drie factoren die intenties en gedrag beïnvloeden: de subjectieve norm, attitude jegens het gedrag en de waargenomen controle (zie figuur 1). Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat deze 3 factoren daadwerkelijk als voorspellers voor werkhervatting kunnen worden beschouwd: een positieve attitude [2, 36, 37], een hoge mate van sociale steun [2, 38] en een hoge mate van self-efficacy [39, 4] blijken positief te zijn geassocieerd met werkhervatting. Hierbij wordt de *subjectieve norm* gedefinieerd als de door een individu waargenomen sociale druk om een gedrag uit te voeren. Als de druk negatief is, zal het individu het gedrag minder snel uitvoeren en vice versa. De *attitudes* over gedragingen zijn de positieve dan wel negatieve houdingen die een persoon over een bepaald gedrag kan hebben. Over het algemeen geldt dat hoe positiever de attitude over het gedrag, hoe hoger de kans dat deze persoon het gedrag zal vertonen [40]. De waargenomen controle, of self-efficacy, is het geloof van een individu dat hij of zij succesvol gedragingen kan vertonen.[12]

In Nederland is dit model veel gebruikt bij onderzoek naar stoppen met roken, maar tot voor kort slechts beperkt bij arbeidsgerelateerd onderzoek. Onlangs is in onderzoek van Brouwer e.a. [41] gekeken naar samenhang van de TPB-factoren met de verzuimduur (tijd in dagen tot werkhervatting) bij werknemers die langer dan 6 weken verzuimden. Werknemers met hoge score op werkattitude, sociale steun en self-efficacy bleken significant sneller het werk te hervatten in vergelijking met werknemers met lage scores op deze determinanten.

Het Attitude, Sociale steun, Eigen-effectiviteit- (ASE-) model, dat is afgeleid van het TPB-model is een model dat gebruikt wordt in Nederland bij onderzoek op het terrein van arbeidsvraagstukken.[42, 43] Veelal betreft het hier interventie-onderzoek, waarbij het effect van de interventie wordt uitgedrukt in ASE-determinanten. In het ASE-model zijn de begrippen 'belemmerende' en 'bevorderende' factoren toegevoegd. Dit betreft factoren die belemmerend/bevorderend kunnen werken voor het terugkeren naar werk (mogelijkheid voor werkaanpassingen, hulp huishouding, het hebben van zorgbehoevende kinderen, etc.). Verondersteld wordt dat hoe hoger het aantal ervaren obstakels is hoe lager de score op de intentie tot gedragsverandering en de daadwerkelijke gedragsverandering (werkhervatting).

Figuur 1: Modelvariabelen die volgens de Theory of Planned Behaviour bepalend zijn voor bepaald gedrag. [35]



De theoretische achtergrond voor onderzoek op het gebied van gedragsverandering en motivatie is te vinden in de motivatietheorie (valentie-instrumentaliteit-verwachting theorie of VIE-theorie) van Vroom. [44] Om een situatie (in dit geval ziekteverzuim) te **kunnen** veranderen is het een belangrijke voorwaarde om de situatie ook te **willen** veranderen. Als een persoon bijvoorbeeld helemaal niet wil werken zal hij minder intensief hiermee bezig zijn. Een logisch gevolg hiervan is dat hij ook minder snel weer aan het werk zal gaan. De motivationele inspanning voor het bereiken van een bepaald doel wordt bepaald door de interactie tussen de valentie van het doel en de verwachting of dit doel haalbaar is. Met valentie wordt bedoeld of de uiteindelijke opbrengst van de inspanning positief of negatief beoordeeld wordt, dus welke attitude men heeft ten aanzien van deze opbrengst. De verwachting over de haalbaarheid van het doel wordt bepaald door zowel persoonlijke- als externe factoren.

3.7.3 Overeenkomsten en verschillen van modellen

De besproken verwerkingsmodellen en de motivationele gedragsmodellen hebben een aantal overeenkomsten en zijn in een aantal opzichten complementair. Een belangrijke overeenkomst is dat beide typen modellen meer uitgaan van op te lossen probleemsituaties dan van medische diagnoses. Daarmee wordt breder naar de beoordelingspraktijk gekeken dan vanuit een medisch model en kunnen de modellen oplossings- en participatiegericht worden ingezet. De beoordeling die van de modellen kan worden afgeleid is meer gericht op het proces van werkhervatting dan op de claimbeoordeling.

Een tweede punt van overeenkomst is dat in de verwerkingsmodellen impliciet wordt gewerkt aan de concepten die ook in de gedragsmodellen worden benoemd. De set van interventies die wordt aangeboden in het driefasen model hebben als uitwerking dat zij de self-efficacy versterken. Ook attitude en mobiliseren van sociale steun zijn belangrijke en expliciete aspecten in het model.

De fasering in het eerder genoemde verwerkingsmodel van Terluin e.a. [15] vertoont een vergelijkbare fasering als de indeling van Prochaska: inzicht- en acceptatiefase is vergelijkbaar met de Precontemplatie en Contemplatiefase; Inventarisatiefase met Preparatie en Toepassingsfase met Actie en behoud.

Naast overeenkomsten tussen de modellen zijn er ook verschillen en tegenstrijdigheden. Ten eerste zijn de verwerkingsmodellen vooral interventie-gericht; ze hebben een brede verankering gekregen in de Nederlandse praktijk via richtlijnen voor bedrijfsartsen, een LESA voor huisartsen en bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundige protocollen. De gedragsmodellen zijn meer gericht op het benoemen van aspecten die een rol spelen in gedragsverandering, en zijn op die aspecten wetenschappelijk goed gefundeerd. Dat dit zich in de Nederlandse situatie zo heeft uitgekristalliseerd betekent echter niet dat intrinsiek aan de modellen verbonden is dat de verwerkingsmodellen meer interventiegericht en de gedragsmodellen meer analyse gericht zouden zijn: het stress inoculation model, dat grote overeenkomsten vertoont met de procesfasen van herstel van Terluin e.a. [15] heeft een solide onderbouwing en de interventies die hierop zijn gebaseerd zijn getoetst en effectief gebleken, bij angststoornissen [45,46] en bij andere (psychische) problematiek. Ook het fasemodel van Prochaska en DiClemente kent vele praktijktoepassingen. [47,48]

Ten tweede gaan de verwerkingsmodellen uit van een crisissituatie, die verwerkt moet worden en van waaruit weer doelen geformuleerd moeten worden. De gedragsmodellen gaan ervan uit dat een wenselijk doel vaststaat en kijken vervolgens welke factoren het bereiken van dat doel beïnvloeden. Ook dit is meer een gradueel dan een absoluut verschil, maar de crisis is wel een belangrijk element in de verwerkingsmodellen, waar veel aandacht naar uit gaat, vooral omdat stagnaties in die fase vaak het moeilijkst zijn op te lossen.

Ten derde sturen de verwerkingsmodellen vooral aan op het normale verwerkingsproces en het opheffen en voorkomen van stagnaties door relatief eenvoudige interventies. Daarmee hebben ze de effectiviteit van de begeleiding bij een groot deel van de ziekgemelde werknemers sterk vergroot. Bij een beperkte groep met langdurige stagnatie raakt het instrumentarium echter uitgeput. Vaak wordt dan teruggegrepen op meer specialistische behandeling van het ziektebeeld. Dit is meestal contraproductief omdat medische aspecten vaak juist niet bepalend zijn voor re-integratie in deze fase. De gedragsmodellen, en met name ook het model van Prochaska en DiClemente, kunnen hier mogelijk een ingang verschaffen voor analyse en voor interventies.

3.7.4 Conclusies en toekomstige uitdagingen

De paradigmashift van compensatie naar participatie, die in de sociale zekerheid in Nederland en veel andere westerse landen plaats vindt, impliceert verschuivingen in de handelings- en beoordelingspraktijk van medisch- naar multifactorieel (persoonlijk en omgevingsfactoren) en van statisch naar dynamisch. Getracht is om met de gepresenteerde modellen aanknopingspunten te vinden voor de invulling van het SMBA vanuit een brede participatiegerichte benadering. Uit bovenstaande blijkt dat gedrag wordt beïnvloed zowel door factoren binnen de persoon als in wisselwerking met zijn omgeving. Om het arbeidsvermogen te kunnen beschouwen dient dan ook het gehele en complexe proces in kaart te worden gebracht: niet alleen de persoon, maar ook (diens interactie met) factoren in zijn omgeving.

Bij een participatiegerichte beoordeling ontstaat daarmee de behoefte om te verhelderen welke factoren op welk moment van belang zijn bij de beoordeling en als aangrijpingspunt voor de inzet voor interventies. De cruciale vraag daarbij is: welke informatie hebben professionals nodig om een realistische inschatting te maken van de participatiemogelijkheden van de cliënt? Tot op heden is er op het terrein van sociaal medisch beoordelen geen onderzoek bekend naar het fase-specifiek beoordelen. De gehanteerde literatuur richt zich tot op heden met name op het gebied van re-integratie. In hoeverre deze kennis ook kan worden ingezet bij het ontwikkelen van een nieuw beoordelingskader voor het beoordelen van het arbeidsvermogen -inclusief prognose- binnen een participatieve benadering is echter niet bekend.

Door de invloed van deze factoren op het werkhervattingsproces als tijdsafhankelijk te beschouwen, ontstaat de noodzaak om bij het beoordelen/onderzoeken van voorspellers voor werkhervatting rekening te houden met de fase waarin iemand zich bevindt. Het is de uitdaging voor de toekomst om te kijken in hoeverre de hierboven genoemde verschuivingen (multifactorieel, dynamisch en individu en context) en de factoren voortkomend uit de

beschreven modellen kunnen worden geoperationaliseerd en aangepast richting beoordelingspraktijk. Zo dient met behulp van onderzoek nagegaan te worden in hoeverre de variabelen behorende bij bovenstaande theorieën, die voornamelijk voortkomen uit Amerikaans en Canadees onderzoek, relevant zijn binnen de Nederlandse context en kunnen worden ingezet bij het beoordelen en het voorspellen van het arbeidsvermogen. Daarbij moet beter zicht worden gekregen op de verschillende fasen in het proces van gedragsverandering en moet worden bepaald welke interventie kan worden ingezet om een persoon een stap verder in het proces van gedragsverandering te laten komen.

Aan de hand van de beschreven modellen kunnen strategieën voor assessment worden ontworpen. Allereerst voor bedrijfsartsen om meer greep te krijgen op de relatief stuurloze periode na de aanvangsperiode van het verzuim. Wellicht kunnen, in analogie met het verwerkingsmodel in de richtlijn, hersteltaken worden geformuleerd voor de motivationele en gedragsfasen die in de periode erna een rol (kunnen) spelen. Aan de hersteltaken kunnen interventies worden gekoppeld.

De interventies die zijn ingebed in de verwerkingsmodellen zijn zodanig ingericht dat de wijze waarop mensen opdrachten vervullen veel informatie geeft over het feit of zij hersteltaken behorend bij een fase hebben verricht. Zij kunnen daarmee een rol spelen in de beoordeling.

Ten aanzien van het verbeteren van het arbeidsvermogen bestaat de gedachte dat fasegerichte interventies nuttig kunnen zijn om mensen een fase verder te helpen (stagetransitie). Door terugkeer naar werk te zien als gedrag, dat beïnvloed wordt door bovenstaande factoren kan duidelijker zicht worden gekregen op de fase waarin iemand zich bevindt. Wanneer hier geen rekening mee wordt gehouden ontstaat de kans dat een bepaalde relevante factor niet wordt onderkend omdat het op dat moment geen rol speelt in het proces van verzuim en re-integratie.[3] Het suboptimaal inzetten van interventies, niet aansluitend bij de juiste fase, kan leiden tot teleurstellende resultaten.[49,50] De meeste bedrijfsgezondheidskundige interventies zijn vooral gericht op de vroege fase (tot 12 weken), vaak wel met een effectiviteit juist ook naar het langdurig verzuim.[51] Voor de groep die overblijft, die niet herstelt binnen de gegeven periode, zijn tot op heden weinig of geen specifieke interventies ontwikkeld.

In zijn algemeenheid zal de beoordeling een sterk procesmatig karakter moeten krijgen, waarbij kan worden opgemerkt dat fasecontingent moet worden beoordeeld en gehandeld. Het heeft naar alle waarschijnlijkheid weinig zin om in een acute - of voortdurende - crisissituatie, een self efficacy meting als uitgangspunt te nemen of te appelleren aan iemands motivatie. Ook heeft het weinig zin om iemand in de actie- of toepassingsfase te wijzen op de noodzaak tot gedragsverandering. Dit lijken 'open deuren' maar in de praktijk van alle dag komt dit soort situaties regelmatig voor. De variabelen behorende bij bovenstaande theorieën kunnen mogelijk worden ingezet bij het beoordelen en het voorspellen van het arbeidsvermogen, door bijvoorbeeld te kijken naar motivatie voor werk, het zelfvertrouwen en mechanismen voor verwerking en controleherstel.

Verschiedende meetinstrumenten zijn in de afgelopen jaren ontwikkeld voor het meten van de genoemde factoren. Door Van der Klink en van Dijk [22] zijn voor het verwerkingsmodel [15]

per procesfase hersteltaken ontwikkeld (zie tabel 1) met daaraan gekoppeld procesvragen. Deze zijn opgenomen in de richtlijn psychische problemen voor bedrijfsartsen, maar kunnen mogelijk ook binnen andere contexten worden toegepast. Binnen het Readiness for RTW model [18] is door Franche e.a. [52] de Readiness for Return-to-Work scale ontwikkeld en gevalideerd, waarbij de vragen aansluiten bij de 5-fasen in het model. Op basis van een Canadees cohortstudie bleek deze vragenlijst in staat om te discrimineren tussen werkhervatters en niet-werkhervatters en sterk te correleren met de drie constructen uit het model: decisional balance, self-efficacy en change processes. Deze vragenlijst is inmiddels vertaald naar het Nederlands en dient in toekomstig onderzoek gevalideerd te worden voor gebruik binnen de Nederlandse context.

Dergelijke instrumenten kunnen mogelijk een bijdrage leveren om te komen tot een multi-factoriële en dynamische (proces)-beoordeling in de toekomst.

Referenties

1. De Gier E. Overpeinzingen bij een activerende participatiemaatschappij. Oratie Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
2. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand RJ. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Industrial Medicine*. 2001; 40:374-392.
3. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan MJ, Sinclair SJ: Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind Med* 2001; 40: 464-484.
4. Labriola M, Lund T, Christensen KB, Albertsen K, Bültmann U, Jensen JN, Villadsen E. Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*. 2007; 29:233-238.
5. Website NVVG: <http://www.nvvg.nl/index.php?pag=90>.
6. Hogg-Johnson S, Cole DC. Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occup Environ Med*. 2003; 60(4):244-53.
7. MacEachen E, Clarke J, Franche RL et al. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(4):257-69.
8. Schiphorst Preuper HR, Reneman MF, Boonstra AM, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Geertzen JHB, Brouwer S. The relationship between psychological factors and performance based and self reported disability measures in patients with chronic low back pain. *Eur Spine J* (2008) 17:1448-1456.
9. Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bültmann U, Franch RL, Klink JLL van der, 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 (open access at Springerlink.com).
10. Loisel P, Durand MJ, Baril R, Gervais J, Falardeau M. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of occupational rehabilitation* 2005;15(4):581-90.
11. Maasen, JHW, van der Klink JLL. Rol en positie van de bedrijfsarts. In: Van der Klink JLL (red.); *Psychische problemen en de werksituatie; handboek voor een actieve sociaal-medische begeleiding Amsterdam, NIA 1995. (2e herziene druk).*

12. Wanberg, Connie R., Leaetta M. Hough, Zhaoli Song (2002). Predictive Validity of a Multi-disciplinary Model of Reemployment Success. *Journal of Applied Psychology*, 87,1100-1120.
13. Wanberg, C.R., Glomb, T.M., Song, Z., en Sorenson, S.(2005). Job-search persistence during unemployment: A 10-wave longitudinal study. *Journal of applied psychology*, 90, 411-430.
14. Krause N, Ragland DR. Occupational disability due to low back pain: A new interdisciplinary classification based on a phase model of disability. *Spine* 1994;19:1011 – 1020.
15. Terluin B, Gill K. Surmenage. *The Practitioner* 1992;9:385-388.
16. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51(3): 390-395.
17. Prochaska JO, Diclemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985; 10(4): 395-406.
18. Franche R-L, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*. 2002; 12: 233-56.
19. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Conference Proceeding. Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
20. Van der Klink JJJ, Sijtsma FM, Feijen W. De werknemer in zijn context. In: Van der Klink JJJ, Terluin B (red.). 'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisartsen en bedrijfsartsen'. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2005
21. Terluin B. Welke factoren beïnvloeden het herstel bij surmenage? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1990;68:72-78.
22. Van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Dutch practice guideline for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Environ Health* 2003;29(6): 478-87.
23. Worden JW. Grief counselling and grief therapy. London Tavistock; 1983.
24. Van der Klink JJJ, Terluin B (red.). 'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisartsen en bedrijfsartsen'. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2005 (pag 34-35).
25. Van der Klink JJ, e.a. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Eindhoven NVAB 2007.
26. Van der Klink JJJ, Terluin B (red.). 'Psychische Problemen en Werk, handboek voor een activerende begeleiding door huisartsen en bedrijfsartsen'. Houten Bohn Stafleu van Loghum 2005 (pag 109).
27. Prochaska, J O, and C DiClemente. "Stages of change in the modification of problem behaviors." *Progress in behavior modification* 28(1992):183-218.
28. Weiner, B. (1980) *Human motivation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
29. Weiner, B. (1986) *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
30. Schellekens, J.M.H. (2005). *Reader 'Motivatie & Emotie'*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
31. Davidson R. 'Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?' *British Journal of Addiction* 1992; 87:821-822.
32. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction* 1992; 87:825-835
33. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84:191-215.
34. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1980.
35. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50:179_211.
36. Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *J Occup Environ Med*. 2003; 45: 499-506.
37. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR: A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. 2005; 15: 557-568.
38. Nielsen ML, Rugulies R, Christensen KB, Smith-Hansen L, Kristensen TS. Psychosocial work environment predictors of short and long spells of registered sickness absence during a 2-year follow up. *J Occup Environ Med*. 2006; 48: 591-598.
39. Lötters F, Franche RL, Hogg-Johnsons, Burdorf A, Pole JD. The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy for duration of lost-time benefit in workers with musculoskeletal disorders. *J Occup Environ Med*. 2006; 63(12): 794-801.
40. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *Brit J Soc Psych*. 2001; 40:471_499.
41. Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bültmann U, Franch RL, Klink JJJ van der, 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 (open access at Springerlink.com).
42. Lechner L, Devries H. Starting Participation in an Employee Fitness Program: Attitudes, Social Influence, and Self-Efficacy. *Preventive Medicine* 199; 24(6):627-633.
43. Van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HCW, Van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research* 2007, 7:127.
44. Vroom, V.H. (1964) *Work and motivation*. New York: John Wiley & Sons.
45. Meichenbaum DH, Cameron R. Stress inoculation training. In: Meichenbaum DH, Jarenko ME, eds. *Stress Reduction and Prevention*. New York, NY: Plenum Press; 1983:115-154.
46. Saunders T, Driskell JE, Hall Johnston J, Salas E. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *J Occup Psychol*. 1997;70:170-186.
47. Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 2001;96(1):175-186.
48. Buxton K, Wyse J, Mercer T. How applicable is the stages of change model to exercise behaviour? A review. *Health Education Journal* 1996 55: 239-257.
49. Sinclair SJ, Hogg-Johnson SH, Mondloch MV, Shields SA. The effectiveness of an early active intervention program for workers with soft-tissue injuries. *The Early Claimant Cohort Study*. *Spine* 1997;22(24):2919-31.
50. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, Cole D. 1998. Preventing disability from work-related lowback pain. New evidence gives new hope±if we can just get all the players onside. *J Can Med Associ* 158(12):1625-1631.
51. Van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60:429-437.
52. Franche RL, Corbière M, Lee H, Breslin FC, Hepburn CG. The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation* 2007;17(3):450-72.

3.8 Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: Maak werk van interactie tussen alle partijen!

Allard van der Beek^{1,2}, Han Anema^{1,2}, Inge Varekamp³, Frank van Dijk^{1,3}

Samenvatting

Mensen met een chronische aandoening worden vaak belemmerd in hun werk en dit kan er zelfs toe leiden dat men dreigt uit te vallen uit het werk. In deze beschouwing betogen we dat zieke werknemers die op een positieve en opbouwende manier in gesprek zijn en blijven met hun omgeving een kleinere kans op uitval uit het arbeidsproces hebben dan zonder deze oplossingsgerichte interactie. We werken twee voorbeelden uit die zijn toegesneden op situaties waarbij de zieke werknemer er niet goed meer uit komt en het behoud van werk of de werkhervatting in de knel dreigt te komen: 1) Empowerment van de zieke werknemer die nog werkt, en 2) Participatieve werkmethode bij zieke werknemers.

De empowerment training voor werknemers met een chronische ziekte is bedoeld voor werknemers die merken dat zij door hun ziekte problemen ervaren. De training is opgezet als een groepstraining met één trainer en acht deelnemers. Er zijn 7 groepsbijeenkomsten en dit wordt gecombineerd met drie individuele gesprekken met de trainer. De werknemer krijgt inzichten, kennis en vaardigheden aangereikt om in gesprek te komen met zijn werkomgeving, met name de leidinggevende, en aldus gezamenlijk optimale oplossingen te zoeken. Een belangrijk aspect hierbij is de zelfreflectie in relatie met te ondernemen acties die de werknemer in een leerproces brengt waardoor hij 'sterker' wordt.

De participatieve werkmethode is een gestructureerd programma voor een zieke werknemer en de leidinggevende onder begeleiding van een onafhankelijke procesbegeleider. De procesbegeleider is onpartijdig en moet zorgen voor een gelijke inbreng van werknemer en leidinggevende. Hoofddoel is in samenspraak belemmeringen voor werkhervatting te signaleren, deze belemmeringen te bespreken en vervolgens passende oplossingen te bedenken op basis van consensus. Uiteindelijk moet er een plan van aanpak ten aanzien van werkhervatting opgesteld worden waar iedereen achter staat.

Trainingen gericht op empowerment en de participatieve werkmethode lijken op veel meer terreinen en in meer settings toepasbaar.

Voorgesteld wordt om deze vier onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat is de visie van leidinggevendenden op empowerment van werknemers met een chronische ziekte?
2. Hoe redden niet-westers allochtone werknemers met een chronische lichamelijke ziekte zich op hun werk, en welke interventies zijn geschikt om hen te ondersteunen bij het behoud van werk?
3. Is de participatieve werkmethode gecombineerd met empowerment (kosten-)effectief op duurzame werkhervatting in eigen of passend werk bij een WGA 80-100% populatie (met werkgever)?
4. Is de participatieve werkmethode gecombineerd met empowerment (kosten-)effectief op duurzame werkhervatting in eigen of passend werk bij zieke vangnetters met psychische klachten?

¹ Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde AMC-UWV-VUmc

² Afd. Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VUmc

³ Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/UvA

Inleiding

Wanneer een werkende langdurig of chronisch ziek wordt, wordt na een eerste fase van diagnose en therapie in de meeste gevallen een nieuwe stabiliteit bereikt in het privé-leven en op het werk. Volgens de NEA (2007) heeft 35% van alle werknemers in Nederland een chronische ziekte of handicap. Van alle werknemers geeft 16% aan dat vanwege een chronische ziekte of handicap sprake is van geen beperking en een even groot percentage dat sprake is van een lichte beperking op het werk. Het lijkt er met andere woorden op dat er in veel gevallen geen problemen zijn en dat veel problemen kunnen worden opgelost, vermoedelijk in goed overleg met de leidinggevende en collega's. Daar staat tegenover dat 3% spreekt van een ernstige beperking op het werk. De geringe vermelding van psychische problematiek in de NEA doet echter wel vermoeden dat sprake is van een onderschatting van de werkelijke problemen. Verzuimcijfers en verzuimonderzoek laten zien dat in een aantal gevallen sprake is van meer complexe problematiek, waarbij het nuttig kan zijn om hulp aan te bieden. Doel hiervan is ondersteuning te bieden bij het behoud van arbeidsvermogen, behoud van werk en waar mogelijk het bevorderen van goed functioneren, plezier en bevlogenheid op het werk.

In deze beschouwing willen wij ingaan op vormen van ondersteuning waarbij de interactie tussen verschillende partijen centraal staat. De drie belangrijkste actoren in het proces van chronische ziekte⁷⁷ zijn: de werknemer met de aandoening, de werkomgeving met name bestaande uit lijnmanagement en collega's, en de wereld van professionele hulpverlening, waartoe wij voor de eenvoud ook rekenen de arbowereld en UWV. Belangrijk is dat deze actoren verschillende behoeften en belangen hebben in verschillende fasen van het proces, zoals bij arbeidsuitval, terugkeer naar werk en behoud van arbeidsparticipatie. Deze behoeften en belangen overlappen elkaar slechts voor een deel.

Zieke werknemers, leiding, collega's en professionals kunnen bijdragen aan de oplossing van problemen, of juist niet. In deze beschouwing willen we echter vooral duidelijk maken dat het geheel meer is dan de som der delen; als zieke werknemers op een positieve en opbouwende manier in gesprek zijn en blijven met hun omgeving dan is de kans op uitval uit het arbeidsproces kleiner dan zonder deze oplossingsgerichte interactie. Als toch sprake mocht zijn van uitval, dan is de kans op werkhervatting groter. De interactie tussen de verschillende partijen kan op meerdere manieren worden bevorderd. In deze beschouwing zullen wij twee voorbeelden uitwerken die zijn toegesneden op situaties waarbij de zieke werknemer er niet goed meer uit komt en het behoud van werk of de werkhervatting in de knel dreigt te komen en al stagneert: 1) Empowerment van de zieke werknemer die nog werkt en 2) Participatieve werkmethode bij zieke werknemers. Bij het eerste voorbeeld krijgt de werknemer inzichten, kennis en vaardigheden aangereikt om in gesprek te komen met zijn werkomgeving, met name de leidinggevende, en aldus gezamenlijk optimale oplossingen te zoeken. Een belangrijk aspect hierbij is de zelfreflectie in relatie met te ondernemen acties die de werknemer in een leerproces brengt waardoor hij 'sterker' wordt.

⁷⁷ Een chronische ziekte is in deze beschouwing een ziekte die lang duurt, bijvoorbeeld langer dan één of twee maanden. Een dergelijke ziekte is vaak ernstiger dan een kortdurende ziekte en heeft vaak gevolgen op langere termijn. Een andere karakteristiek is dat verwerkingsprocessen kunnen ontstaan bij de werknemer zelf, en ook in de werk- en thuisomgeving. Professionals in de gezondheidszorg en arbowereld doen hun intrede. Dit geheel van actoren en processen kan als een gedeeltelijk autonoom proces worden gezien, dat op zichzelf voor nieuwe complicaties kan zorgen.

Bij het tweede voorbeeld wordt er een geprotocolleerd proces geïntroduceerd, waarbij de werknemer met zijn/haar leidinggevende en een begeleider in gesprek komt om gezamenlijk optimale oplossingen te zoeken. Je zou kunnen zeggen dat beide partijen hier in een probleemoplossend leerproces worden gebracht. Maar alvorens de bovenstaande voorbeelden uit te werken, zullen we eerst kort de positie van de zieke werknemer, de leiding en collega's respectievelijk de professionals bespreken.

De zieke werknemer

Mensen met een chronische aandoening worden vaak belemmerd in hun werk. Gezondheidsklachten, beperkingen, pijn, vermoeidheid of eisen die de medische behandeling stelt kunnen ervoor zorgen dat bepaalde taken niet of niet langdurig kunnen worden verricht. De onzichtbaarheid van de ziekte voor anderen, die menen met een gezonde collega van doen te hebben, kunnen extra belastend zijn, evenals een wisselend en onvoorspelbaar beloop waardoor je steeds weer moet bijstellen wat je wel en wat je niet kunt (Beatty and Joffe, 2006). Deels uit onderzoek, deels uit casuïstiek is een aantal problemen bekend waar veel werknemers mee te maken hebben wanneer zij een chronische aandoening krijgen. Werknemers zelf menen dat steun van hun leidinggevende en collega's, naast acceptatie van de ziekte en zelfredzaamheid, belangrijke vereisten zijn om aan het werk te kunnen blijven.

Disease management zoals door de huisarts geleerd kan ondersteunend werken. Ook de coping stijl kan een belangrijke rol spelen: een vermijdende coping stijl leidt bij een zelfde aandoening eerder tot ziekteverzuim dan een actieve probleem oplossende stijl. Echter, gevoelens van boosheid en verdriet over een ziekte die niet meer overgaat, of gevoelens van minderwaardigheid vergeleken met gezonde en productieve collega's, kunnen maken dat werknemers met een chronische ziekte juist een vermijdende coping stijl hanteren en zich subassertief en afwachtend opstellen. Een belangrijke eerste opgave voor hen is het verwerken van de aandoening en het opnieuw ontwikkelen van een gevoel van zelfvertrouwen. Communicatie is een volgende opgave wanneer leiding of collega's moeten worden geïnformeerd over wat er aan de hand is, zodat in goed overleg een optimale oplossing in zicht kan komen.

In de meerderheid van de gevallen zijn de werkstatus van de werknemer en zijn/haar inkomsten aan elkaar gerelateerd. Hoewel dit meestal niet direct na de start van een episode van ziekteverzuim aan de orde is, zal op de lange termijn actieve deelname aan het arbeidsproces financieel gezien gunstig zijn voor de meeste werknemers. Daarnaast zijn hier andere voordelen aan gerelateerd, zoals onder meer gezondheidswinst, verbeterde kwaliteit van leven, herstel van het zelfbewustzijn als het werk belangrijk wordt gevonden, handhaven of verkrijgen van een gewenst plek in de samenleving, of de mogelijkheid om belangrijke rollen te spelen in de familie en de sociale omgeving. Eerder onderzoek heeft de uitkomstmaten die te maken hebben met ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting veelal in termen van productiviteit geoperationaliseerd. Hoewel er geen enkele twijfel is over het belang van deze uitkomstmaten, suggereert ander onderzoek dat ze maar in beperkte mate aangeven wat voor de werknemer zelf belangrijk is. Op dit moment is veel inspanning van onderzoekers gericht op een eerdere fase, namelijk op het ontwikkelen van concepten en instrumenten om 'goed en gezond functioneren op het werk'

vast te kunnen stellen. Publicaties zijn in voorbereiding. In andere studies is geprobeerd om een breder en realistischer bereik van werknemer-relevante gevolgen van arbeidsongeschiktheid te onderzoeken. Tevredenheid met ontvangen zorg (een voorbeeld van een uitkomstmaat horend bij het proces van werkhervatting), het zelf ervaren arbeidsvermogen en ook gevolgen voor de familie zijn belangrijk voor werknemers.

Als we ons beperken tot behoud van werk bij ervaren knelpunten en werkhervatting, dan wordt ervaren flexibiliteit van een werkhervattingschema door werknemers geïdentificeerd als een belangrijke uitkomstmaat. Zo vonden Amerikaanse verzuimende werknemers het van betekenis dat het voorgestelde tijdschema voor hun werkhervatting aansloot bij de mate van hun herstel. Een kwalitatieve studie onder stakeholders rondom het proces van werkhervatting liet zien dat de werknemers graag passende werkaanpassingen willen hebben, inclusief ondersteunende technologie en flexibele werktijden. Tenslotte is gevonden dat flexibiliteit met betrekking tot werktijden en arbeidsbelasting werd gebruikt door werknemers met een chronische ziekte om de kwaliteit van de uitkomst van hun werkhervatting te beoordelen.

Concluderend, zelfreflectie, verwerking van de problematiek, communicatie en een actief oplossende coping stijl zijn van groot belang om leiding, collega's en professionals optimale ondersteuning te laten bieden in het proces van blijven werken dan wel weer gaan werken na een episode van ziekteverzuim.

De leiding en collega's

Bedrijven/arbeidsorganisaties hebben er belang bij om ziekteverzuim te voorkomen en om, in geval van ziekteverzuim, snelle werkhervatting te bevorderen zonder dat sprake is van een verhoogd risico op recidiverend ziekteverzuim. Dit belang heeft vooral te maken met de directe en indirecte impact van de afwezigheid van de werknemer op de productiviteit van de organisatie, en daarmee op het korte- en lange-termijn financiële rendement van de organisatie. Op de korte termijn veranderen de directe kosten, zoals de premies voor inkomstenverzekering en sociale zekerheid, normaal gesproken echter niet of nauwelijks. Het primaire belang van de organisatie ligt dus bij veranderingen in de organisatie van de productie en de daaraan gerelateerde kosten voor het inhuren van tijdelijk personeel of betalen van overuren om de productiviteit op het vereiste niveau te houden. Denk hierbij ook aan problemen met klanten, leerlingen en patiënten, en de klachten die daaruit voortkomen, fouten die gemaakt worden en overbelasting van de collega's en lijnmanagement. Werkgevers zijn inmiddels goed op de hoogte hoe het proces met (chronisch) zieke werknemers het best georganiseerd kan worden. Mede in het kader van het aanbieden van aangepast werk en andere ondersteuning, staat hierbij de communicatie van de leidinggevende richting zijn of haar medewerker centraal. Het bereiken van succes op dit vlak resulteert in het behoud en verbeteren van werknemers tevredenheid, zowel op individueel niveau als op bedrijfsniveau.

Leidinggevendens zijn echter vaak geselecteerd op hun kennis van het productieproces en op hun professionaliteit daarin, en minder op het omgaan met mensen, het human capital. Niet alle leidinggevendens vinden dit onderdeel het meest uitdagende onderdeel van hun werk.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat velen moeite hebben met het omgaan met zieke werknemers, vooral wanneer complexe situaties aanwezig zijn. Aan de andere kant zijn er aanwijzingen dat een actieve opstelling en frequent contact met de werknemer een duidelijk positief effect heeft (Nieuwenhuijsen et al., 2004). In de HRM wereld is echter nog weinig geïnvesteerd in de ontwikkeling van een goede benadering in de opleiding en ondersteuning van leidinggevendenden, al is de belangstelling groeiend. Een aantal andere knelpunten of uitdagingen verdient het om in dit kader genoemd te worden: vermijdingsgedrag van leidinggevendenden om psychische problemen van werknemers te bespreken; het probleem van het niet goed kunnen vaststellen wat een werknemer werkelijk (nog) kan; het probleem van rechtvaardigheid en gelijkheid naar de andere werknemers bij het ontheffen van zware taken en diensten; de tijdelijkheid van een eventuele verschuiving in het takenpakket; het probleem van reeds bestaande conflicten of ontevredenheid over het functioneren van een chronisch zieke werknemer, zoals bijvoorbeeld bij overspannenheid en depressie; het probleem hoe vragen te stellen over de terugkeer naar werk bij een medewerker met een ernstige aandoening; de vraag wanneer hulp in te roepen van een professional; de ruimte die een leidinggevende van de organisatie krijgt om een eigen maatwerk beleid te voeren of juist de tegenwerking door bijvoorbeeld strakke productienormen of een starre arbeidsorganisatie. Ondersteuning is mogelijk en nodig door een passende missie en visie vanuit de top van de organisatie, en vervolgens door concrete ondersteuning van de leidinggevende bij de gesprekken en afspraken.

Voor de collega's gelden deels dezelfde problemen zoals het niet goed kunnen vaststellen wat de zieke collega werkelijk (nog) kan, zoals bij een onzichtbare handicap (diabetes, vermoeidheid na behandeling voor kanker, cognitieve problemen na een hartinfarct of hersenletsel, psychische klachten), maar ook bij een niet willen erkennen van of niet willen praten over bestaande problemen bij de werkkuitvoering door de zieke collega. Dit maakt meteen duidelijk hoe belangrijk goede onderlinge verhoudingen zijn en een open cultuur. Er kunnen al dan niet legitieme belangen spelen, zoals de wens om zelf niet overbelast te raken door de extra werklast die je op je schouders kunt krijgen. Veel zieke werknemers zijn bijzonder gemotiveerd om te werken, soms zelfs meer dan anderen vanuit de sterke wens om erbij te willen horen (bijvoorbeeld voor zieke jongeren geldt dat werk hebben superbelangrijk is). Maar dit is niet altijd het geval, en soms is ook sprake van disfunctioneren en wat moet je dan als collega? Communicatie is belangrijk maar niet altijd simpel. Na kanker kan sprake zijn van een taboe in de omgeving om erover te praten en iemand met een depressie heeft door de aandoening zelf al een probleem om contacten te leggen en affectie te tonen. Dit kan ook de houding van de collega's beïnvloeden.

Medische en paramedische professionals

Bij meer complexe arbeidsparticipatieproblematiek kan het nuttig zijn om een professionele beoordeling en hulp door op dit terrein deskundige hulpverleners aan te bieden. Doel van beoordeling en ondersteuning is het ondersteunen bij het behoud van arbeidsvermogen, behoud van werk en waar mogelijk het bevorderen van 'goed en gezond functioneren' en van plezier en bevoegdheid op het werk.

Afhankelijk van de aard en de ernst van het probleem zal een werknemer met problemen in de arbeidsparticipatie, verschillende professionals in de gezondheidszorg bezoeken gedurende zijn of haar herstelproces. Deze professionals vormen een heterogene groep met verschillende rollen en belangen in het hervattingproces. Voor het merendeel van de professionals, namelijk degenen uit de curatieve sector, is de focus primair gericht op het stellen van een diagnose en behandelen van de gezondheidsklachten dan wel het gezondheidsprobleem. Dit kan in een aantal gevallen leiden tot onnodig uitstel van werkherhervatting. Dat komt omdat zij geen kennis en vaardigheden hebben in het begeleiden van het werkherhervattingproces. Ook ontbreekt het soms aan kennis over de werkplek en taken van de werknemer. Andere gezondheidszorg professionals, zoals bedrijfs- en verzekeringsartsen, hebben behoud van werk en werkherhervatting juist primair als behandeldoel. Zij hebben ook specifieke kennis en vaardigheden om werknemers te begeleiden bij herstel en behoud van arbeidsparticipatie. Dit kan in de praktijk leiden tot tegenstrijdige adviezen tussen deze groepen hulpverleners en zelfs tot behandelingen die werkherhervatting vertragen, veroorzaakt door verschillende belangen, doelen en zelfs onderling wantrouwen. Afstemmen van de belangen en doelen van deze verschillende gezondheidszorg professionals en arbocuratieve communicatie is in de praktijk erg moeizaam gebleken. Soms is ook een succes te melden waaruit af te leiden is dat betere samenwerking op basis van een beter begrip, zeker tot de mogelijkheden behoort. Hoewel de attitude van de professionals t.o.v. arbocuratieve samenwerking verbeterd is in het afgelopen decennium heeft dit in de praktijk nog niet op grote schaal tot gedragsverandering bij artsen geleid en ook niet tot een toegenomen satisfactie van werknemers. Onder andere vanwege dit probleem heeft de Gezondheidsraad geadviseerd dat beoordeling van arbeidsvermogen, begeleiding en behandeling meer geïntegreerd dienen te worden. Het behoud of herstel van (arbeids-) participatie dient bij het handelen van deze professionals een belangrijke plaats in te nemen. Dit is ook in lijn met het ICF-model van de WHO (2001).

Bij deskundige hulpverleners, zoals bedrijfs- en verzekeringsartsen, fysiotherapeuten of psychologen, kan het echter een valkuil zijn dat zij het probleem overnemen. Hiertegen wordt gewaarschuwd in bijvoorbeeld de NVAB Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij psychische klachten. Het komt voor dat zij het probleem een andere lading geven die in de praktijk van behoud van werk of werkherhervatting minder relevant is. Een voorbeeld is dat zij vanuit hun eigen expertise vooral interventies inzetten die de belastbaarheid van de werknemer vergroten alvorens met de werkherhervatting wordt gestart. Uit vergelijkend onderzoek is bekend dat professionele ondersteuning soms verzuimverlengend kan werken. Dit kan er op duiden dat de hulpverlening niet bijdraagt aan het oplossen van een bestaand knelpunt, maar juist als effect heeft dat bijvoorbeeld het (participatie)probleem vooral als medisch wordt gelabeld (medicalisatie) met het gevolg dat het initiatief uit handen wordt genomen van de werknemer en bijvoorbeeld leiding of collega's. De werknemer en de leiding gaan wachten op beoordelingen en activiteiten van professionals, het begeleidingsschema van de artsen, fysiotherapeut of psycholoog (met wachttijden, intakes, wachten op uitslagen, et cetera) gaat alles overheersen, en dit gaat werken als een vertrager. Het initiatief tot handelen is verdwenen en het paard is achter de wagen gespannen.

Ook de communicatie en afstemming met belangrijke stakeholders op de werkplek is daarbij vaak onvoldoende of afwezig waardoor het draagvlak voor bijvoorbeeld tijdelijk aangepast werk ontbreekt. In eerste instantie is het immers aan de werknemer en de werkomgeving om met elkaar in gesprek te gaan en oplossingen te vinden in goed overleg. Hulpverleners en professionals realiseren zich nog onvoldoende dat participatieproblemen en ziekteverzuim systeemgebonden vraagstukken zijn. Hun interventies zijn vaak onvoldoende gericht op het gehele werksysteem, waarbij zowel werknemer als de leidinggevende actief betrokken moeten worden. Van deze systeem interventies is wel de effectiviteit vastgesteld bij lage rugklachten, met dien verstande dat de interventie effectief is op duurzame werkhervatting, maar geen effecten heeft op klachten en algemene functionele status. De complexiteit van dit vraagstuk is echter groot. Dit wordt bijvoorbeeld duidelijk uit onderzoeken waarbij bijvoorbeeld op kwalitatief niveau ten aanzien van satisfactie een verbetering wordt gevonden, maar waarbij het ziekteverzuim niet wordt beïnvloed en eventueel het klachteniveau. Soms is in eerste instantie sprake van meer verzuim na de interventie en pas later van minder verzuim.

Innovatie van de Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen

Vertrekkend vanuit het principe dat de werknemer en de werkomgeving in veel gevallen⁷⁸ centraal staan, zijn enkele kansrijke en soms al bewezen succesvolle maatregelen⁷⁹ te noemen. In deze beschouwing zullen wij ons, bij wijze van voorbeeld, richten op empowerment van de werknemer en op de participatieve werkmethode.

Empowerment

Werknemers met een chronische ziekte zijn zelf de eerst aangewezen persoon om knelpunten op het werk en eventuele werkaanpassingen aan te kaarten en zo onnodig ziekteverzuim of onnodig verlies van werk en plezier in het werk voorkomen. Dit veronderstelt dat werknemers beseffen waar ze met hun ziekte op hun werk tegenaan lopen, dat ze zaken bespreekbaar kunnen maken met hun leidinggevende of collega's, en dat er oplossingen worden bedacht en uitgevoerd. Dat gaat allemaal niet vanzelf. Om werknemers met een chronische aandoening die hierin vast dreigen te lopen beter toe te rusten is een training ontwikkeld. In tegenstelling tot een meer traditionele benadering binnen de arbeidsbegeleiding, waarbij de probleemdefinitie en advisering door deskundigen worden uitgevoerd, is hierbij gekozen voor een 'empowerment' benadering: de training ondersteunt de werknemers bij het zelf inventariseren van knelpunten en het zelf bedenken en realiseren van oplossingen. Een recente literatuurstudie naar arbeidsbegeleiding vanuit een empowerment perspectief laat aanwijzingen voor de effectiviteit van een dergelijke aanpak zien.

Empowerment kwam in de 80-er jaren van de vorige eeuw binnen de andragologie en de Amerikaanse 'community psychology' op als term om het streven aan te duiden om individuen meer macht en mogelijkheden binnen hun sociale omgeving te bieden. Empowerment werd daarbij als 'multilevel' begrip gezien, met aandacht voor de wederzijdse beïnvloeding van individu, groep, organisatie, gemeenschap en sociaal beleid.

⁷⁸ Dit geldt niet of minder bij zeer langdurige ziektegevallen, waarbij de oorspronkelijke werkgever buiten beeld is; en ook minder bij uitzendkrachten. Een bijzondere situatie bestaat bij een fase in de medische problematiek waarbij de genezing en revalidatie, en de onzekerheid van de toekomst zoveel aandacht vragen dat er nog weinig ruimte is voor een opbouw richting werk. Het is echter zeker zo dat de cultuur in deze aan het veranderen is in de richting "first place than train" (eerst aan het werk en dan trainen). Werkhervatting of starten met nieuw werk wordt aangemoedigd in een zo vroeg mogelijke fase, waarin de revalidatie gedeeltelijk vanuit het werk en vanuit daar optredende knelpunten gericht kan worden aangestuurd.

⁷⁹ De term 'maatregelen' is identiek aan de term 'interventies'; maatregelen is een meer op de praktijk gericht woord.

Het begrip werd in de gezondheidszorg en met name in de zorg voor chronisch zieken overgenomen als 'patiënt empowerment'. Hieronder wordt verstaan: het vergroten van kennis, vaardigheden en bewustzijn van eigen waarden en behoeften van patiënten, om hen op die manier in staat te stellen doelen te definiëren, verantwoordelijkheid te nemen voor hun behandeling en derhalve hun autonomie te bevorderen. Deze definitie impliceert het vergroten van probleemoplossend vermogen, het verbeteren van de communicatie met professionals in de gezondheidszorg, en vaak ook het bevorderen van gezondheidsgedrag.

De empowerment training voor werknemers met een chronische ziekte is bedoeld voor werknemers die merken dat zij door hun ziekte problemen ervaren. De training is opgezet als een groepstraining met één trainer en acht deelnemers. Er zijn zes tweewekelijkse bijeenkomsten van drie uur, en een zevende bijeenkomst twee maanden na de zesde. Dit wordt gecombineerd met drie individuele gesprekken met de trainer, respectievelijk aan het begin, halverwege en aan het eind. De training gaat uit van een driestappenplan: 1) verkennen en verhelderen van psychische, sociale en praktische knelpunten, 2) communiceren over ziekte en werk, 3) bedenken en realiseren van oplossingen. Een cursusboek en huiswerkopdrachten zijn onderdeel van de training. Huiswerkopdrachten zijn bijvoorbeeld het aangaan van een gesprek met de leidinggevende of het in kaart brengen hoe men volgens anderen met de ziekte omgaat. In de training oefenen deelnemers in rollenspel gesprekken die zij lastig vinden. Onderwerpen die in de zeven bijeenkomsten aan bod komen zijn o.a. het verkennen en verhelderen van psychische, sociale en praktische knelpunten, zicht op eigen gedachten en gevoelens rond ziekte en werk, communicatie en assertiviteit, en de wet- en regelgeving rond ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en voorzieningen voor mensen met een structureel functionele beperking (Varekamp et al., 2008).

Uit een kwalitatieve evaluatie van de ervaringen met de trainingen kwam een duidelijk beeld naar voren van thema's waar deze groep werknemers vaak mee worstelt. Wij hebben dat geformuleerd als 'taken' waarvoor men zich gesteld ziet. Niet iedere werknemer worstelt met al deze taken, maar veel werknemers worstelen met een of (vaker) meerdere ervan en het vervullen van deze taken is te zien als een concrete uitwerking van empowerment. Zeven, onderling samenhangende taken zijn onderscheiden: 1) het ontwikkelen van een reëel perspectief, 2) zelfbewust voor jezelf opkomen, 3) de wederzijdse begripshuishouding met collega's en leidinggevende onderhouden, 4) kennis vergaren over mogelijkheden, rechten en plichten, 5) overleggen en onderhandelen over werkaanpassingen, 6) het werk organiseren op een manier dat het voldoende blijft geven, en 7) een sociaal leven buiten het werk overeind houden. Eerste kwantitatieve evaluaties laten een grote tevredenheid zien van de deelnemende werknemers, toegenomen vaardigheden om met problemen om te gaan en een toegenomen zelfvertrouwen daarbij. Omdat bijna iedereen in de trainings- en controlegroep werkt, is geen verschil in arbeidsparticipatie in deze zin te constateren.

Ook in de psychiatrie zien we de eerste succesvolle evaluaties van nieuwe zorgvormen waarbij activering en empowerment centraal staan zoals bij nieuwe begeleidingsvormen bij depressie.

Concluderend, empowerment veronderstelt actie om met anderen op het werk tot oplossingen van problemen te komen en bijvoorbeeld werkaanpassingen te realiseren. De praktijk laat zien dat daar een proces van reflectie op eigen emoties, en een cognitief proces van verkenning van knelpunten aan vooraf gaat.

Participatieve Werkmethode

De participatieve werkmethode is een gestructureerd programma voor een zieke werknemer en de leidinggevende onder begeleiding van een onafhankelijke procesbegeleider. De procesbegeleider is onpartijdig en moet zorgen voor een gelijke inbreng van werknemer en leidinggevende. Hoofddoel is in samenspraak belemmeringen voor werkhervatting te signaleren, te bespreken en passende oplossingen te bedenken op basis van consensus. Uiteindelijk moet er een plan van aanpak ten aanzien van werkhervatting opgesteld worden waar iedereen achter staat.

Het participatieve protocol bestaat uit meerdere sessies en start met een knelpunten-inventarisatie. De procesbegeleider spreekt de zieke werknemer en zijn of haar leidinggevende ieder apart en vraagt wat zijzelf als belemmeringen (werk- en niet-werkgebonden) zien voor werkhervatting. Op deze manier kunnen ze onafhankelijk van elkaar en ongeremd belemmeringen aangeven. De benoemde knelpunten worden beoordeeld en gewogen op basis van frequentie (hoe vaak komt het voor?) en ernst (wat is de invloed op het functioneren van de werknemer privé en in werk?). Vervolgens vindt er een brainstormsessie plaats. Dit is een gezamenlijk gesprek met de werknemer, de leidinggevende en de procesbegeleider, waarbij de 3 belangrijkste knelpunten van de werknemer en de 3 belangrijkste knelpunten van de leidinggevende aangepakt gaan worden. De gesignaleerde knelpunten kunnen, indien nodig, worden toegelicht, maar niet bediscussieerd. In de brainstormsessie worden de werknemer en leidinggevende beide gevraagd om per gesignaleerd knelpunt oplossingen te bedenken. De genoemde oplossingen worden vervolgens beoordeeld op beschikbaarheid, op haalbaarheid en het vermogen om het gesignaleerde knelpunt op te lossen. Op basis hiervan worden de beste oplossingen gekozen en een concreet plan van aanpak gemaakt: wie doet wat en in welk tijdspad? Essentieel element in de participatieve werkmethode is het bereiken van consensus. De werknemer en leidinggevende moeten beiden achter het plan van aanpak staan. Tot slot neemt de procesbegeleider ongeveer een maand na de brainstormsessie contact op met de werknemer en de leidinggevende om na te gaan of de oplossingen zijn gerealiseerd en of bijstelling van het plan van aanpak nodig is.

Het toepassen van de participatieve werkmethode komt van origine uit Canada. Deze methode is aangepast voor gebruik in Nederland en onderzoek laat zien dat door lage rugklachten verzuimende werknemers als gevolg van het toepassen van de participatieve werkmethode gemiddeld bijna een maand sneller aan het werk gingen (Anema et al., 2007). Ook in het jaar erna bleek er sprake van beduidend minder verzuim bij de werknemers die aan deze methode hadden deelgenomen en was de instroom in de WAO kleiner. Op dit moment lopen er tal van projecten om de (kosten-)effectiviteit bij andere klachten (stress gerelateerde stoornissen, chronische rugklachten, bewegingsapparaatklachten) te onderzoeken in verschillende settings (curatieve zorg, bedrijfsgezondheidszorg en de sociale verzekerings-geneeskunde), bij werknemers met en zonder baan en bij zelfstandigen.

Conclusies

Eén van de belangrijkste taken waar werknemers met een chronische aandoening voor gesteld worden, blijkt het aangaan van een gesprek met anderen, om hun werk zo te regelen dat ze inzetbaar blijven. De aandacht is vaak vooral gericht op het (medische) probleem van de werknemer (medicalisatie), terwijl het participatieprobleem in essentie een systeem probleem is, waarbij de sleutel tot oplossingen zowel bij de werknemer zelf als bij de werkomgeving en bij professionals in de zorg ligt. Dat betekent dat ook leidinggevendenden, collega's en professionals in de gezondheidszorg en ggz meer oog moeten hebben voor de mogelijkheden en beperkingen van deze werknemers en vooral voor de taken waar deze voor staan. Beleid gericht op het inzetbaar houden van deze mensen, en meer aandacht hiervoor bij werkgevers, HRM-afdelingen en arbodiensten is noodzakelijk. Om na te gaan hoe empowerment van werknemers met een chronische ziekte door hun werkomgeving beleefd wordt, en wat deze werkomgeving als de min- en pluspunten van empowerment ziet, is onderzoek onder de andere partijen in het werkveld gewenst. Trainingen gericht op empowerment en de participatieve werkmethode lijken op veel meer terreinen en in meer settings toepasbaar. Het is goed om dit in de praktijk te onderzoeken met een breed arsenaal aan studies, variërend van implementation of feasibility studies tot randomised controlled trials.

Nieuwe perspectieven en R&D

Na de bovenstaande beschrijving van de maatregelen empowerment en participatieve werkmethode, waarbij in beide gevallen nadruk ligt op interactie tussen betrokkenen, geven we aan waar onzekerheden bestaan en waar nieuwe kansen liggen voor een innovatieve praktijk en voor de ontwikkeling van methodieken en evaluatie onderzoek.

In het algemeen is het goed om E-health trainingen verder te exploreren. Hoe nuttig zijn internet applicaties ter bevordering van empowerment? Dit soort trainingen lijkt veelbelovend te zijn en het zou goed zijn om hier in de toekomst meer aandacht aan te besteden in termen van onderzoek en ontwikkeling.

Innovatief evaluatie onderzoek van bepaalde interventies die nog niet goed onderzocht zijn is gewenst. We zouden bijvoorbeeld terug kunnen gaan naar de historiebeschrijving van de patiënten/werknemers, en daaraan gekoppeld een critical incident analysis. Wat te leren van knelpunten en mislukkingen uit de carrière van de betreffende werknemer (vergelijkbaar met analyse van arbeidsongevallen). Dergelijke innovatieve toepassingen kunnen ook voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld laag geschoolden, allochtonen, Wajongeren, werknemers zonder werkgever, zelfstandigen) gekozen worden. Hierbij lijkt het goed te kiezen voor een duidelijke probleem groep in dit kader, bijvoorbeeld laag geschoolden.

Onderzoek is gewenst bij chronisch zieke medewerkers naar de relatie tussen goed of minder goed functioneren in het werk en het (dreigende) uitval uit het werk. Hetzelfde geldt voor de invloed van goed of minder goed passende professionele competenties. Dit omdat dit gezichtspunt in ons land op dit moment nog ontbreekt (in tegenstelling tot Finland bijvoorbeeld). Inzicht hierin kan leiden tot heel ander beleid: bij- of omscholing bijvoorbeeld en een sneller en beter gesprek met de leidinggevende.

Er is nog weinig bekend over de allochtone chronisch zieke werknemer. Terwijl de cijfers aangeven dat hier mogelijk veel problemen zijn, nemen zij niet deel aan bijvoorbeeld de empowerment trainingen. Met de aanstaande veroudering ook van allochtone werknemers en het snel toenemen van chronische aandoeningen zoals diabetes neemt het belang toe van meer inzicht in de problematiek en in mogelijke oplossingen.

In het algemeen is het goed om (nog) meer aandacht te hebben voor de werkomgeving en voor wat daar gebeurt en nodig is om optimaal functioneren te faciliteren. Meer focus op de direct leidinggevende biedt meer zicht op een groot en relatief onverkend terrein. Meer praktische ideeën die snel iets opleveren zijn: 1) Hoe zien effectieve trainingen voor direct leidinggevenden eruit, en 2) hoe kan je de lijnmanager het beste ondersteunen vanuit HRM en vanuit de arbodienstverlening als deze knel komt te zitten, of al voordat dit gebeurt?

De impact van de attitude van collega's naar een zieke werknemer is tot nu toe waarschijnlijk onderschat. Daarom is het van belang om onderzoek te doen naar het betrekken van collega's bij de participatieve methode, want dit is tot nu toe onderbelicht gebleven.

Inzicht in de verschillen in mate van chroniciteit en in het soort stagnatie dat kan optreden is van groot belang. Het herkennen en de gevolgen voor beleid in kaart brengen heeft daarom prioriteit. Er zijn nog relatief weinig ideeën over de richting. Buiten de occupational health heeft chronische ziekte een andere invulling dan in de bedrijfs- en verzekerings-geneeskunde: onomkeerbaar, het gaat nooit meer over, en is soms ook progressief. Een onderscheid tussen de mensen met 'klassieke' chronische aandoeningen, zoals diabetes, reuma, Parkinson, MS, de ziekte van Crohn, nierfalen (overigens werkt een deel daarvan probleemloos en zonder noemenswaardig ziekteverzuim) en de langdurig zieken waarbij het vaak niet om onomkeerbare aandoeningen gaat lijkt zinnig, al was het maar om de HRM-er dat inzicht te verlenen. Niet iedereen is uiteraard makkelijk te plaatsen, maar nu wordt wel heel veel op één hoop gegooid en het lijkt goed om daar verbetering in aan te brengen.

Interventies gericht op bewustwording en algemene attitude van gezondheidszorg professionals dient al in de opleiding (zie de film 'flash back' voor medisch studenten) plaats te hebben. Op dit terrein kan nog veel gewonnen worden.

Tenslotte, het is van belang om de effectiviteit te onderzoeken van het aanleren aan professionals van simpele aandachtspunten bij chronisch zieke werknemers met hoe te handelen als bijvoorbeeld bedrijfsarts, maar ook als huisarts, internist, psycholoog, audio-loog, fysiotherapeut, et cetera. Wat levert dit daadwerkelijk op in de verschillende fasen van het proces bij (mogelijk) arbeidsuitval, terugkeer naar werk en behoud van arbeidsparticipatie?

Centrale kenisvragen, oplossingen en onderzoeksvragen

Als centrale kennisvraag formuleren wij:

Hoe bevorder je arbeidsparticipatie van langdurige of chronisch zieken?

De basis voor een oplossing wordt gezocht in een goede communicatie tussen werknemer enerzijds en leidinggevende, werkgever of UWV (in de vangnet populatie) anderzijds. Maatregelen die zich hierop richten zijn bijvoorbeeld: a) een empowerment training

voor werknemers met een chronische aandoening, en b) het protocol participatieve werkmethode, een methode om betrokkenen op een effectieve manier samen knelpunten en oplossingen te laten inventariseren met als doel duurzame arbeidsparticipatie in aangepast werk.

Wij hebben hierbij de volgende vier onderzoeksvragen (in willekeurige volgorde):

1. Wat is de visie van leidinggevenden op empowerment van werknemers met een chronische ziekte?

Werknemers met een chronische ziekte behoeven dikwijls werkaanpassingen. Dit zullen soms tijdelijke, soms blijvende werkaanpassingen zijn. Er is ook vaak sprake van in de tijd wisselende capaciteiten waardoor steeds andere aanpassingen nodig zijn. Veel knelpunten bij leidinggevenden worden genoemd zonder dat we veel weten over de frequentie van voorkomen en over prioriteiten. Genoemd worden vermijdingsgedrag van leidinggevenden om psychische problemen van werknemers te bespreken; het niet goed kunnen vaststellen van wat een werknemer kan; het probleem van rechtvaardigheid en gelijkheid naar de andere werknemers; de tijdelijkheid van een verschuiving in het takenpakket; hoe omgaan met bestaande conflicten of ontevredenheid over het functioneren; het probleem hoe vragen te stellen over de terugkeer bij een ernstige aandoening; wanneer en hoe hulp in te roepen van een professional; de ruimte voor een leidinggevende voor eigen maatwerk.

We weten niet goed hoe leidinggevenden met deze categorie werknemers omgaan. Openstaande vragen hierbij zijn:

- Wat zijn de ervaringen van leidinggevenden met werknemers met chronische lichamelijke aandoeningen? Wat ervaren zij zelf als sterke punten en als knelpunten in hun eigen functioneren hierbij?
- Wat zien zij als belemmerende en bevorderende factoren voor het behoud van werk bij chronisch zieke werknemers?
- Hoe kan de leidinggevende het best ondersteund worden vanuit HRM en de arbodienstverlening?

Methode: Een explorerend kwalitatief onderzoek met name onder leidinggevenden, gevolgd door een kwantitatief onderzoek.

2. Hoe redden niet-westers allochtone werknemers met een chronische lichamelijke ziekte zich op hun werk, en welke interventies zijn geschikt om hen te ondersteunen bij het behoud van werk?

De empowerment training is 8 maal aangeboden in Amsterdam en geëvalueerd. De deelnemers haken zelden af, zijn tevreden tot zeer tevreden over de inhoud en opzet van de training en menen dat een aantal vaardigheden aanzienlijk is verbeterd. Er zijn echter heel weinig allochtone deelnemers, terwijl toch sinds kort meer dan de helft van de Amsterdammers (westers of niet-westers) allochtoon is.

De gezondheidstoestand van niet westerse allochtonen is over het algemeen minder goed en met name Marokkanen en Turken hebben een verhoogde kans arbeidsongeschikt te raken. Uit onderzoek blijkt dat onder andere een lagere opleiding en een andere gezondheids-beleving, waaronder het moeilijker erkennen en bespreken van psychische klachten, een

rol spelen. Daarbij gaat het om mensen die vaak werkzaam zijn in bedrijfssectoren met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico, terwijl er weinig aandacht van werkgevers en uitkeringsinstanties is voor re-integratie bij deze groep werknemers in geval van ziekte. Deze gegevens betreffen allochtone werknemers in het algemeen. Hoe het allochtone werknemers met een ernstige chronische aandoening vergaat weten wij niet. Ook niet of de empowerment training zoals we die nu ontwikkeld hebben goed of minder goed aansluit bij hun behoeften.

Methode: Een kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews met experts in Nederland en internationaal, en interviews met allochtone werknemers met een chronische ziekte (bijvoorbeeld toe te spitsen op twee aandoeningen, zoals diabetes en sikkelcelanemie) zou een eerste antwoord op deze vragen kunnen geven. Dit is de basis voor het aanpassen van bestaande interventies of het ontwikkelen van nieuwe interventies met als doel om chronisch zieke allochtone werknemers beter te ondersteunen bij het behoud van werk en plezier in het werk. Deze interventies worden vervolgens geëvalueerd.

3. Is de participatieve werkmethode gecombineerd met empowerment (kosten-)effectief op duurzame werkhervatting in eigen of passend werk bij een WGA 80-100% populatie (met werkgever)?

De WGA is een loonaanvullende uitkering voor werknemers die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn of dat in de toekomst waarschijnlijk weer zullen zijn. Van de huidige WGA-populatie is circa 60% volledig arbeidsongeschikt (WGA 80-100%). Van een groot deel van deze groep is te verwachten hun arbeidsongeschiktheid niet duurzaam zal zijn en veel van hen hebben (nog) een arbeidscontract. Re-integratie in aangepaste/gangbare arbeid gericht op herstel van arbeidsparticipatie is dan ook het belangrijkste doel bij deze populatie. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor werkgever en werknemer om samen het werk -ondersteund door UWV en arbodienst- blijvend aan te passen aan de beperkingen van de werknemer.

Veel van deze werknemers zijn echter reeds langdurig niet meer aan het werk. Op de werkvloer is het werk vaak overgenomen door (nieuwe) collega's en is er sprake van een nieuw evenwicht. Ook is er vaak veel onduidelijkheid over wat de werknemer nog kan (restcapaciteit) en hoe het werk aan te passen aan diens beperkingen. In een aantal gevallen bestaan er zelfs weerstanden tegen de re-integratie bij collega's en leidinggevende. Zo kan er sprake zijn van tegengestelde belangen (bijv. bij tijdelijke contractanten) en negatieve beeldvorming over de arbeidsongeschikte collega. Ook kan het contact vermeden worden door communicatieproblemen of doordat men de confrontatie met de zieke werknemer liever uit de weg gaat. Aan de andere kant is voor de werknemer de drempel vaak hoog om weer aan het werk te gaan na een langdurige arbeidsongeschiktheidsperiode. Hierbij kunnen naast de fysieke en/of mentale beperkingen ook gevoelens van onzekerheid, boosheid, verwijten of schaamte over de arbeidsongeschiktheid een rol spelen. Niet zelden ligt ook er een communicatieprobleem met leidinggevende of collega's.

Hoewel er nog weinig bekend is over de effectiviteit van interventies bij de populatie WGA 80-100%, is het evident dat, gezien de complexiteit van de re-integratieproblematiek van deze langdurig arbeidsongeschikten, een actieve en intensieve aanpak nodig is.

Empowerment en de participatieve werkmethode lijken veel belovend interventies voor deze WGA 80-100% populatie. Empowerment biedt de werknemer gerichte ondersteuning in de communicatie met diens werkgever over aangepast werk. De participatieve werkmethode helpt werkgever en werknemer bij het aanbieden/aanpassen van werk dat niet alleen passend is bij de beperkingen, maar ook voldoende draagvlak heeft bij werkgever en werknemer.

Methode: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek om de (kosten-)effectiviteit van de participatieve werkmethode gecombineerd met empowerment in de populatie WGA 80-100% te bestuderen.

4. Is de participatieve werkmethode gecombineerd met empowerment (kosten-)effectief op duurzame werkhervatting in eigen of passend werk bij zieke vangnetters met psychische klachten?

Ongeveer de helft van de instroom in de WGA is afkomstig uit de vangnetpopulatie: het betreft vooral zieke werklozen en einde dienstverbanders. Daarnaast is bij circa 15% van de vangnetters sprake van een draaideur fenomeen: na 2 jaar vangnet belanden zij, na afwijzing voor de WIA, (weer) in de WW, van waaruit zij zich weer ziekmelden en opnieuw in dezelfde vangnetregeling terecht kunnen komen. Zieke vangnetters (9 maanden) hebben in het algemeen een slecht ervaren gezondheid. Ook spelen vaak andere (psychosociale) belemmeringen een grotere rol dan bij arbeidsongeschikte werknemers. De grootste groep vangnetters meldt zich ziek met psychische klachten.

Een belangrijke belemmering bij de huidige verzuimbegeleiding van UWV is dat de vangnetters geen 're-integratiegelegenheid' hebben vanwege het ontbreken van een dienstverband. Ook privé factoren (o.a. zorg voor gezin, relatieproblemen, rouwverwerking, juridische procedures) en de slecht ervaren gezondheid belemmeren de re-integratie. Bij zieke werklozen blijkt het verbeteren van die negatieve gezondheidsperceptie mogelijk te zijn middels intensieve aandacht/empowerment door een coach gericht op de gezondheidsproblemen, zelfvertrouwen en een positievere houding ten opzicht van werk. De realiteit is echter dat vangnetters vaak minder intensieve begeleiding ontvangen dan werknemers met werkgevers.

De combinatie van empowerment en de participatieve werkmethode lijkt veel belovend bij deze vangnet populatie met psychische klachten en psychosociale problemen. Empowerment biedt de vangnetter met psychische klachten gerichte ondersteuning in het stimuleren van zelfvertrouwen, een positievere houding ten opzichte van werkhervatting en verbetert de negatieve gezondheidsperceptie. De participatieve werkmethode helpt vangnetter zicht te krijgen op diens arbeidsmogelijkheden en wensen ten aanzien van aangepast werk waardoor het draagvlak en kans van slagen van re-integratie middels de proefplaatsing wordt vergroot.

Methode: Kwantitatief en kwalitatief onderzoek bestudeert de (kosten-)effectiviteit en toepasbaarheid van deze interventies in de vangnet populatie met psychische klachten.

4 Literatuur

Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HCW, Knol DL, Loisel P, van Mechelen W. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? a randomized controlled trial. *Spine* 2007;32:291-8.

Beatty JA, Joffe R. An overlooked dimension of diversity: the career effects of chronic illness. *Organizational Dynamics* 2006;35:182-95.

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine* 2004;61:817-23.

Varekamp I, de Vries G, Heutink A, van Dijk FJH. Empowering employees with chronic diseases; development of an intervention aimed at job retention and design of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 2008;8:224.

3.9 Taken voor laag-gekwalificeerden: Op weg naar een parallelle arbeidsmarkt?

F.R.H. Zijlstra, Universiteit Maastricht

Inleiding

Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) is beoordelen of, en in welke mate, mensen geschikt zijn om arbeid uit te voeren. Dit is ook de kern van personeelsselectie. Echter, dan gaat het doorgaans om situaties waarbij men een bestaande functie heeft waarnaar meerdere kandidaten dingen. De selectieprocedure is er op gericht om te beoordelen welke kandidaat het meest geschikt is voor de betreffende functie. Hierbij gaat het meestal om gezonde mensen, althans zonder relevante beperkingen. Het beoordelingscriterium (de maatstaf waarlangs beoordeeld wordt) wordt gevormd door de aard van de arbeid, en daarin is reeds is verdisconteerd dat mensen geen beperkingen hebben.

In deze notitie gaat het om het arbeidsvermogen van mensen met een beperking. Zij kunnen doorgaans niet in competitie met gezonde mensen, en zullen het in bovengenoemde selectie-situaties meestal verliezen van mensen zonder beperking.

Daarom zouden mensen **met** beperkingen ook niet moeten concurreren met mensen zonder beperkingen.

In deze bijdrage zal nader op deze problematiek worden ingegaan en worden betoogd dat er gezocht moet worden naar een manier om voor deze mensen banen te creëren binnen reguliere organisaties. Dit zal een beroep doen op het sociaal-innovatieve vermogen van onze samenleving. Eerst zal een schets gegeven worden van de achtergrond van de problematiek en van de ontwikkelingen op gebied van arbeid en organisatie. In het tweede deel van dit paper zal worden ingegaan op de centrale achterliggende vraag of bestaande theorieën en modellen aangaande taakontwerp (job design) toereikend zijn om als uitgangspunt te dienen voor taakontwerp van taken voor 'mensen met beperkt vermogen'. Of om richtlijnen te formuleren die aangeven welke aanpassingen nodig zijn voor dergelijke taken. Aangezien bij taakontwerp altijd wordt uitgegaan van gezonde, fitte mensen betekent dit een nieuwe kijk op taakontwerp.

Achtergrond

De regering streeft al jaren naar een vergroting van arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking. Ook het Europees beleid is hierop gericht. In de loop der jaren is opeenvolgend de aandacht gegaan naar verschillende groepen voor wat betreft stimuleringsmaatregelen. Aanvankelijk werd de aandacht vooral gericht op vrouwen, later werden ook allochtonen doelgroep voor dit beleid, vervolgens de combinatie van beiden, en de laatste tijd staan vooral 'mensen met een beperking' in de schijnwerpers.

Arbeidsparticipatie is een doel op zichzelf, het heeft belangrijke maatschappelijke en psychologische implicaties. Vanuit psychologisch gezichtspunt is werk belangrijk omdat betaald werk mensen in staat stelt om in het eigen levensonderhoud te voorzien, wat ook belangrijk is voor het gevoel van 'eigenwaarde'. Daarnaast geeft werk structuur en zin aan

het leven, omdat mensen op bepaalde tijden (werktijden) ergens verwacht worden. Onderzoek onder (langdurige) werklozen toont aan dat werk dergelijke functies vervult. Kortom, voor de geestelijke gezondheid van mensen is werk erg belangrijk.

Daarnaast zijn er ook maatschappelijke implicaties. Een samenleving waar geen mensen aan de kant staan is een betere samenleving. En in economisch opzicht is een zo volledig mogelijke arbeidsparticipatie ook van groot belang. Door demografische ontwikkelingen zal er op middenlange termijn (5-10 jaar) een tekort op de arbeidsmarkt ontstaan. De naoorlogse generatie van 1945-1955 (babyboom generatie) is begonnen de arbeidsmarkt te verlaten. Door latere teruggang in aantal geboortes zullen er niet genoeg jongeren zijn om deze generatie te vervangen. Daardoor zal ook het tot nu toe onbenutte potentieel op de arbeidsmarkt moeten worden ingeschakeld. Enerzijds heeft dit ertoe geleid dat de pensioens-gerechtigde leeftijd omhoog wordt gebracht. Anderzijds zal er ook gekeken moeten worden naar opties om andere groepen te laten participeren op de arbeidsmarkt.

De huidige arbeidsmarkt laat mensen met een beperking slechts zeer sporadisch toe. Door ontwikkelingen op het gebied van arbeid en organisatie (die hierna zullen worden beschreven) zijn er weinig banen die door mensen met een beperking kunnen worden vervuld. Dat betekent dat er een andere arbeidsmarkt moet worden gecreëerd, een tweede arbeidsmarkt waarbij getracht wordt een match tot stand te brengen tussen arbeid en mensen met beperkingen.

Deze arbeidsmarkt zal ook andere arbeid moeten aanbieden: arbeid die geschikt is voor de doelgroep. In dat kader zal er aandacht geschonken moeten worden aan het creëren (ontwerpen) van dergelijke arbeid. Het onderwerp taakontwerp (job design) is een klassiek onderwerp binnen de arbeids- en organisatiepsychologie. Traditioneel is het uitgangspunt bij het ontwerpen van taken (maar ook bij werktuigen en machines) dat de doelgroep gezond is en geen beperkingen heeft. Ook is het streven om taken te creëren die van hoge kwaliteit zijn en gezondheid en welbevinden van mensen bewerkstelligen, kortom kwalitatief hoogwaardige arbeid. Daarnaast dient de arbeid ook ontwikkelingsmogelijkheden te bieden. De vigerende methoden voor taak(her)ontwerp zijn mede daarom gericht op vergroten van de handelingsruimte voor taakuitvoerders. Zelfstandig problemen oplossen, al dan niet in groepsverband. Voor mensen met beperkingen in cognitief en sociaal functioneren zullen deze uitgangspunten op een andere wijze moeten worden ingevuld. Uiteraard is het niet de bedoeling arbeid te creëren die schadelijk is voor welzijn en gezondheid, maar mogelijkwijs zal er differentiatie moeten plaatsvinden ten aanzien van de ontwerpcriteria voor verschillende doelgroepen.

Een ander aspect vormt de economische waarde van deze arbeid. In het navolgende zal worden aangegeven dat door sociaal-economische, en technologische ontwikkelingen, veel laaggekwalificeerde arbeid is weggerationaliseerd. Ook hiervoor zal binnen het huidige bestel een oplossing gevonden moeten worden. Het uitgangspunt moet zijn dat binnen reguliere organisaties (opnieuw) eenvoudige arbeid gecreëerd, wordt waardoor zoveel mogelijk mensen zo volwaardig mogelijk kunnen participeren in de maatschappij.

Traditioneel zijn er diverse groepen die op een afstand van de arbeidsmarkt staan: mensen zonder een (basis)opleiding, mensen met beperkingen in functioneren (o.a. WSW, Wajong). Er zijn aanwijzingen dat deze groep de laatste decennia groter is geworden. Het aantal claims voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering door jongeren (Wajong) is gegroeid (Suiker, 2007), en de verwachting is dat de groei de komende jaren zal doorzetten.

Ontwikkelingen op gebied van de arbeid

In grote lijnen kan worden gesteld dat arbeid de laatste decennia flink is veranderd. Dit hangt samen met de veranderingen in de economie. Na de 2^e WO brak een periode van wederopbouw van de samenleving en de economie aan. Dat betekent dat de bouwsector en de productiesector veel werkgelegenheid boden. Hierdoor was het merendeel van het werk 'handwerk'. Naderhand zijn in de periode tussen 1970 en 1990 veel productiebanen verloren gegaan, dan wel sterk veranderd door gebruik van technologie. Door automatisering en informatisering is veel uitvoerend productiewerk verdwenen. Daarnaast is dit type arbeid verplaatst naar 'lage lonenlanden'. Hiervoor in de plaats zijn veel banen in de dienstensector gekomen. Dat betekent dat onze economie is veranderd van een industriële naar een diensteneconomie. Maar het betekent ook dat de aard van het werk is veranderd. En met de veranderingen in het werk zijn ook de eisen die gesteld worden aan mensen veranderd. Een gevolg van het gebruik van informatietechnologie is onder meer dat een groter beroep wordt gedaan op de mentale functies van mensen. Men zou kunnen zeggen dat het werk daardoor complexer en intensiever is geworden (zie Kerhofs, e.a, 2000; Zijlstra, 2003). Dit betekent dat de eisen die gesteld worden aan werknemers ook steeds hoger zijn geworden, zowel wat lichamelijke fitheid betreft, als ook wat betreft de eisen gesteld aan cognitieve vermogens en formele opleiding.

Hogere taakeisen

Als voorbeeld van de gevolgen van de veranderde eisen kan het volgende dienen: bij fabrieksmatige productiearbeid werkt men vaak met materiële zaken (grondstoffen, gereedschap), en is alleen de uitkomst van het werk van belang: het product. Dan gaat het om kwantiteit en kwaliteit van product. Tijdens het productieproces is het gedrag (en ook uiterlijk) van de producent (werknemer) meestal niet erg belangrijk. De productie vindt ergens plaats ver van de consument. Echter, in een dienstverleningseconomie worden diensten verleend vóór en áán mensen; en dat gebeurt doorgaans in de aanwezigheid van de afnemers (consumenten). Dat maakt dat houding (gedrag) en dus ook het uiterlijk er wel toe doen. Voorbeeld: een verkoper in een winkel dient zich op een bepaalde manier te gedragen en te kleden. Voor een hostess (ook cabine personeel in een vliegtuig) gelden dergelijke eisen ook, daarbij komt vaak ook nog dat aan dergelijke groepen werknemers ook nog eisen worden gesteld aan het humeur (emotionele gesteldheid) dat ze laten zien. Men dient altijd een opgewekte, positieve, vriendelijke en rustgevende houding en opstelling te tonen. Ook als men dat niet echt zo voelt, bijvoorbeeld vanwege een lastige, of irritante klant, of door problemen thuis, enzovoort.

Daarnaast wordt in toenemende mate gewezen op professionaliteit, hetgeen zakelijkheid en efficiëntie en doelgerichtheid van het handelen impliceert. Daar hoort niet bij dat men twijfelt, dan wel laat blijken dat men 'het even niet weet'. Kortom, in een dienstverlenings-economie is het product (de dienst) van belang, maar het product wordt in belangrijke

mate gevormd door het gedrag dat de dienstverlener (producent) vertoont. Daarmee wordt het gedrag onderdeel van de arbeidsprestatie, en dat heeft consequenties voor de eisen die aan werknemers worden gesteld. Dat vertaalt zich bijvoorbeeld in het feit dat werknemers, naast deskundig ook sociaal vaardig moeten zijn.

Sociaal economische randvoorwaarden

Bovendien zijn de economische randvoorwaarden aangescherpt. Door het ontstaan van de Europese Unie in 1992 en daarmee het wegvallen van economische grenzen, is de concurrentie voor bedrijven niet meer alleen te vinden in de directe omgeving, maar ook op grotere afstand. Dus wordt de concurrentie groter, in het bijzonder voor de middelgrote bedrijven, en met als gevolg dat efficiëntie (kostenbesparing) voorop staat. In de praktijk komt dat vaak neer op meer produceren met minder mensen. Ook worden de interne processen aangepast: organisaties werken met 'zelfsturende teams', enzovoort. Dergelijke management concepten betekenen veelal dat de mate van zelfstandigheid voor teams toeneemt: Een groot deel van het werk (planning, werkverdeling, aanpak, etc.) moet door de teamleden, in onderling overleg, zelf worden bepaald. Ook hier betekent dit, dat een groot beroep wordt gedaan op sociale vaardigheden van de werknemers (groepsleden), en de mate waarin men voor het teambelang en eigenbelang kan opkomen. Het versterkt de eerder genoemde veranderingen in de eisen die het werk aan mensen stelt.

Technologische aspecten

Ook de technologie speelt een belangrijke rol. Om de efficiëntie te verhogen is men op grote schaal gebruik gaan maken van technologie. Ook dit heeft grote invloed gehad op de arbeid: veel eenvoudige functies zijn verloren gegaan en er zijn 'ruimere' of 'complexere' functies voor in plaats gekomen. Voorbeeld: Teksten worden zelden meer met pen en papier geschreven en vervolgens door een ander uitgetypt. Auteurs maken gebruik van tekstverwerkers, en bestanden worden elektronisch doorgestuurd. De functie van 'typiste' (en typekamer) is hierdoor verdwenen, ook de inhoud van de functie van 'secretaresse' is veranderd. Veel eenvoudige routineklussen (zoals uittypen van een tekst) zijn verdwenen, waardoor meer ruimte is ontstaan voor 'organiserende taken'. Dergelijke functies worden nu vaak aangeduid als 'office manager' of 'personal assistant', 'assistent manager'. Kortom, vele uiteenlopende voorkomende klussen moeten worden aangepakt. Het eigen initiatief en oordeelsvermogen worden in dergelijke functies sterk aangesproken.

Daarnaast heeft het werken met (informatie)technologie ook tot gevolg dat het beroep op het informatieverwerkende systeem (cognitieve functies) groter is geworden. Om met dergelijke systemen te kunnen werken moet men zich ook een goed beeld (voorstelling) kunnen vormen van hoe het systeem werkt en wat het kan doen. En in sommige gevallen ook wat de gevaren van het systeem zijn. Hier zijn dan weer opleidingen en cursussen nodig. Dus is ook 'opleidbaarheid' (iets kunnen leren) in veel gevallen en functievereiste.

Het bovenstaande is bedoeld om aan te geven dat arbeid in de laatste decennia sterk is veranderd, en dat hierdoor de eisen die het werk stelt ook zijn veranderd. In grote lijnen kan worden gesteld dat de eisen in termen van startkwalificaties zijn verhoogd, maar daarnaast is het werk ook intensiever geworden, hetgeen ook eisen stelt aan de mentale

en fysieke weerbaarheid van mensen: werk is 'topsport' geworden. En het concurrentie model betekent dat werkgevers altijd de 'beste' willen aannemen, en dus alleen kijken naar die mensen die het hoogst scoren op alle eerder genoemde werkeisen: variërend van gezondheid, intellect, tot psychologische geschiktheid.

Hiermee is in grote lijnen het probleem geschetst: een toenemende complexiteit en intensiteit van de arbeid met daardoor zwaardere en hogere eisen gesteld aan werkenden. Een deel van de bevolking zal aan deze eisen niet kunnen voldoen, omdat hun fysieke of mentale vermogens te kort schieten.

Anderzijds zijn organisaties zich veel meer op efficiëntie en gaan toeleggen en daardoor is veel 'eenvoudige' en 'ongeschoolde arbeid' weggerationaliseerd. Vaak zijn functies opgeheven of door technologie vervangen. Een voorbeeld: de straatveger is uit het straatbeeld verdwenen en vervangen door een machine die bediend/bestuurd wordt door een 'operator'. Dat betekent dat voor een deel van de potentiële beroepsbevolking er geen adequate mogelijkheden zijn om werk te vinden. Er is een groep die moeite heeft bovenstaande ontwikkelingen te volgen en zich daardoor ook lastig staande kan houden in het onderwijssysteem en in de maatschappij, vooral als men een 'beperking' heeft.

Toename psychische klachten

Er zijn rapporten die wijzen op een toename van psychische klachten in de bevolking, en in het bijzonder ook bij jongeren (Hilderink & van 't Land, Trimbos Instituut, 2008). Daarentegen blijkt dat het aantal *ernstige* psychische aandoeningen de laatste decennia procentueel betrekkelijk stabiel is gebleven. De toename van 'psychische klachten' is deels terug te voeren op verbeterde diagnostiek, waardoor symptomen eerder herkend en 'gelabeld' worden. Los daarvan is deze toename ook op te vatten als een uiting van tekort schietende aanpassing aan een steeds complexer wordende samenleving.

Vroeger konden mensen met een lichte 'beperking' nog wel meekomen in de maatschappij. Een persoon met een licht autistische stoornis kon meestal nog wel een arbeidsplek vinden bij een klein bedrijf of organisatie. In een kleinschalige en veilige omgeving kunnen mensen met een beperking vaak wel meedraaien, maar in grote organisaties ligt de nadruk sterk op efficiëntie en productiviteit en wordt het werk en de sfeer veelal onpersoonlijker waardoor die mensen zich moeilijker kunnen handhaven.

Naar een andere aanpak

In feite betekenen deze ontwikkelingen, dat er voor veel mensen geen plaats meer is op de reguliere arbeidsmarkt. Een alternatieve oplossing is het creëren van een tweede, parallelle arbeidsmarkt. Een arbeidsmarkt gericht op mensen met 'een grote afstand tot de arbeidsmarkt'. Het streven moet zijn geschikte arbeid/banen te ontwerpen voor deze doelgroep. Wel moet worden getracht een koppeling met de reguliere arbeidsmarkt tot stand te brengen zo dat doorstroming mogelijk blijft. Dat betekent dat niet een nieuw netwerk van WSW instellingen moet worden geschapen, maar dat gepoogd wordt om in bestaande organisaties (gesubsidieerde?) eenvoudige arbeid te creëren. Het zal daarbij moeten gaan om arbeid die afwijkt van gangbare arbeid, en die gebaseerd is op taken die ontworpen

zijn voor de doelgroep. Dat vraagt een andere inzet van de bekende methodieken voor taakontwerp (job design). Er zullen andere criteria voor taken moeten worden geformuleerd dan die nu gangbaar zijn. Criteria die uitgaan van de mogelijkheden van mensen met 'beperkingen' in plaats van 'volledigheid' van functies.

Huidige modellen voor taak ontwerp

De vigerende theorieën en modellen op het gebied van taakontwerp zijn er op gericht om de motivatie van werknemers te verhogen. Men richt zich op de arbeidsinhoud teneinde de 'intrinsieke' motivatie, die zaken die het werk voor de persoon zelf aantrekkelijk en uitdagend maken, te verhogen. Het bekendste model voor taakontwerp is het Job Characteristic Model van Hackman & Oldham (1976) en stamt uit de periode dat arbeid nog hoofdzakelijk in productiesettings voorkwam.

Deze theorieën zijn er feitelijk op gericht om de gevolgen van het 'scientific management' zoals door Taylor werd geïntroduceerd (en daarom ook wel Taylorisme genoemd) te niet te doen. Taylor had in zijn *scientific management theorie* bedacht dat het beter was om organisatie en planning van het werk los te koppelen van de uitvoering van het werk. Bepaalde mensen moeten bedenken hoe het werk uitgevoerd zou moeten worden (en ook het gereedschap ontwerpen) en andere mensen moeten dan de opdrachten simpelweg uitvoeren. Het achterliggende idee was dat er voor het werk altijd één optimale manier (one best way) was om het werk uit te voeren. En die ene beste manier werd langs 'wetenschappelijke' wijze bedacht, gebruikmakend van tijd- en bewegingsstudies. Henry Ford heeft deze ideeën opgepikt en de lopende band geïntroduceerd.

Deze aanpak leidde aanvankelijk inderdaad tot een productiestijging, maar had als nadeel dat er saaie en routinematige werkzaamheden zijn ontstaan; zodanig dat er eigenlijk een *disciplineringsvraagstuk* ontstond in de fabrieken. Dit punt van disciplineren is naderhand geherformuleerd tot een motivatievraagstuk. Vanuit deze gedachtegang is het verklaarbaar dat veel taakontwerp benadering (zoals bovengenoemde JCM) zich richten op verbeteren van de intrinsieke motivatie van werknemers. En omdat deze vorm van taakontwerp zich richt op vergroten van de motivatie van mensen, is de gangbare redenering daarbij dat taken vooral rijker en interessanter gemaakt moeten worden.

Dat is dan ook het normatieve uitgangspunt van de meeste theorieën op gebied van taakontwerp. Ook vanuit het perspectief van de Handelingstheorie (Hacker, 1978). De Handelingstheorie heeft als conceptueel uitgangspunt het begrip 'volledige werkzaamheid'. Dit begrip houdt in dat een werknemer zowel de voorbereiding van zijn eigen werk doet als ook de uitvoering. Het is daarmee een directe poging om de gevolgen van het werk van Taylor ter discussie te stellen. Het concept 'volledige werkzaamheid' refereert aan het feit dat mensen zelf bepalen hoe ze een taak aanpakken (welke werkwijze, planning maken, etc.), en vervolgens het werk ook uitvoeren. Daarmee wordt een soort van 'cognitieve' volledigheid bereikt. Dit vraagt mentale voorbereiding (planvorming), communicatie en overleg. Hiermee worden ook de randvoorwaarden aangegeven die een taak tot 'volledige werkzaamheid' maken (zie ook Roe & Zijlstra, 1990).

Naast 'volledige werkzaamheid' speelt ook het concept 'cognitieve regulering' van activiteiten een belangrijke rol. Hiermee wordt bedoeld op het feit dat de activiteiten (handelingen) die mensen uitvoeren op verschillende niveaus worden bestuurd (gereguleerd). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie reguleringsniveaus:

a) routine niveau (ook wel aangeduid als 'senso-motorische regulering'); b) regelgestuurd niveau (rule based, of 'perceptief-conceptuele regulering'); en c) kennis niveau (of knowledge based level, of 'intellectuele regulering'). De drie niveaus zijn oplopend in de mate waarin zij aandacht en kennis vereisen van de taakuitvoerder. Voor het routine niveau gaat het om routinematige handelingen die mensen vele malen per dag uitvoeren (voorbeeld: naar het kopieerapparaat lopen om een aantal kopieën te maken). Voor activiteiten op het middelste niveau wordt het gedrag gestuurd door regels en signalen die uit de omgeving worden opgepikt (bijvoorbeeld 'verkeersgedrag'). Op het derde en hoogste reguleringsniveau is veelal (beroeps)specifieke kennis en veel aandacht vereist. In het laatste geval gaat het vaak om zoeken naar oplossingen voor problemen. Het zal duidelijk zijn dat functies die voornamelijk activiteiten van het eerste niveau omvatten als erg routinematige en eenvoudige functies gelden (met risico op monotonie en verveling). Daarentegen zullen functies waarbij taakuitvoerders uitsluitend activiteiten van het hoogste reguleringsniveau uitvoeren als erg complex worden ervaren (met risico op mentale overbelasting). Als richtlijn geldt daarom dat binnen een functie activiteiten afwisselend op één van de aangegeven niveaus gereguleerd moeten kunnen worden, waarbij gestreefd moet worden naar een adequate balans. Enkele opmerkingen hierbij zijn wel op z'n plaats. Op de eerste plaats moet duidelijk zijn dat de verschillende niveaus (routine, rule en knowledge based) geen absolute, maar *relatieve* niveaus zijn. Dat betekent dat het afhankelijk van de expertise (ervaring) van een persoon is, of iets als 'routine' of 'knowledge based' kan worden aangemerkt. Wat aanvankelijk als 'knowledge based' activiteit geldt voor een persoon, kan na verloop van tijd (door ervaring en leren) een (min of meer) routine activiteit worden. Het betekent dat de activiteit minder mentaal belastend wordt. Op de tweede plaats is het moeilijk algemene indicaties te geven ten aanzien van wat als een adequate balans van de verschillende reguleringsniveaus gezien kan worden (bijv. of een functie voor 20 %, 30 % of 40 % uit routine activiteiten moet bestaan). Doorgaans gelden de activiteiten op routineniveau als 'rustmomenten' in een functie.

Recente ontwikkelingen

Het uitgangspunt bij alle theorieën en benaderingen ten aanzien van taak ontwerp is altijd geweest dat het werk verricht zou moeten worden door 'normale', gezonde en fitte mensen: standaard werknemers. De vraag is of dergelijke benaderingen ook behulpzaam kunnen zijn bij het creëren van werk voor mensen met een beperking.

Het streven is om eenvoudige arbeid te creëren die geschikt is voor mensen met lage kwalificaties, ofwel een (cognitieve) beperking, zoals groepen in de Wajong en WSW.

Vanuit de Verenigde Staten is recentelijk het concept 'job carving' in Nederland geïntroduceerd (zie: van Soest et al, 2007). Dit houdt in dat bestaande functies kritisch worden bekeken, en wordt nagegaan of er taken (of kleinere onderdelen) in functies zitten die eruit gehaald

zouden kunnen worden, om deze vervolgens door iemand met een (verstandelijke) beperking laten uitvoeren. Dit is een eerste concrete poging op het gebied van taakontwerp met als expliciet oogmerk om taken te ontwerpen voor mensen met een beperking.

Een nadeel van de 'job carving' benadering is dat die kan leiden tot een intensivering van de oorspronkelijke functies. Omdat de methode er doorgaans toe leidt dat de meer routinematige taken/aspecten, of althans die taken waarbij niet veel probleem-oplossend vermogen nodig is, uit een bestaande functie worden gehaald, worden daarmee veelal ook de 'rust momenten' uit die functie gehaald. In termen van de Handelingstheorie wordt dan de balans tussen de drie reguleringsniveau's verstoord. Daarnaast is deze benadering sterk op individuele personen gericht en krijgt daardoor mogelijk een incidenteel karakter: sommige functies lenen zich er beter voor en andere weer niet, afhankelijk van de individuele persoon met beperkingen voor wie een baan gezocht wordt.

Een structurele benadering

Het zou beter zijn een meer structurele benadering te zoeken. In deze bijdrage wordt gepleit om de organisatie processen aan een kritische beschouwing te onderwerpen en te trachten om tot een andere indeling hiervan te komen. Er zijn een aantal uitgangspunten die in gedachten moeten worden gehouden: 1) functies in organisaties bestaan uit een set van taken, en berusten in feite op afspraken over wie bepaalde activiteiten verricht, en op welk moment, etc. 2) de afspraken zijn afgeleid van het doel (en de processen) van de organisatie, en vormen de verdeling van het werk. 3) afspraken zijn veranderbaar, en dus ook functies.

Dat betekent dat hier wordt gepleit voor een andere verdeling van het werk, ofwel een andere inrichting van een aantal organisatorische processen. Een analogie kan worden gevonden in de wijze waarop technologie is gebruikt om de processen in een organisatie te ondersteunen. In de loop van de afgelopen eeuw is er een ontwikkeling geweest van handmatige productie, via mechanisatie en automatisering naar informatisering (zie Zijlstra e.a., 1996). In feite is hierbij steeds de rol van mensen veranderd in het productieproces. Aanvankelijk deden mensen al het werk met behulp van spierkracht, later werd de spierkracht vervangen door mechanische krachten. Mensen zorgden voor de bediening, maar vooral ook voor de coördinatie en synchronisatie van de machines. Weer later kon door technologische ontwikkeling ook dat aspect door machines worden overgenomen: dat leidde tot automatisering. Nog later leidde de ontwikkeling van de micro-elektronica en de microchip tot gebruik van computers en ook het internet. Deze laatste ontwikkeling heeft een geheel andere wijze van organiseren laten zien: naast ontkoppeling van tijd en plaats, konden processen worden geïntegreerd. Om dit te illustreren kan men de ontwikkeling van de technologie ook op een andere wijze bezien: de ontwikkeling van ambachtelijke productie naar massa (fabrieks)productie maakte het nodig dat complexe handelingen werden opgesplitst in een serie eenvoudige activiteiten die opeenvolgend werden uitgevoerd, en vervolgens door machines konden worden overgenomen. De stap van mechanisering is nodig geweest om tot de volgende stap, automatisering, te komen. Deze technologische ontwikkeling heeft ook de wijze van organiseren van de productieprocessen beïnvloed. Echter, vanaf 1990 heeft de introductie van de microchip geleid tot een revolutionair andere wijze van organiseren. Door gebruik te maken van de microchip konden nu weer allerlei

processen geïntegreerd worden: met één druk op een knop konden een bericht naar duizenden ontvangers worden gestuurd. Dit heeft weer geleid tot integratie van verschillende bedrijfsprocessen: denk aan het principe van de 'one-stop-shop'. Bijvoorbeeld financiële dienstverleners konden nu geïntegreerde pakketten aanleveren (bancaire diensten, verzekeringen, etc.) die voorheen gescheiden waren, en men kon nu aan hetzelfde loket meerdere zaken afhandelen, waarvoor men voorheen bij verschillende loketten moest zijn. Dit naast de mogelijkheid om diensten 'online' aan te bieden.

Bovenstaand voorbeeld illustreert dat er in het verleden telkens opnieuw aanleidingen zijn geweest om op andere wijze naar organisatieprincipes te kijken. Een recent voorbeeld daarvan is gerapporteerd door Roman & Schippers (2008). Zij inventariseerden onder werkgevers de bereidheid om laag gekwalificeerde mensen in hun organisatie op te nemen en daarvoor ook het werk iets anders in te richten. Deze studie wees uit dat organisaties in staat en bereidheid zijn om het werk anders te organiseren (bijvoorbeeld door 'taaksplitsing') om mensen aan te kunnen nemen die lager gekwalificeerd zijn dan de rest van het personeel. Vooral organisaties in de sectoren zorg en welzijn, en onderwijs, die vaak moeite hebben met het vinden van personeel passen deze veranderingen toe of zijn van plan dit te gaan doen. Hieruit blijkt dat in tijden van een krappe arbeidsmarkt werkgevers wel degelijk bereid zijn om te kijken naar andere oplossingen, en deze te implementeren. Maar ook bleek dat de bereidheid tot opnemen van laaggekwalificeerde krachten groter was bij organisaties die al ervaring hadden met deze groepen. Dit duidt er op dat de ervaringen positief waren en werkgevers hier interessante mogelijkheden zien. Hierbij geldt wel de kanttekening dat het hier niet ging om mensen met een beperking, maar om mensen die lager gekwalificeerd waren dan mensen die doorgaans in de organisatie instromen. Maar het verschil was wel zodanig dat de werkprocessen anders georganiseerd moesten worden.

Deze voorbeelden illustreren dat bedrijven bereid en in staat zijn om hun arbeidsorganisatie anders in te richten als dat nodig is om optimaal gebruik te kunnen maken van technologische ontwikkelingen, of om zich aan te passen aan een veranderde situatie op de arbeidsmarkt. Met het oog op de arbeidsmarkt (en de samenleving) van de toekomst is het nu nodig om dit innovatief vermogen van bedrijven aan te spreken om bestaande organisatieprocessen zodanig te herontwerpen, dat ook niet standaard werknemers, in het bijzonder mensen met beperkingen in functioneren, in de komende jaren productief kunnen worden ingezet.

Naar een andere manier van functieontwerp

Indien functies ontworpen moeten worden voor mensen met een beperking vereist dat een heroriëntatie op de gangbare criteria voor functieontwerp. Het uitgangspunt moet niet langer zijn een 'volledige' functie, maar eerder een 'beperkte' functie. Dat betekent dat begrenzingen moeten worden gesteld. In zekere zin betekent dat een terugkeer naar Tayloristische ontwerpprincipes.

Echter, uitgangspunt blijven de organisatieprocessen. Hierbij zou men onderscheid kunnen maken in drie soorten processen: a) primaire processen, dat zijn processen die direct gericht zijn op het bereiken van het organisatie doel (productie of dienstverlening); b)

secundaire processen, dat zijn processen die het primaire proces ondersteunen, zoals administratie; en c) tertiaire processen, dat zijn processen die in principe onafhankelijk zijn van het primaire proces, maar wel in de organisatie nodig zijn (bijv. schoonmaak, catering, etc.).

Aangezien organisaties niet graag zien dat aan het primaire proces 'gesleuteld' wordt, lijkt het verstandig vooreerst de aandacht te richten op de secundaire en tertiaire processen. Veel organisaties hebben de tertiaire processen uitbesteed aan andere organisaties: outsourcing. Bij deze dienstverleende bedrijven zijn waarschijnlijk juist de primaire processen van belang voor herontwerp van functies.

Laagdrempelige functies

Om te komen tot, wat genoemd zou kunnen worden 'laagdrempelige functies' zullen een aantal randvoorwaarden moeten worden geformuleerd waaraan deze functies moeten voldoen. Hierbij kan wellicht worden aangesloten bij het begrippenkader van bestaande benaderingen. Zoals hierboven is aangegeven, richten bestaande benaderingen zich op verrijking of verbreding van taken, en spelen concepten als '**volledige werkzaamheden**' een belangrijke rol. Voor het ontwerpen van taken voor mensen met beperkingen zullen we ook vooral naar **beperkingen** van bestaande functies moeten kijken.

Belangrijk in bestaande benaderingen, zoals Handelingstheorie (Hacker, 1978), maar ook JCM (Hackman & Oldham, 1976) is dat taakuitvoerders de vrijheid (of ruimte) krijgen voor een eigen interpretatie van hoe het werk gedaan moet worden. Dit wordt genoemd 'vrijheidsgraden' of 'autonomie'. Voor mensen met cognitieve beperkingen zal deze ruimte ingeperkt moeten worden, met andere woorden: er moeten heldere en eenduidige instructies aan werknemers gegeven worden voor de uitvoering van afgebakende, enkelvoudige taken, onder geregeld toezicht. Dit lijkt op een 'revival' van het gedachtegoed van Taylor: eenduidige instructies geven die door anderen worden uitgevoerd. Maar het aspect van 'one-best-way' hoeft niet overgenomen te worden, er kunnen diverse uitvoeringswijzen zijn, waardoor aangesloten kan worden bij de mogelijkheden van de taakuitvoerder.

Voorts zullen er een aantal nadere begrenzing gesteld moeten worden aan de 'laagdrempelige taken'. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende aspecten:

- Het moet gaan om taken die een **routinematig** karakter hebben. Dit houdt bijvoorbeeld in dat er geen problemen opgelost moeten worden, of complexe beslissingen genomen moeten worden;
- Het moet gaan om taken die waar **geen specifieke vakkennis** voor nodig is en die frequent voorkomen.
- Er moeten begrenzingen gesteld worden aan de omvang van het aantal taken/werkzaamheden en de hoeveel tijd hiervoor nodig is. Voorts moeten er niet meerdere opdrachten tegelijkertijd af te handelen zijn.
- Het werk moet **voorspelbaar** en te plannen zijn; daarbij kan het gaan om taken waarin bepaalde **werkzaamheden steeds herhaald** worden;
- De taken moeten geen grote mate van **verantwoordelijkheid** met zich meebrengen, d.w.z. dat er dus geen grote consequenties verbonden zijn aan de taak voor als er iets misgaat of een fout wordt gemaakt;

- Het werk moet geen grote interdependentie kennen, m.a.w. andere taakuitvoerders moet niet sterk **afhankelijk van de uitkomst** van de taak zijn;
- In hoeverre is er **contact met klanten** nodig?
- Er moeten ook begrenzingen worden gesteld aan de mate waarin **communicatie en coördinatie** nodig is om de taak uit te voeren. Hierbij gaat het om communicatie met collega's over afstemming van werkzaamheden. Dit heeft te maken met de eenduidigheid van de instructies en de afbakening van de werkzaamheden.

Daarnaast zijn er aspecten die samenhangen met de context van het werk, de werkomgeving, die een rol spelen, zoals:

- Het **tempo van het werkproces**: is dat snel of langzaam? In hoeverre is efficiëntie een harde randvoorwaarde?
- Er mogen **geen harde deadlines** zijn (kan voor te veel spanning zorgen);
- Er moet gekeken worden naar de **sociale omgeving**: is deze rustig of juist turbulent, zijn er risico's voor conflicten?
- Hoe is het leiderschap in de organisatie/afdeling. Ook hier dient naar gekeken te worden.
- Hoe staat de rest van de afdeling (collega's) tegenover het feit dat er mensen met een beperking op de afdeling werkzaam zijn. (acceptatiegraad, mate van geïnformeerdheid, etc.). Deze zaken (leiderschap, communicatie, informatievoorziening) hebben te maken met het organisatieklimaat binnen de afdeling.

Deze lijst is niet noodzakelijkerwijs uitputtend of volledig. Het beoogt een raamwerk te bieden waar naar gekeken moet worden met betrekking tot de mogelijke begrenzingen om 'laagdrempelige functies' te ontwerpen. Uiteraard zullen processen binnen een organisatie eerst in kaart gebracht moeten worden, om de mogelijkheden voor eenvoudige functies te bekijken. Hiertoe zal een flowchart van de processen behulpzaam kunnen zijn. Langs deze weg kan worden geprobeerd om tot een andere inrichting van de werkstroom dan wel werkverdeling te komen. Doel daarbij is eenvoudige functies te creëren. Met nadruk wordt gesteld dat het hierbij gaat om (her)inrichting van de processen op het niveau van de afdeling, of groep. Dit zal dan ook het niveau moeten zijn waarop in eerste instantie gekeken moet worden of er mogelijkheden zijn om de processen anders in te richten. In tweede instantie kan daarbij ook gekeken worden naar herinrichting van groep of afdeling overstijgende processen. De uiteindelijke verdeling van het werk resulteert in een set taken voor het individu, tezamen de functie vormend. De resulterende functie zal aan de hand van een aantal criteria beoordeeld moeten worden om na te gaan of de functie geschikt is voor individuen met een beperking.

Voor het formuleren van dergelijke criteria kan het begrippenkader van de Handelingstheorie behulpzaam zijn. Binnen de handelingstheorie wordt uitgegaan van 'Handelingen', hiermee worden de kleinste eenheden van gedrag bedoeld die nog een zelfstandig, op zichzelf staand **doel** hebben, en ook als zodanig kunnen worden herkend en worden ervaren. Met deze terminologie als uitgangspunt kunnen we spreken van 'elementaire taken'. Hiermee worden series, of groepen van activiteiten bedoeld die zodanig gegroepeerd kunnen worden dat ze een zinvolle combinatie vormen en door één persoon kunnen worden uitgevoerd. Daarmee wordt niet gezegd dat die groep van activiteiten ook een zelfstandig doel moet hebben. Wel zal de herinrichting van de organisatie processen (per afdeling) moeten leiden tot een

grotere variatie in takenpakketten (lees: functies), waardoor een grotere variatie aan personen met een diversiteit aan kwalificaties binnen de organisatie nodig is.

In de meeste gevallen wordt er tegenwoordig met *job coaches* gewerkt die de mensen met een beperking begeleiden. Wellicht dat deze taken voor een belangrijk deel ook verdeeld kunnen worden onder de overige werknemers binnen een afdeling, zodat er 'mentor functies' ontstaan. Dit kan ook bijdragen aan het streven om de variatie in functies, en dus de benodigde kwalificaties, binnen een organisatie te vergroten, en het kan ook helpen om de acceptatie te vergroten dat er op de afdeling ook mensen met een beperking werkzaam zijn.

Afronding

Deze bijdrage is feitelijk bedoeld om een aanzet te geven tot ontwikkeling van een methodiek waardoor werkgevers geholpen kunnen worden om binnen de eigen organisatie functies te creëren die door mensen met beperkingen kunnen worden ingevuld.

Het beoordelen van het arbeidsvermogen is altijd gericht op arbeid. Arbeidsvermogen is dan ook een relatief begrip. Naarmate de arbeid andere eisen stelt aan de taakuitvoerder valt het oordeel of het arbeidsvermogen adequaat is anders uit. Met andere woorden, middels deze bijdrage wordt een pleidooi gehouden om het criterium voor de beoordeling van het arbeidsvermogen te veranderen. Het criterium wordt gevormd door de aard van het werk. Als de aard van het werk (functie) verandert, verandert daarmee ook het antwoord op de vraag of een kandidaat wel/niet geschikt is voor dat werk. Belangrijke aspecten waarmee, gezien de doelgroep(en) rekening mee gehouden moet worden zijn bijvoorbeeld, de eisen die aan het cognitief vermogen (probleemoplossend vermogen) worden gesteld, de mate waarin men met klanten/patiënten contact heeft, de mate waarin er met externe druk moet worden omgegaan (sociaal-emotionele vermogens).

In het verleden is wel eens met de gedachte gezinspeeld een parallelle arbeidsmarkt te creëren voor specifieke groepen. Dat zou hier wellicht ook kunnen: werkgevers zouden in een aanloop periode financieel ondersteund kunnen worden (door besparingen op de uitkeringen) om mensen met een beperking in de organisatie in te passen. Maar de mensen met een beperking moeten voor de speciaal gecreëerde arbeidsplaatsen niet in concurrentie hoeven treden met mensen zonder beperkingen.

Ook ten aanzien van de kwestie van 'economische rentabiliteit' van het werk zal verder denkwerk moeten worden verzet. Het uitgangspunt is dat werk binnen reguliere organisaties wordt gecreëerd, en daarmee ook binnen de reguliere economische randvoorwaarden. Dat betekent dat bedrijven niet alleen met 'toppers' (meest fitte en gezonde werknemers) kunnen werken, maar dat ze ook mensen met beperkingen in hun organisaties moeten kunnen opnemen om hen productieve werkzaamheden te laten verrichten. Dit kan mogelijk wel wat concurrentie verlies (minder efficiëntie voordeel) opleveren, en wellicht dat werkgevers hiervoor gecompenseerd dienen te worden. Deze vorm van ondernemen kan zelfs concurrentievoordeel opleveren wanneer de overheid bij inkoop of

inhuur van diensten 'sociale inkoopvoorwaarden' hanteert. Diverse gemeenten kennen nu als aanbestedingsvoorwaarde, dat bij de uitvoering van de opdracht werkzoekenden uit hun doelgroepen worden ingeschakeld.

Bovendien is dit ook een manier om werkgevers aan te spreken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid, en het principe van *maatschappelijk verantwoord ondernemerschap* te stimuleren. Zo heeft onlangs de Stichting van de Arbeid werkgevers en werknemers opgeroepen om in hun bedrijven ruimte te maken voor jongeren met beperkingen, onder andere via CAO-afspraken. Daarbij wordt uitdrukkelijk ook gewezen op de noodzaak om functies/werkplekken aan te passen, zodat 'smalle' functies op laag functieniveau ontstaan, die passend zijn voor jongeren met beperkingen in functioneren. Eerder kwalificeerde de SER dat al als 'maatschappelijke opdracht voor het georganiseerde bedrijfsleven'.

Onderzoek

In het voorgaande worden ideeën beschreven die de aanzet vormen voor de ontwikkeling van een methodiek. Het belang van de voorgestelde methodiek is er in gelegen, dat zij werkgevers kan helpen hun organisaties aan te passen om mensen met een beperking op te nemen. Deze methodiek zal inderdaad ontwikkeld moeten worden en vervolgens zal er nadere ervaring opgedaan moeten worden om deze methodiek nader in te vullen en uit te werken. Dit betreft een iteratief proces. Hiertoe zullen experimenten uitgevoerd moeten worden om het sociaal innovatie vermogen van organisaties in de praktijk te ontwikkelen. In de achterliggende gedachte wordt gebruik gemaakt van het concept van 'elementaire taken', zeer eenvoudige functies. Maar naast het ontwikkelen van de methodiek om dergelijke eenvoudige functies te ontwerpen, zal er ook gekeken moeten worden naar methoden die behulpzaam zijn bij het beoordelen van het arbeidsvermogen van mensen. Inschattingen van het arbeidsvermogen kunnen het beste gedaan worden wanneer mensen daadwerkelijk aan het werk zijn. Op deze wijze kan beter inzicht gekregen worden in de werkelijke vermogens van personen en eventueel ook het vermogen om nieuwe taken te leren. Dit vergt een situatie gebonden wijze van assessment, zowel voor de beoordeling als voor de selectie van kandidaten.

Het voorstel is om een gecontroleerde veldstudie uit te voeren waarin bovenstaande methodiek in de praktijk wordt getoetst (en verder ontwikkeld). Dat betekent dat diverse organisaties in verschillende bedrijfssectoren worden doorgelicht aan de hand van een analyse van de werkprocessen in die organisaties (bedrijfsanalyse).

Vervolgens wordt op basis van de resultaten van de analyse beoordeeld hoe, door middel van aanpassing van bij voorkeur de 'secundaire processen' (oftewel 'ondersteunende' processen) in de organisatie, functies kunnen worden gecreëerd die voor de doelgroep geschikt worden geacht.

Dit idee zal in de praktijken moeten worden uitgetoetst. Het kan niet een theoretische exercitie blijven. Daarom wordt voorgesteld een soort van proeftuin in te richten binnen 2 tot 4 organisaties (bij voorkeur uit de profit en non-profit sector), waarin de methode wordt uitgetoetst en eenvoudige functies (bestaande uit elementaire activiteiten) worden aangeboden aan mensen met beperking (vnl. van psychosociale en/of verstandelijke aard).

Deze mensen krijgen de kans om op deze manier werkervaring op te doen, en het levert anderzijds een goede mogelijkheid om het arbeidsvermogen van deze mensen te bepalen. Immers het bepalen van het arbeidsvermogen gaat het beste tijdens de uitvoering van arbeid (zie ook aanbevelingen van de Cie. de Vries over fundamentele herziening van de Wsw). Anderzijds geeft het ook de mogelijkheid om de ontwikkeling van mensen te bekijken die aan werk worden geholpen.

Tevens kan ervaring worden opgedaan met het benaderen en instrueren van werkgevers met betrekking tot de voorgestelde aanpak. Uiteindelijk is de methodiek bedoeld om werkgevers te helpen om banen te creëren binnen hun organisatie.

Een dergelijke pilot zou de volgende stappen dienen te omvatten:

Stap 1: ontwikkelen van de methodieken voor ontwerpen van elementaire functies en het selecteren en beoedelen van kandidaten

Stap 2: benaderen van enkele organisaties voor deelname aan dit pilot experiment.

Stap 3: analyse van de organisatie en ontwerpen van functies

Stap 4: selecteren kandidaten

Stap 5: monitoren van kandidaten tijdens het werk, noteren van vorderingen en ervaringen van kandidaten.

Stap 6: eventueel aanpassen van functies (fine tuning).

Stap 7: rapportage.

Geschatte tijdsinvestering bedraagt 1,5 - 2 jaar.

Literatuur

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). Work Redesign Reading. *MA: Addison-Wesley*.

Hacker, W., (1978). Arbeitspsychologie. VEB Verlag der Wissenschaften, Berlin.

Hacker, W., Iwanowa, A., & Richter, P. (1983). *Tätigkeitsbewertungssystem. Verfahren zur objektiven Tätigkeitsanalyse*. Berlin: Humboldt-Universität

Kerkhofs, M.J.M., M.J.D. Schalk, M. Megens, en F.R.H. Zijlstra, (2000), Ontwikkeling in Arbeidsparticipatie en Gezondheid, in: C.A. Hazeu, J.J.A. Eggelte en F.A.G. den Butter (Eds.), *Naar een vrijwel volledige arbeidsparticipatie; dynamiek en belemmeringen*, WRR-113, pp 219-323, Den Haag.

Roe, R. A., & Zijlstra, F. R. H. (1991). Arbeidsanalyse ten behoeve van (her) ontwerp van functies: een handelings-theoretische invalshoek In: Algera, J. (Red.) *Analyse van de arbeid vanuit verschillende perspectieven*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 179-244.

Roman, A.A, & Schippers, J.J, (2008). Taakafplitsing en banen voor laaggeschoolden - werkgevers aan zet. *SMA* juli/augustus 2008 (nr 7/8).

Soest, K.van, Lierop, B, van, Pijl, D. van der, Crombag, P. (2007). *Methode Maakwerk. Een handleiding voor het creëren van banen voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Vilans.

Stoutjesdijk, M., & Berendsen, E. (2007). Kenniscahier 07-01: *De groei van de Wajonginstroom*: UWV Kenniscentrum.

Suijker, F. W. (2007). *Verdubbeling van de instroom in de Wajong: Oorzaken en beleidsopties*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Hilderink, I., & van 't Land, H., (2008). GGZ in Tabellen 2007. Trimbos Instituut.

Zijlstra, F.R.H., Schalk, M.J.D., & Roe, R.A., (1996). Veranderingen in de Arbeid. Consequenties voor Werkenden. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, vol.12 (3). 251-263.

Zijlstra, F.R.H., (2003). Effect van (informatie)technologie op werkdruk en stress. In: P. Ester, D. Fouarge, M. Kerkhofs & A. Roman (Red.), *ICT, Arbeid en Organisatie*, pp 209-223. Amsterdam: Reed Business Information.

Hoofdstuk 4:

Synthese door de projectgroep SMBA

De gedachtewisselingen in de projectgroep SMBA tijdens voorbereiding van de werkconferenties, de analyses en ideeën vervat in de papers en de discussies daarover tijdens en na de conferenties, hebben nieuwe inzichten opgeleverd over centrale thema's in het werkveld SMBA, over opvattingen en vragen die leven bij professionals in dit veld en bij wetenschappers die dat veld iets te bieden hebben, en tot slot over de kennisvragen die dat oplevert voor onderzoek ter verbetering van de kwaliteit van SMBA in zijn diverse toepassingen. De huidige stand van zaken in de kennisontwikkeling en de innovatieve ideeën op dit werkveld zijn niet binnen een gezamenlijk eenduidig conceptueel kader beschreven. Het voorstel van de projectgroep SMBA om, in navolging van het advies van de Gezondheidsraad, het ICF-model als generiek conceptueel kader te beproeven heeft weinig weerklank gevonden. Vooral nog hanteren de auteurs zeer uiteenlopende theoretische vertrekpunten. De toekomst zal uitwijzen of een integratief theoretisch kader voor SMBA mogelijk en wenselijk is, en wat de betekenis van het ICF-model daarvoor is. Dit hoofdstuk is een poging van de projectgroep SMBA tot een synthese van de resultaten op hoofdlijnen.

4.1 Twee invalshoeken voor SMBA

In de voorgaande hoofdstukken zijn tal van vraagstukken met betrekking tot de Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen aan de orde gesteld. Wat daarbij vooral opvalt is dat deze beoordeling vanuit zeer verschillend perspectief ingevuld kan worden, hetgeen zich ook vertaalt in zeer diverse probleemstellingen en voorstellen tot onderzoek en ontwikkeling. In de bijdragen vanuit uiteenlopende invalshoeken valt echter een tweetal kernproblemen te onderkennen:

1. De problematiek van beoordelen zelf, het *professionele beoordelingsproces*, beoordelen als vak, is prominent aan de orde gekomen. Hoe kan de beoordeling zoveel mogelijk geobjectiveerd worden, zijn er hulpsystemen (methoden, instrumenten) te bedenken om de betrouwbaarheid van het oordeel te vergroten?
2. De *functie van de beoordeling* is van grote invloed op de aard van de vragen waarvoor de auteurs zich gesteld zien, evenals voor de gekozen oplossingsrichtingen. Wat is het doel van de beoordeling: een beslissend antwoord op een claim gericht op compensatie (eindresultaat), of een (terugkerende) onderdeel van een hervattings- of re-integratieproces, een participatiegerichte beoordeling?

4.1.1 Kwaliteit, met name de betrouwbaarheid van de beoordeling

Vanuit diverse bijdragen over de kwaliteit van de beoordelingen met name de betrouwbaarheid ervan, worden verschillende componenten voor een verbeterprogramma aangedragen. Allereerst kennis, ter ondersteuning van de beoordelaar. Hierbij kan gedacht worden aan een vorm van jurisprudentie (mediprudentie/adprudentie), waar getoetste uitspraken verzameld worden die kunnen dienen als kennisbron voor volgende beoordelingen. Ook kan gedacht worden aan een ondersteuning van de besluitvorming, door het ontwikkelen van een, door ICT ondersteund, argumentatief model. Hoe dan ook, lijkt nader inzicht in de

huidige praktijk van oordeelsvorming ('in de spreekkamer') van groot belang als grondslag voor elke vorm van innovatie gericht op verbetering van de kwaliteit van de beoordeling. De betrouwbaarheid van de beoordeling wordt echter ook in belangrijke mate beïnvloed door de kwaliteit van de informatie zoals deze van de cliënt verkregen wordt. Hierbij is het van belang dat de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige op een goede geprotocolleerde wijze informatie van de cliënt verzamelen. Maar evenzeer is het van belang dat de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige kunnen inschatten in hoeverre de informatie die door de cliënt gegeven wordt plausibel is.

4.1.2 De functie van de beoordeling: compensatie versus participatie

Er zijn uiteenlopende vormen van SMBA, afgestemd op verschillende toepassingen. Maar in de loop van het project SMBA is duidelijk geworden dat er één hoofdonderscheid gemaakt moet worden, en wel naar de functie van de beoordelingen. Enerzijds zijn er de beoordelingen gericht op **compensatie**, en anderzijds de beoordelingen gericht op **participatie**. Beide vormen van beoordeling doen wel voor een groot deel een beroep op vergelijkbare expertise, maar dienen de realisatie van verschillende - deels strijdige - doelstellingen, binnen uiteenlopende wettelijke en organisatorische kaders, en hanteren bovenal principieel verschillende criteria voor arbeid (zie verderop, paragraaf 4.3). Beoordeling gericht op claimbeoordeling (recht, duur en hoogte van uitkeringen) staat vaak haaks op beoordeling gericht op arbeidsparticipatie (in ieder geval in de beleving van de persoon die het betreft). De eerste beoordeling gaat over onvermogen en (de financiële gevolgen van) verlies van arbeidsvermogen, de tweede over het ontdekken en vergroten van arbeidsvermogen. Daarmee samenhangend is de eerste overwegend retrospectief en gefixeerd op de momentane toestand als 'eindtoestand' ('defecttoestand'), de tweede is overwegend prospectief (onderdeel 'plan van aanpak') met de huidige situatie als vertrekpunt.

4.2 Positionering van de verschillende deelstudies

De negen bijdragen in hoofdstuk 3 kunnen gerangschikt worden binnen deze beide perspectieven: kwaliteit van de professionele beoordeling, gericht op compensatie of participatie. Hiermee kunnen twee thema's worden gedefinieerd: **kwaliteit van de claimbeoordeling** en **kwaliteit van de participatiegericht beoordeling**.

Vijf bijdragen gaan over kwaliteit van de claimbeoordeling, en manieren om die kwaliteit te verbeteren, gericht op het methodisch handelen van professionele beoordelaars, op ondersteunende (informatie)systemen, en methodieken om de betrouwbaarheid van de door de cliënt gegeven informatie te toetsen. Binnen het thema **kwaliteit van de claimbeoordeling** kunnen de volgende vijf bijdragen worden gerangschikt (onder verwijzing naar de paragrafen van hoofdstuk 3):

- Kwaliteit van de claimbeoordeling: onderzoek en innovatie (3.1)
- Professioneel oordelen over arbeidsvermogen (3.2)
- Representatieve beoordeling van arbeidsvermogen (3.3)
- Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen: een argumentatief model en mogelijke ICT-ondersteuning (3.4)
- Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen: plausibiliteit van door cliënten gerapporteerde symptomen en beperkingen (3.5).

Binnen het thema **kwaliteit van de participatiegericht beoordeling** kunnen 4 bijdragen worden gerangschikt. Deze bijdragen richten zich op de beoordeling van de interactie tussen de persoon en concreet uitvoerbare werkzaamheden, gegeven persoonlijke factoren en relevante externe factoren. De eerste bijdrage daarvan probeert een brug te slaan tussen de claimbeoordeling en een meer op re-integratie gerichte aanpak:

- Participatie gerichte claimbeoordeling (3.6)

De drie andere bijdragen vanuit dit perspectief richten zich op een participatieve activerende benadering binnen de sociaal medische beoordeling van wegens ziekte uitgevallen werknemers, of op het creëren van functies die aangepast zijn aan de mogelijkheden van de werknemer met beperkingen, waardoor de beoordeling en participatie ook gelijk op kunnen gaan:

- Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen vanuit een participatiegericht benadering: uitdagingen binnen deze paradigmashift (3.7).
- Sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen: maak werk van interactie tussen alle partijen! (3.8)
- Taken voor laag-gekwalificeerden: op weg naar een parallelle arbeidsmarkt? (3.9).

De negen verschillende bijdragen geven een divers en veelzijdig beeld van de problemen en mogelijke oplossingen in het werkveld van de sociaal medische beoordeling van arbeidsvermogen. Tezamen bieden ze een uitzicht op twee complementaire toekomstige onderzoekslijnen op het gebied van SMBA.

4.3 De cruciale rol van beoordelingscriteria voor compensatie en participatie

Beoordeling van arbeidsvermogen is per definitie (Hofstee, 1999) een uitspraak over iets van iemand, een hoedanigheid/kwaliteit van de persoon. Die hoedanigheid is in het geval van SMBA een **relatie** van de persoon tot een object. Het is een uitspraak over hoe de persoon zich verhoudt tot arbeid. Arbeidsvermogen is weliswaar op te vatten als een eigenschap of kenmerk van een individu, maar moet altijd gezien worden in relatie tot concrete vormen van arbeid. Ofschoon bij de claimbeoordeling in het kader van de WIA concrete voorbeelden van arbeid worden gehanteerd als criterium, wordt het arbeidsvermogen uitgedrukt in termen van (verlies van) verdien capaciteit (zie ook hoofdstuk 2). Bovendien worden deze voorbeelden van gangbare arbeid geoperationaliseerd met bestaande functies, zonder aanpassingen. De voorbeelden van bestaande gangbare arbeid voor een cliënt worden zo gekozen dat ze een inschatting van de maximale verdien capaciteit mogelijk maken. Met deze voorbeelden wordt daarom geen uitputtende inschatting gegeven van de verschillende vormen van arbeid waartoe de cliënt in staat zou zijn, zeker niet wanneer ook rekening zou worden gehouden met mogelijke aanpassingen (aan de persoon en/of aan het werk). Evenmin is bij deze beoordeling rekening gehouden met voorkeuren van de cliënt en van de (potentiële) werkgever.

Met deze vorm van claimbeoordeling wordt vooral een beoordeling gegeven van een **statisch vermogen van een persoon** in relatie tot een **statische arbeidssituatie**; een relatie die bovendien wordt uitgedrukt in loonwaarde (verdien capaciteit). Deze benadering kan leiden tot een vertekend beeld van het vermogen om arbeidsprestaties te leveren (arbeids-

vermogen). Dit kan tot uiting komen als onderschatting van het arbeidsvermogen (in geval van 80-100% arbeidsongeschiktheid na medisch-arbeidskundige beoordeling), maar ook als overschatting van het arbeidsvermogen (in geval van minder dan 35% arbeidsongeschiktheid).

In de huidige praktijk van de claimbeoordeling in de publieke en private sector worden verschillende varianten van het arbeidscriterium gehanteerd voor de bepaling van de mate van arbeid(on)geschiktheid. Dezelfde persoon kan als arbeidsgeschikt of als arbeidsongeschikt worden beschouwd, al naar gelang het arbeids- of inkomencriterium, dat voor hem in de verzekeringsvoorwaarden (polis) is vastgelegd. Soms wordt iemand als arbeidsongeschikt beschouwd (heeft een verlies van arbeidsvermogen geleden dat in aanmerking komt voor financiële compensatie) als hij zijn eigen werk niet meer kan uitvoeren als gevolg van gezondheidsproblemen; soms pas als hij geen functies op zijn eigen niveau meer kan vervullen (passende arbeid); soms alleen maar als hij op geen enkel niveau bestaande functies kan uitvoeren (gangbare arbeid). Dit zijn echter allemaal varianten van een **gefixeerd arbeidscriterium**.

In de meer dynamische benadering die hoort bij op participatiegerichte beoordelingen, richt de beoordeling van het arbeidsvermogen zich op de interactie tussen de persoon met zijn beperkingen en concrete arbeidssituatie(s). Daarbij wordt aangesloten bij ontwikkelingen in wet- en regelgeving voor re-integratie van werknemers in de ziekteperiode (WVP, VLZ) die interventies verlangen gericht op werkhervatting.

In de participatiegerichte beoordeling kan worden uitgegaan van bestaande functies, maar daarbij hoeft het niet te blijven. Ook kunnen afzonderlijke werkzaamheden als criterium in de beoordeling worden betrokken, vaak zijn dit onderdelen van bestaande functies (taken). In dat laatste geval zullen aanpassingen moeten worden aangebracht in de organisatie van het werk om deze geschikte werkzaamheden, afzonderlijke functieonderdelen, te vertalen in reële functies en uitvoeringvoorwaarden. In dat geval zouden we kunnen spreken van een **constructief criterium**, omdat arbeid in die vorm nog niet bestaat maar geconstrueerd moet worden, passend voor de persoon en de organisatie in kwestie. Deze benadering wordt gevolgd bij **individuele** werkaanpassingen voor werknemers die na langdurig ziekteverzuim weer (geleidelijk) hervatten. Een andere toepassing kiest de **arbeidsorganisatie** als uitgangspunt voor interventies, gericht op het creëren van passend werk voor mensen met beperkingen in functioneren: een meer inclusieve arbeidsorganisatie.

In **participatiegerichte beoordelingen** wordt met de term arbeidsvermogen aangegeven welke vormen van arbeid een persoon succesvol zou kunnen uitoefenen, onder welke technische en organisatorische randvoorwaarden. Succesvol wil zeggen met het vereiste resultaat voor het bedrijf (product/dienst) en de persoon (adequate beloning, arbeids-satisfactie), zonder nadelige gevolgen voor het bedrijf (veiligheid als ondergrens) of voor de persoon (gezondheidsschade als ondergrens).

Met de introductie van de nieuwe Wajongwetgeving per 1 januari 2010 wordt bij de claimbeoordeling een onderscheid gemaakt tussen personen die in het geheel niet kunnen werken, personen die in staat zijn tot gangbare arbeid, en personen die geen gangbare

arbeid kunnen uitvoeren en daarom zijn aangewezen op aangepast werk. Van deze laatste wordt aangenomen dat ze in enige vorm productieve werkzaamheden kunnen uitvoeren, met andere woorden, dat ze over arbeidsvermogen beschikken. Met hen wordt een participatieplan opgesteld om die mogelijkheden ook in de bedrijfspraktijk te realiseren. Daarvoor wordt een periode van 10 jaar uitgetrokken, waarin de ontwikkelmogelijkheden van de persoon in relatie tot aangepast werk, en andere aanpassingen in de arbeidsorganisatie, in praktijk worden beproefd. Pas na afloop van die periode wordt een definitieve beoordeling gemaakt de mate van arbeid(on)geschiktheid, mede op grond van de behaalde re-integratieresultaten.

In verhouding tot claimbeoordelingen hanteren participatiegerichte beoordelingen doorgaans criteria die meer aanknopingspunten hebben in de arbeidssituatie en de persoon, die beide bovendien als veranderbaar (onderwerp van gerichte interventies) worden opgevat. Die informatie draagt in potentie bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van het oordeel over het (gerealiseerde) arbeidsvermogen. Vooral de praktijktoetsing vermindert de kans op overschatting van het arbeidsvermogen. De waarde van deze informatie is echter mede afhankelijk van de motivatie van de betrokken werkzoekende en de bereidheid en mogelijkheden van werkgevers en (toekomstige) collega's om de noodzakelijke aanpassingen in werk en werkorganisatie door te voeren. In deze factoren schuilt evenwel een risico op onderschatting van het arbeidsvermogen. Dit zijn uitgerekend factoren die –onder andere om dit risico te minimaliseren- bij de claimbeoordeling ‘buiten haken’ worden gezet. De kunst voor het ontwerp van betrouwbare participatiegerichte beoordelingen zal het zijn om op dit risico een adequaat antwoord te vinden.

4.4 Tendens in SMBA: zicht nodig op ontwikkelingsmogelijkheden van mens en werk

Er heeft een onmiskenbare omslag in de sociale zekerheid plaatsgevonden, van compensatie naar participatie als hoofddoelstelling van beleid en uitvoering. Dit komt vooralsnog vooral tot uiting in de inzet van meer beleid, mensen en middelen voor re-integratie. De afgelopen jaren is er ook veel onderzoek op gang gekomen naar de (netto-) effectiviteit van de interventies gericht op re-integratie, naar de kwaliteit van methoden en instrumenten die ingezet worden bij probleemanalyse (diagnose) en plan van aanpak (interventie). Tot dusver is het beeld dat daaruit oprijst niet bemoedigend. Er zijn weinig gegevens over bewezen effectiviteit, en voor zover aanwezig zijn de effecten gering en specifiek voor bepaalde subgroepen. In het algemeen is er behoefte aan beschrijvend en experimenteel onderzoek, om antwoord te krijgen op de vraag: wat werkt voor wie, wanneer en waarom (niet)? In recente publicaties wordt veel nadruk gelegd op het belang van een adequate diagnose (lees: SMBA) ten behoeve van inzet van interventies op maat, gericht op behoud of verwerven van arbeidsparticipatie.

Naar verwachting zullen er de komende jaren op het gebied van participatie twee ontwikkelingen (versterkt) optreden, die een meer proactieve vorm van SMBA vereisen. Enerzijds de bevordering van de employability (inzetbaarheid) van individuele werknemers, anderzijds de bevordering van de ‘employmentability’ (opnamevermogen) van arbeidsorganisaties.

4.5 Versterking van Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen nodig

In de afzonderlijke bijdragen, tijdens de twee conferenties en in de voorbereiding daarvan is de meeste aandacht uitgegaan naar de claimbeoordeling in het kader van de wet WIA, en de daaraan voorafgaande toetsing van de re-integratie inspanningen van werkgever en werknemer (RIV-toetsing). Bovendien is deze vorm van SMBA overwegend behandeld vanuit de verzekeringsgeneeskundige optiek. Beide verschijnselen kunnen worden opgevat als uiting van de huidige status quo op het werkkterrein van SMBA, waarin pas geleidelijk een grotere rol begint te ontstaan voor SMBA gericht op arbeidsparticipatie. Tot voor kort werd het werkkterrein van SMBA grotendeels bepaald door vraagstukken rond het voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid (Poortwachter, VLZ) en de vaststelling van de mate van langdurige arbeidsongeschiktheid (van WAO naar WIA, de herbeoordelingsoperatie aSB). Daarbij stonden bovendien vooral verzekeringsartsen in de schijnwerper. De verzekeringsartsen hebben -mede in reactie daarop- in de afgelopen jaren voor hun professionalisering de weg naar de universiteiten weten te vinden, eerder dan andere beroepsgroepen in dit veld (arbeidsdeskundigen, werkcoaches, jobcoaches). Ter illustratie: het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) bestaat inmiddels 5 jaar, het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum centrum (AKC) is pas dit jaar van start gegaan. Overigens is naar verwachting veel van wat aangevoerd is als probleemanalyse en oplossingsrichting bij de claimbeoordeling door verzekeringsartsen, mutatis mutandis ook van toepassing op het werk van andere professionals op dit gebied, met name arbeidsdeskundigen.

In de komende periode zal in samenspraak met beide genoemde kenniscentra en andere relevante professionele groepen gekeken moeten worden op welke wijze systematisch gewerkt kan worden aan een versterking van de kennis op het gebied van de sociaal medische beoordeling en daarmee van de verder te ontwikkelen competenties bij de uitvoerende professionals.

4.6 Toekomstige ontwikkelingen in SMBA-onderzoek

De belangrijkste onderzoeksvragen voor de toekomst zijn af te leiden van de vraag hoe de sociaal medische beoordeling het best kan bijdragen aan de voortgaande maatschappelijke verandering, van een zorgmaatschappij naar een participatie maatschappij. Daarbij is er van uit te gaan dat de verzekeringsfunctie van de sociale zekerheid niet gemist kan worden, maar zich meer en meer zal beperken tot onoverkomelijk substantieel of volledig verlies van arbeidsvermogen. Het is de vraag of die beperkte compensatiefunctie een complexe beoordeling op basis van verdiencapaciteit blijvend vereist. Vereenvoudiging van de huidige compensatiegerichte beoordeling zou daarom een onderwerp van onderzoek en ontwikkeling kunnen zijn. Naar verwachting gaat van zo'n vereenvoudiging ook een positieve invloed uit op diverse aspecten van de huidige claimbeoordeling waarop kwaliteitsverbetering mogelijk en noodzakelijk wordt geacht.

De huidige tendens naar activering en participatiebevordering richt zich op werkgever en werknemer, op de werkende of werkzoekende persoon en op diens (mogelijke) arbeids-situatie. De rol van SMBA zou er een moeten zijn van ondersteuning en bevordering van deze participatietendens. Daarvoor is zowel een robuuste claimbeoordeling nodig als een creatieve participatiegerichte beoordeling.

Voor de innovatie van de praktijk van SMBA valt bovenstaande gedachtegang in de volgende vragen 'ter beoordeling' samen te vatten: zijn er medische redenen die werken in het geheel onmogelijk maken? Zo nee, wat zijn dan vanuit medische optiek de randvoorwaarden voor het verrichten van arbeidsactiviteiten? Hoe kunnen, gegeven deze randvoorwaarden, de mogelijkheden (capaciteiten, competenties) van de persoon en de eisen in werk optimaal op elkaar worden afgestemd? Dat kan zijn door matching van vraag en aanbod, door scholing training van de werkende of werkzoekende, of door aanpassing van het werk en de werkorganisatie. Daarbij mag zeker niet uit het oog worden verloren dat voor de daadwerkelijke inschakeling van mensen met beperkingen in arbeid ook andere relevante belemmeringen in de persoon en omgeving ('secundaire beperkingen') uit de weg moeten worden geruimd. Dat vereist een interactieve benadering van de persoon, het werk en de werkorganisatie, en andere relevante factoren die arbeidsparticipatie kunnen bevorderen of belemmeren.

In het vervolg op dit SMBA-project lijkt het een interessante gedachte om vanuit een dergelijke agenda de voorstellen ter bevordering van de kwaliteit van de claimbeoordeling en van de kwaliteit van de participatiegerichte beoordeling die in deze bundel zijn geformuleerd (3.1 tot en met 3.9) te bezien. Daarbij zou ook een relatie gelegd moeten worden met lopende en geplande onderzoeksinitiatieven van het kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) en het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum (AKC).

Bijlage I: Deelnemers aan de invitational conferences SMBA

De heer dr. H. Anema	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde/Vumc
De heer prof. dr. A.J. van der Beek	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde/Vumc
De heer prof. dr. R.W.B. Blonk	Universiteit van Utrecht/TNO
De heer W.E.L. de Boer	Verzekeringsgeneeskundig onderzoeker, TNO
Mevrouw dr. S. Brouwer	Rijksuniversiteit Groningen/UMCG
De heer drs. R.L.M. van Deynen	Arbeidssocioloog, UWV-SBK
De heer prof. dr. F. van Dijk	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde/AMC
De heer mr. dr. J.J. Dijkstra	Rijksuniversiteit Groningen/Centrum voor Recht & ICT
Mevrouw dr. M.M. Gastelaars	Universiteit van Utrecht/TNO
De heer dr. Th. Groen	Prisma & Partners
Mevrouw dr. P. Hoenderdaal	Revalidatiearts
De heer prof. W.K.B. Hofstee	emeritus hoogleraar Persoonlijkheidspsychologie, RUG
De heer prof. dr. Ph. de Jong	Onderzoeksbureau APE
Mevrouw dr. J. H. Kerstholt	TNO Human Factors
De heer prof. dr. J.J. L. van der Klink	Rijksuniversiteit Groningen/UMCG
De heer drs. S. Knepper	Verzekeringsarts
De heer prof. M.A.J. Kompier	Radboud Universiteit/Arbeids- en organisatiepsychologie
De heer dr. H. Kroneman	Medisch adviseur UWV
Mevrouw dr. A.M. Meershoek	Universiteit van Maastricht/Bestuurs- en Organisatie- wetenschap
De heer prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach	Universiteit van Maastricht/Psychologie en Neuro- wetenschappen
De heer drs. H.P.G. Mulders	A&O-psycholoog, UWV-SBK
De heer prof. dr. F.J.N. Nijhuis	Universiteit van Maastricht/Arbeid en gezondheid
De heer prof.dr. H. Prakken	Rijksuniversiteit Groningen/Centrum voor Recht & ICT
De heer dr. R. Prins	Bureau Astri/Hogeschool Progresz
De heer dr. J.H.M. Schellekens	Rijksuniversiteit Groningen/UMCG
De heer ir. J.W. Vasbinder	Prisma & Partners
De heer dr. A. N. H. Weel	Bedrijfsarts
De heer prof. dr. J.H.B.M. Willems	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde/AMC
De heer dr. H. Wind	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde/AMC/UWV
De heer prof. dr. F.R.H. Zijlstra	Universiteit van Maastricht/ Work and Social Psychology

Bijlage II: Verslag expertmeeting 10 juni 2008

Door André Weel

Inleiding voorzitter

Doel van het SMBA-project is het stimuleren van een wetenschappelijke bijdrage tot vernieuwing van de professionele beoordeling van het arbeidsvermogen, én de beoordeling van de geschiktheid van werk. De wisselwerking tussen werk en arbeidsvermogen staat centraal.

Deze heroriëntatie is een uitvloeisel van het accent op arbeidsparticipatie, dat de WRR in een recent rapport het accent op verheffen en verbinden noemt. Participatie staat als begrip tegenover compensatie van het verlies aan verdien capaciteit. Het project wordt gefinancierd door de Stichting Instituut Gak (SIG).

In deze eerste expertconferentie ligt de nadruk op de bespreking van een aantal van tevoren rondgestuurde papers. Deze position papers moeten, samen met de discussie van vandaag, de input leveren voor een tweede expert conferentie eind 2008. Dan volgt een eindrapportage door de projectgroep, uitmondend in voorstellen tot vernieuwing van de beoordeling van het arbeidsvermogen.

Eerste sessie

Verbetering van de beoordeling van arbeidsvermogen voor compensatie

Sessievoorzitter: Frans Nijhuis

In deze eerste sessie staan de statische aspecten van de beoordeling van het arbeidsvermogen en de verdien capaciteit centraal. De nadruk ligt op de verbetering van de beoordeling van het arbeidsvermogen, ten behoeve van de bepaling van de verdienmogelijkheden of de schadebepaling.

In het kader van een compensatievraag wordt er een professioneel oordeel geveld over het arbeidsvermogen. Bij elk professioneel oordeel spelen de begrippen objectief en subjectief. Het beoordelingsproces is moeilijk te expliciteren, maar dat betekent niet dat het daarmee uitsluitend subjectief of willekeurig zou zijn. Het vaststellen van het arbeidsvermogen impliceert een norm.

De beoordeling van participatieproblemen is uiteraard retrospectief. Er is vaak een discrepantie tussen het beeld dat oprijst uit het dossier, en de indruk van de persoon zoals die tegenover de beoordelaar zit. Het gaat niet alleen om de beoordeling van het arbeidsvermogen, maar ook van mogelijkheden tot functioneren van mensen in hun omgeving in het algemeen.

Door het schattingsbesluit lijkt de beoordeling een rekenkundige zaak ('verdiencapaciteit') geworden. Ook in de particuliere sector is dit het geval. Het wordt betreurd dat de beoordeling zo is gedeprofessionaliseerd.

Betrouwbaarheid en uniformiteit zijn belangrijk voor SMBA – alsook een goede rapportage. In soortgelijke gevallen moet men tot soortgelijke uitkomsten komen. SMBA is een erg gesloten gebeuren. Bevruchting vanuit andere domeinen, zoals de besliskunde en de gedragswetenschappen moet nog plaatsvinden.

Een factor van betekenis is **malingering**: ofwel simuleren, het opzettelijk overdrijven of fabriceren van symptomen of een ziektegeschiedenis. Dit komt vaker voor dan velen menen. Voor het opsporen van malingerers is een testbatterij nodig. Psychologen kunnen deze construeren. Zo'n testbatterij moet voldoende specifiek en sensitief zijn.

In Nederland is heel weinig onderzoek naar malingering gedaan in vergelijking met de VS of Engeland.

Malingering veronderstelt een objectief criterium. Als je een objectieve procedure zou hanteren om de ernst van de stoornis of de mate van verlies van arbeidsvermogen vast te stellen, worden malingering tests feitelijk overbodig.

De prikkel tot het 'anders' presenteren van klachten kan ook worden verminderd of weggenomen. We hebben voorbeelden uit het buitenland waarbij een verzekeraar op voorhand meedeelt dat grote claims zullen worden getoetst op betrouwbaarheid. Dat leidt tot een afname van suspecte claims.

Bestaande onderzoeksprotocollen ondersteunen het opvragen van informatie, maar ze geven niet aan wat te doen met inconsistenties. Het beeld dat de onderzoeker zelf heeft opgebouwd gaat hij relateren aan de verkregen informatie.

Kan de onderzoeker wel tot een oordeel komen? Hij is immers afhankelijk van de informatie die het individu geeft. Daar moet hij een zo objectief mogelijke uitspraak over doen. Met een goede procedure, waarin hij de verkregen informatie toetst aan harde criteria, moet dit in principe mogelijk zijn.

Er is evenwel geen gouden standaard voor arbeidsvermogen of arbeidsparticipatie. Wel kan men testen of de patiënt eerlijke mededelingen over zichzelf doet. Wat mensen over zichzelf vertellen is altijd selectief. Indien men aanwijzingen heeft dat een patiënt onbetrouwbare informatie geeft, bijvoorbeeld omdat hij onwaarschijnlijk veel, dan wel non-existente, dan wel atypische symptomen meldt, dan ontstaat de behoefte om langs een andere weg informatie te verzamelen.

Zodra men een meetmethode gaat aanscherpen heeft men minder missers, maar ook meer **false alarms**. Een hogere sensitiviteit gaat ten koste van een lagere specificiteit.

In de beoordeling van functionele mogelijkheden kijkt de beoordelaar vooral naar de economische aspecten van de taak, in de zin van verdiencapaciteit. De cliënt kijkt daarentegen meer naar de kostenkant voor zichzelf: wat kost het hem om zijn taak te verrichten in termen van inspanning. Dat aspect zou meegewogen moeten worden.

Het gaat hierbij om aannemelijkheid, redelijkheid, en niet zozeer om het objectief vaststellen. Een juridische uitspraak noem je ook objectief. Een oordeel is niet uitsluitend legitiem omdat het objectief is, maar ook omdat het plausibel is.

Het onderscheid tussen objectief en subjectief is lastig hanteerbaar. In de praktijk betekent objectief: door anderen, of in maat en getal vastgesteld. Subjectief staat voor: uit de mond van de cliënt opgetekend.

Voor de kwaliteit van een beoordelingsmethodiek zijn drie gezichtspunten van belang: validiteit, betrouwbaarheid en **usability** (bruikbaarheid). Men kan het beste deze klassieke psychometrische grootheden hanteren in plaats van subjectief of objectief.

Er is een spanningsveld tussen klinische en actuariële beslissingen. Bij een professionele beoordeling wordt een analyse van het verleden gemaakt. Hoe is het huidige beeld ontstaan? De verzekeringsarts construeert als het ware een plaatje van de cliënt. Aan dat plaatje toetst hij wat de cliënt zelf zegt wel of niet te kunnen.

In feite vertoont de huidige beoordeling kenmerken van een rechtbankmodel. Werkgever en bedrijfsarts komen samen met de cliënt tot een re-integratieverslag, waarin de bedrijfsarts het onvermogen van de cliënt beschrijft. Zij vormen de ene partij. Aan de andere kant staat de UWV-arts die zowel rechter als vertegenwoordiger van de belastingbetaler is, voor de vraag of er compensatie kan worden gegeven.

De cliënt gaat met angst naar de arts, want er hangt hem iets boven zijn hoofd: vermindering van zijn uitkering. Dat heeft invloed op zijn gedrag. En op dat van de beoordelaar. Veel mensen vinden dat ze recht hebben op een uitkering. "Er is mij iets overkomen dus ik heb recht op compensatie". De cliënt wil iets realiseren. In rechtszaal is dat strafvermindering. De cliënt gaat zich gedragen zoals hij denkt dat hij zich moet gedragen gelet op zijn claim. Het is dus de vraag of mensen in staat zijn zelf te beoordelen wat ze kunnen. In rechtbanktermen: de verdachte schetst een (vertekend) beeld van de werkelijkheid om de eigen belangen veilig te stellen. Er is daarbij sprake van een geleidelijke overgang tussen sturen en liegen. De cliënt selecteert de informatie die hij prijsgeeft.

Het juridiseren van de hele beoordeling heeft als basis (en mogelijk nadeel) dat wordt uitgegaan van tegengestelde belangen. Als daarvan sprake is, is het verzuimproces langer, want partijen gaan argumenten zoeken.

Conclusies eerste sessie

1. Er is geen gouden standaard voor de beoordeling van het arbeidsvermogen.
2. Een beoordelingsmethode in het kader van SMBA moet voldoende validiteit, betrouwbaarheid en usability bezitten.
3. Cliënten geven selectief informatie in het kader van SMBA.
4. Malingering is een reëel probleem, waarvan de omvang wordt onderschat.
5. De huidige SMBA vertoont overeenkomst met een rechtbankmodel: er is sprake van twee partijen (cliënt en maatschappij) met tegengestelde belangen.

Tweede sessie Verbetering van de beoordeling arbeidsvermogen voor participatie

Sessievoorzitter: Han Willems

We zitten in een traject van compenseren naar participeren en omgekeerd.
Hoe gaat dit proces verlopen?

De omslag van compensatie naar participatie gaat gepaard met een dynamisering van de beoordeling. De centrale vraag is: welke informatie is op welk moment nodig om de participatie zo goed mogelijk vorm te geven? Daarbij spelen motivationele processen bij cliënt én werkgever een rol.

Er moet instrumentarium worden ontwikkeld om het functioneren in werk zowel in economische als in gezondheidskundige zin in kaart te brengen. We moeten naar een balans met aan de ene kant een aanvaardbare arbeidsprestatie voor de werkgever, en aan de andere kant een aanvaardbare kostenkant voor de werknemer.

Bij werkende chronisch zieken weten we amper wat dit motivationeel – adaptief betekent voor de cliënt. Wat zijn de consequenties voor participatie en voor de benodigde interventies? Hoe kunnen we het ook voor werkgevers aantrekkelijk maken om in de verschillende fasen van het proces mee te blijven werken aan arbeidsparticipatie?

Is er arbeid te creëren die voor mensen met bepaalde gezondheidsproblemen uitvoerbaar is? Het begrip 'tweede arbeidsmarkt' duikt op.

Als voorbeeld wordt de beoordeling van het arbeidsvermogen van mensen met hersenletsel genoemd. Deze missen vaak de boot en haken af, bijvoorbeeld bij het omgaan met collega's; hun gevoel voor humor. Ze zijn minder flexibel en kunnen niet veel opdrachten tegelijk aan. Ze zijn snel vermoeid. Hun leef- en werktempo ligt lager.

Maar ook de determinanten van hun arbeid moeten worden bekeken. Wat wordt er in een werksituatie van iemand gevraagd? De productiviteit wordt steeds verder opgevoerd. Het beroep op werknemers wordt steeds zwaarder. Ze moeten hun targets in 40 uur per week halen. En ze hebben een leven naast het werken.

Hoe kan een optimale match tussen de arbeid en de persoon worden gerealiseerd?

Er is vorig jaar onderzoek gedaan door de Stichting Instituut Gak met de vraag: welke technologie kan worden ingezet voor een betere participatie? Van hulpmiddelen die in het buitenland al worden gebruikt, moeten we nagaan of we die goed en wetenschappelijk kunnen onderbouwen en gebruiken.

De sociale zekerheid zou een luwe plaats moeten zijn waar je naar hartelust kunt innoveren en dingen uitproberen los van de waan van de dag.

De compensatiebeoordeling moet wellicht heel anders worden ingericht dan de participatiebeoordeling. De vraag is of de tweede arbeidsmarkt inderdaad een oplossing biedt voor de problemen in de sociale zekerheid.

Job carving kan een weg bieden naar een tweede arbeidsmarkt. Het betreft hier een methode om elementen uit een functie halen die een ander kan doen. Het gevaar bestaat dat je de gemakkelijke elementen er uithaalt, waardoor de resterende functie lastiger wordt. Het is wellicht effectiever om dit op organisatieniveau te doen en interessante vacatures te creëren. Zo ontstaat een parallelle arbeidsmarkt die economisch minder rendabel zal zijn. De vraag is wie dat wil financieren.

Momenteel worden arbeidstaken als catering en schoonmaak ge-outsourced om redenen van efficiency. Misschien kan men juist daar jobs creëren voor mensen met beperkingen, zonder dat de primaire processen worden verstoord.

Sommige ondernemers hebben de kwaliteiten van mensen met beperkingen ontdekt. Zo zijn er autisten die met succes als tester worden ingezet. De vraag is: welke werkzaamheden lenen zich voor mensen die geen volledige functie kunnen uitvoeren?

Mensen met beperkingen moeten idealiter worden geïntegreerd in bestaande organisaties. Dat vereist een systematische aanpak op twee fronten: de mensen en de taken. We willen dat iedereen zoveel mogelijk participeert. Dat heeft ook maatschappelijke rendementen. Het geld is de prikkel voor bedrijven om dat soort stappen te doen.

Functies moeten ook lerende functies zijn. We moeten niet allemaal functies aan de onderkant gaan creëren. Er is behoefte aan een goed instrument waarmee de ontwikkelingsmogelijkheden van jongeren zonder werkervaring en/of met een matige opleiding kunnen worden vastgesteld.

In de VS is een bedrijf, Link-up genaamd, dat het aan het werk helpen van mensen (langdurig werklozen) ziet als een marketing probleem. Men gaat hier na wat mensen kunnen (geen uitgebreide intake, maar een gesprek: wat denkt de mens zelf dat hij kan?) Vervolgens worden mensen bij werkgevers geplaatst. Deze werkwijze is succesvol gebleken, en inmiddels door diverse Amerikaanse staten overgenomen.

In 15 Europese landen is onderzoek gedaan naar wat maakt dat een jongere of oudere met beperkingen erin slaagt om werk te vinden. De belangrijkste factor is optimisme. Is het positief omgaan met je handicap een persoonlijkheidskenmerk of een veranderlijke eigenschap?

De discussie ging tot nu toe vooral over participatiebevordering. De vraag is echter wat er aan de beoordeling moet veranderen.

Het antwoord gaat in de richting van verschillende beoordelingen door verschillende instanties, gelet op de grote verschillen tussen de scenario's compensatie en participatie. Bij participatie is er meer sprake van coaching dan van beoordeling *sensu stricto*. De scenario's zouden na elkaar moeten plaatsvinden. Eerst kijken of participatie lukt en welke ondersteuning daarbij nodig is. Als de participatie niet of onvoldoende lukt, dan volgt een beoordeling gericht op financiële compensatie.

In het buitenland lijkt alleen sprake te zijn van een participatiescenario. Alles is erop gericht mensen weer aan het werk te helpen. Er wordt hierbij gewaarschuwd voor expertisesystemen en beslisregels of algoritmen.

De waarde daarvan wordt sterk bepaald door wat men erin heeft gestopt. Systemen zijn vaak status quo-bevestigend. Aan algoritmen liggen assumpties bedacht door mensen ten grondslag. Daarmee wordt een imago van objectiviteit gecreëerd.

Voor mensen bij wie een breuk in het leven is gekomen, zoals een neurologische aandoening, zijn opleidingsniveau en werkervaring vaak niet meer relevant. Er is dan sprake van een blijvend veranderde belastbaarheid. De individuele variatie is evenwel enorm groot. Dat beperkt de toepasbaarheid van de bedoelde systemen.

Voor een dynamisch beoordelingsstelsel kan een nadere studie van de voorspellende waarde van bijvoorbeeld historische gegevens een optie zijn.

Verder is het een uitdaging om het productieve vermogen van mensen betrouwbaar in kaart brengen – en het optimisme te bevorderen.

Conclusies tweede sessie

1. Bij een optimale participatie zijn de ('objectieve') arbeidsprestatie en de ('subjectieve') arbeidsinspanning van de werknemer met elkaar in balans.
2. Er is behoefte aan meetinstrumenten voor het functioneren in werk zowel in economische (arbeidsprestatie) als in gezondheidskundige zin (arbeidsinspanning en gevolgen).
3. Een tweede arbeidsmarkt kan op macroniveau bijdragen aan vergroting van de arbeidsparticipatie.
4. Optimisme is een belangrijke determinant van geslaagde re-integratie.

Derde sessie

Gezamenlijk conceptueel model ICF?

Voorzitter: Herman Kroneman

In het ICF-model (International Classification of Functioning: de opvolger van de ICDH) hebben ziekten uitingen op drie niveaus: stoornis functies, beperking /mogelijkheden, handicap/participeren. De uitgangsvraag voor deze sessie is, in hoeverre dit model bruikbaar is voor participatie.

Het maakt daarbij verschil in welke fase je een cliënt benadert, en ook of dat in het kader van compensatie of participatie is. In verschillende fasen van het proces kunnen andere velden van de ICF relevant zijn. Duurt een ziekte langer, dan gaan gedrags- en omgevingscomponenten zwaarder wegen. Ook de motivatie kan fase-afhankelijk zijn.

De ICF wordt momenteel bij de claimbeoordeling door UWV nauwelijks gebruikt.

De ICF is vooral een internationaal medische aangelegenheid. Vanuit persoonlijkheidspsychologisch opzicht is de ICF deficiënt. Men moet onderscheid maken tussen **persoonlijkheidsfactoren** en **persoonlijke** factoren. De acht persoonlijkheidsstoornissen in de ICF staan in geen enkele relatie tot de persoonlijkheidsstoornissen uit As II van de DSM.

Zou men idealiter elke keer alle aspecten/blokken van de ICF moeten betrekken bij de beoordeling? Het maakt verschil of je compensatie- dan wel participatiegericht kijkt. Bij participatie zijn persoonlijke factoren en externe factoren van groot belang.

Er zijn ook heel kritische en sceptische geluiden over de ICF. Wat is de meerwaarde ervan voor de praktijk van de verzekeringsarts? De ICF biedt een internationaal begrippenkader, dat nuttig is voor wetenschappers. De ICF heeft verder de pretentie politiek correct te zijn. Is participatie niet ook een politieke issue? We hebben nu een tekort op de arbeidsmarkt en in de tijd van de ICDH was er een overschot.

Een praktiserend verzekeringsarts kan niets met de ICF. Het helpt hem niet bij de beoordeling. Voor de praktijk zou de ICF moeten worden teruggebracht tot enkele tientallen begrippen die bruikbaar en redelijk betrouwbaar zijn vast te stellen.

Verzekeringsartsen gebruiken nu de FML. De Functionele Mogelijkheden Lijst bevat 56 begrippen waarvan we denken dat je die kan vaststellen.

De ICF is slechts een denkkader om na te gaan of je alle elementen die je voor de beoordeling nodig hebt, ook hebt bekeken.

Daarnaast is de ICF heel erg statisch. Maar het is een realiteit dat we overschakelen naar een participatiemodel, dus heb je een kader nodig waarin dat begrip redelijk centraal staat. Voor toetsing geeft de ICF slechts een momentopname. Voor een dynamische beoordeling zijn meerdere momentopnames nodig. De ICF is een classificatie, en niet meer dan dat.

Het is niet toevallig dat die persoonlijkheidsfactoren een soort restcategorie vormen.

Je kunt niet de pretentie hebben om op afzienbare termijn dit soort zaken enigszins objectief te meten. Een persoonlijkheidstest of persoonlijkheidsmeting bestaan niet; het enige wat bestaat is beoordeling. Er zit steeds een beoordelaar tussen en die is een bron van variantie.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen harde en zachte competenties in het kader van SMBA. Harde competenties kun je door scholing en training ontwikkelen. Bij zachte competenties is dat veel minder het geval. Denk aan samenwerken, omgaan met stress. Het gaat hier veel meer om vaardigheden die je van huis uit al dan niet bezit en die maar beperkt trainbaar zijn. Bij veel Wajongers en mensen die lang uit het werk zijn ontbreekt het juist aan deze zachte competenties.

De ICF is niet gemaakt voor arbeid en arbeidsvermogen, maar dwingt degenen die met participatie bezig zijn, zich te realiseren dat er heel veel domeinen zijn. Er kunnen heel andere problemen spelen waaraan tot dan toe nog niemand heeft gedacht. De ICF brengt veel aspecten in kaart die tot vragen bij de onderzoeker leiden. Wat moet gecompenseerd worden? Hoe kun je mogelijkheden ontwikkelen?

De ICF lijkt vooral bruikbaar in een participatiescenario. Ten aanzien van persoonlijke en externe omstandigheden kun je aan anderen duidelijk maken wat je aan het doen bent in het kader van participatie. Het vreemde van de compensatie-beoordeling in de sociale zekerheid is dat je met die externe en persoonlijke factoren geen rekening mag houden. Dat is heel onnatuurlijk. Want de interactie tussen de persoon en de specifieke omgeving veroorzaakt de handicap.

De ICF is een nuttige blokkendoos om de werkelijkheid te onderscheiden. Bij de claimbeoordeling kun je uitleggen wat je doet. De beoordeling wordt helderder. Je kunt duidelijker op handicapniveau aangeven wat het probleem is.

De ICF heeft een twee componenten toegevoegd die ontbraken in de ICIDH. Het betreft grote velden waarvan je weet dat je daar in elk geval iets over moet zeggen.

De ICF is een **classification**, geen theoretisch model. Het helpt bij internationale samenwerking.

De ICF dwingt mensen om holistisch te kijken.

Men zou het een checklist kunnen noemen.

We hebben nu een classificatiesysteem waarmee we internationaal dingen kunnen afdwingen.

Er kan gelijkvormigheid tussen landen komen. Er kan wetgeving op gebaseerd worden.

Je hebt een gemeenschappelijke taal en kader om te communiceren.

In UEMASS verband wordt er wel met de ICF gewerkt. Men probeert tot een core set te komen. Deze omvat alleen de relevante items voor de beoordeling.

Het onderscheid tussen de verschillende gevolgen van ziekte (stoornis, beperking, handicap) komt uit de revalidatiegeneeskunde. Dit bevordert de communicatie met de curatieve sector. Zo haal je in de curatieve wereld het begrip participatie naar binnen.

Al met al, in weerwil van de talrijke kritische kanttekeningen, is er enige consensus dat de ICF een hulpmiddel bij de beoordeling kan zijn.

Conclusies derde sessie

1. De ICF lijkt vooral nuttig voor onderzoekers en beleidsmakers, en als communicatiemiddel internationaal.
2. De ICF is vooral bruikbaar in een participatiescenario, en veel minder in een compensatiescenario.
3. Voor het betrouwbaar classificeren van persoonlijkheidsfactoren is de ICF niet geschikt.
4. De ICF is in de huidige vorm niet goed toepasbaar in de praktijk van de verzekeringsarts. Een core set kan hierin verbetering brengen.

Vierde sessie

Rol van de cliënt en de professional

Voorzitter : Wim Hofstee

In deze laatste sessie is het onderwerp rolverhoudingen van professionals, en scenario's voor vernieuwing.

Er is sprake van een verschuiving van het paternalistische model, de beslissende arts, naar **shared decision making** (SDM). Bij SDM verzamelt de cliënt zelf informatie en brengt die mee naar de spreekkamer. Het gaat om het maken van keuzen. Hoe waardeert de cliënt effectiviteit (van behandeling zoals chemotherapie) versus kwaliteit van leven? Hoe waardeert iemand zijn arbeid versus zijn gezinssituatie? Het is belangrijk om al vroeg in het proces deze waarderings naar boven te halen. In die context kan je de belastbaarheid bekijken. Mensen moeten worden uitgedaagd om mee te denken om tot SDM te komen. Bij SDM neemt de therapietrouw toe, en zijn cliënten veel meer tevreden dan bij de traditionele beslissingswijze.

Er is een onderzoek verricht waarin een internationale vergelijking wordt gemaakt. Het artikel **Organisation of disability evaluation in 15 countries** van Willems en De Boer is gepubliceerd in het tijdschrift **Pratique et organisation des soins**. Het stuk is geschreven om als onderlegger te dienen voor het zoeken naar de grenzen van de innovatie van de sociaal-medische beoordeling van het arbeidsvermogen.

Het stuk verwijst naar het WRR-rapport 'De Verzorgingsstaat Herwogen' en probeert de daar gebruikte termen te koppelen aan een toekomstig systeem. Er zijn enkele scenario's uitgewerkt. Het stuk laat zien hoe het zou kunnen, niet hoe het zou moeten.

Er zijn grote verschillen gevonden. In sommige landen is de diagnose het belangrijkste; in andere landen komt de dokter er nauwelijks aan te pas. De sturing van werken/niet werken wordt door veel variabelen bepaald, waaronder majeure factoren als wetgeving, prikkels, beloningen en uitkeringen. De Nederlandse situatie is hiervan een illustratie. De WAO - WIA cijfers zijn enorm veranderd, niet doordat mensen gezonder zijn geworden of doordat de beoordelingssystematiek is veranderd, maar doordat de prikkels zijn aangescherpt. Dat is natuurlijk ook zo beoogd (het zogenaamde volumebeleid). Als het doel van het systeem anno 2008 de bevordering van de arbeidsparticipatie is, moet er dan aan die prikkels worden gesleuteld?

Uit onderzoek blijkt dat financiële prikkels en sancties helpen. Het verzuim vermindert als het de verzuimer minder oplevert. Je kunt wel veel aan kwaliteit van beoordeling doen, maar dat zal weinig effect hebben op het arbeidsongeschiktheidsvolume als je de prikkels onveranderd laat. Als je werkgevers zelf laat bepalen of zij mensen met beperkingen en handicaps in dienst nemen of niet, dan zullen werkgevers dat niet doen als de markt ze niet daartoe dwingt. Als ze al mensen met beperkingen in dienst hebben, zullen ze proberen er zo snel mogelijk van af te komen. De problemen zijn niet oplosbaar in een vrije-markt-mechanisme.

Er is nog een marktmechanisme dat nu van de grond komt. Het is een aardige mengvorm met het vrije-markt-mechanisme. De overheid koopt per jaar voor 40 miljard euro aan producten en diensten in. De overheid zou als voorwaarde kunnen stellen dat bij de productie mensen uit de doelgroep moeten worden ingeschakeld. Het is te beschouwen als een vorm van maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Ook in de arts-patiënt-relatie zijn er grenzen aan het toepassen van SDM. Dat blijkt uit een recente uitspraak van een medisch tuchtcollege. De arts zal de patiënt altijd moeten informeren wat er aan de hand is en wat de verschillende behandelopties zijn, inclusief de mogelijke uitkomsten daarvan. Dat vereist dat er op zijn minst een diagnose is gesteld.

Het medisch model staat hier op de voorgrond. De claimbeoordeling is voornamelijk artsenvak. Maar de problematiek van de arbeidsongeschiktheid is tegenwoordig vaak niet (alleen) medisch, maar vaak (ook) anders van aard: sociaal, emotioneel, cognitief. Er zijn dus (mede) andere dan medische competenties nodig om uitspraken te doen over claims.

Stelt het SDM-model niet ook eisen aan de cliënt? Is de cliënt wel in staat de informatie te wegen, zijn eigen situatie goed te overzien, wat hij wel en niet meer kan? Denk aan neurologische patiënten, of mensen die misschien eerst een rouwproces moeten doormaken met betrekking tot de functionele mogelijkheden die ze voorgoed kwijt zijn. De beoordelaar moet nagaan of er voldoende informatie beschikbaar wordt gesteld, en in welke mate het oordeel van de cliënt kan meewegen. De beoordelaar moet zich ook afvragen welke verantwoordelijkheid de cliënt kan nemen in dit proces. Uiteindelijk moet men tot een gezamenlijke conclusie komen.

SDM lijkt beter bij participatie te passen. Maar kan het ook van betekenis zijn in de context van compensatie?

Daartoe zou je een overleg tot stand moeten brengen tussen de adviseur/ expert enerzijds, en de cliënt anderzijds. Daarmee verbindt je het paternalistisch-medische en het SDM-scenario. De beoordeling zou dan niet gericht moeten zijn op de individuele waarden van de cliënt, die mogelijk vooral door eigenbelang worden bepaald, maar op een meer algemene waarde. Zo kan SDM worden benaderd. Het is de taak van de professional om de cliënt van dat gezichtspunt te overtuigen en op het intersubjectieve been te zetten.

Een stap verder is de situatie dat men het aan de cliënt overlaat om advies te vragen en om dat eventuele advies op te volgen. Je legt het dan volledig in handen van de cliënt en schaft de beoordeling in feite af. Wat zou daarbij mis kunnen gaan? Aangetoond is dat keuringen niet leiden tot gezondheidswinst, net zo min als aanstellingskeuringen dat deden. De laatste zijn afgeschafte zonder dat de volksgezondheid is verslechterd. Wat is er op tegen om iedereen een rugzakje van 4% van het loon te geven? We accepteren dan 4% verzuim. Je hebt dan geen professionele beoordelingen meer nodig.

Een dergelijk vergaand systeem roept ook tegengeluiden op. Het zou grote risico's hebben. Er gaan problemen met de sociale cohesie optreden. Door de individuele vrijheid zo naar voren te brengen kom je in een situatie waarin het samenleven onder grote druk komt. Er ontstaat een tweedeling in de maatschappij.

We moeten het eerst over de doelen eens worden. En vervolgens het goedkoopste systeem erbij zoeken dat tot die doelen leidt. Daarna moeten we ruimte scheppen om andere systemen te overwegen en op hun pro's en contra's te bekijken.

Met het participatiemodel hebben we in feite al een nieuw concept-systeem. Voorheen vonden we de solidariteit in het compenseren, nu met participatie. De maatschappij moet dan wel de structuren bouwen om mensen een reële kans op participatie te bieden. Iedereen moet daartoe de kans krijgen. Voor de restcategorie voor wie dat niet lukt is er dan het vangnet van de compensatie.

Deze laatste schets houdt evenwel geen rekening met de moral hazard. Het zou ideaal zijn als je objectief zou kunnen besluiten wie wel en wie geen recht heeft op compensatie. Dan zou je een vrijgevege compensatie kunnen invoeren. Maar het is niet mogelijk om aan te geven wie wel en wie geen recht heeft op compensatie. Intussen hangt de verleiding van een vrijgevege compensatie boven de markt van de participatie.

Je moet andere professionals bij de beoordeling betrekken. Wordt het niet kunnen participeren veroorzaakt door ziekte of door andere factoren? We noemen het nu sociaal-medische beoordeling. Waar staat dit voor? Er wordt gepleit voor multi-disciplinariteit.

Een illustratie hiervan is de Wajongpopulatie. Een belangrijk deel hiervan heeft een intelligentieprobleem. Is dat ziekte of gebrek? Het is in elk geval een beperking die ze behoorlijk in hun functioneren beperkt! De artsen moeten daarbij varen op rapporten van psychologen of pedagogen. In die zin zijn er al meerdere disciplines bij de beoordeling betrokken.

We vinden dat extreme gevallen gecompenseerd moeten worden, vanuit ons rechtvaardigheidsgevoel. Echter, hoe minder een beperking duidelijk is, des te moeilijker de beoordeling wordt. Er is een aanzienlijk grijs gebied. Hoe krijg je dat grijze gebied zo klein mogelijk? Door economische prikkels, en door de beoordeling te verbeteren. Bijvoorbeeld door te kijken of SDM werkt. Of twee onafhankelijke oordelen vragen.

Participatie en beoordeling kunnen goed samengaan. Tijdens participatie kan men goed inschatten wat mensen werkelijk kunnen. Laat de mensen het werk zelf doen, dat is dé manier om te beoordelen of iemand het aankan!

In het buitenland stelt men de vraag: "Hoe is het mogelijk dat in Nederland de werkgevers twee jaar loon doorbetalen?" Vanaf 2002 komen er bij UWW 60.000 mensen minder aan de deur kloppen om een uitkering. Er is sprake van een sterk macro-effect. Een verandering van de polisvoorwaarden werkt wel degelijk, maar gaat altijd ergens pijn doen. Mensen zonder contract moeten maar zien binnen te komen. De werkgever zit er twee jaar aan vast. De veranderde polisvoorwaarden werken dus averechts voor werkzoekenden met gezondheidsproblemen.

Als je wilt streven naar maximalisatie van de arbeidsparticipatie, moet je de verleiding van een royale en gemakkelijke compensatie weerstaan. Je moet dan volgens de huidige maatstaven de trekkingsrechten terugbrengen tot iets dat beneden het rechtvaardigheidsniveau ligt. Maar dan trek je misschien een te zware wissel op de rechtvaardigheidsgevoelens in de samenleving. Het maximaliseren van de arbeidsparticipatie moet daarom misschien niet het enige doel van een nieuw stelsel zijn. Wellicht moeten er compromissen worden gesloten, en moet men laveren tussen solidariteitsdoelstellingen en volumedoelstellingen. Realistisch benaderd: het gaat erom de minst slechte spelwijze te vinden.

Wat we rechtvaardig of onrechtvaardig vinden is sterk cultuur- en tijdsbepaald. Als je de polisvoorwaarden van de sociale verzekering ineens verandert, krijg je veel weerstand, zeker als het een verslechtering betreft.

Bij deze discussie moeten we de maatschappelijke kosten van veranderingen in het sociale zekerheidsstelsel niet uit het oog verliezen. Als we de rechten voor jonggehandicapten inperken zal de criminaliteit toenemen. Behoud van sociale cohesie is van belang omdat dat bijdraagt tot beheersing van kosten, zowel kosten van gezondheidszorg als juridische kosten. Gepleit wordt voor het maatschappelijk doorrekenen van ieder stelsel, van elke verandering, met name op zijn verborgen kosten en neveneffecten.

In een internationale studie zijn systemen vergeleken. Daarbij is gebleken dat het niveau van de uitkering er niet veel toe doet. Het gaat er veel meer om of het systeem mensen terugbrengt naar werk of niet. Systemen zijn soms meer op welfare gericht, soms op redelijke compensatie, soms op mensen actief doen terugkeren naar werk. Die laatste hebben het hoogste succespercentage. Achter financiële prikkeling zit het idee dat mensen aan het werk geschopt moeten worden. Echter, de meeste mensen willen dolgraag participeren, maar vinden drempels op hun weg.

Prirkels roepen calculerend gedrag op, en soms perverse effecten, zowel bij werkgevers als bij werknemers. Het inkomensverlies bij ziekte wordt gevoeld als een extra straf, naast de ziekte die men gekregen heeft. Cliënten zoeken een uitweg en trachten de schade voor zichzelf te beperken.

Maar ook hebben financiële prikkels een omgekeerd effect laten zien in Nederland: doordat mensen een hoge uitkering kregen als ze ziek werden, werden ze ziek!

De discussie toont het belang van SDM. Met de SDM-benadering kun je mensen stimuleren, niet door een financiële prikkel, maar door ze bij de oplossing van hun probleem te betrekken. In het kader van claimbeoordeling moet je hun motivatie beluisteren. We moeten proberen er samen met de cliënt uit te komen. We moeten niet alleen maar strategische gedachten koesteren (en die aan cliënten toeschrijven om sancties te ontlopen).

Conclusies vierde sessie

1. **Shared decision making** leidt tot grotere betrokkenheid en tevredenheid van de cliënt. De professional behoudt hierbij evenwel een eigen verantwoordelijkheid (en ook aansprakelijkheid).
2. De prominente en vaak exclusieve rol van artsen bij SMBA doet geen recht aan de gecompliceerde aard van de problematiek van veel cliënten. Gepleit wordt voor een multidisciplinaire aanpak.
3. Financiële prikkels en sancties hebben een groter effect op het arbeidsongeschiktheidsvolume dan veranderingen in de SMBA.
4. Bij het streven naar maximale arbeidsparticipatie dient men zich te hoeden voor een te vrijgevege compensatie voor degenen die buiten de boot vallen.
5. Het volledig afschaffen van SMBA wordt niet gesteund door de conferentie-deelnemers. Misschien is het vanuit economisch gezichtspunt effectief, maar het brengt grote morele risico's met zich mee.

Bijlage III:

Verslag expertmeeting 5 februari 2009

Door André Weel en Haije Wind

Dagvoorzitter: prof. dr. W.K.B. Hofstee, voorzitter projectgroep SMBA

Eerste sessie 10.15 – 11.15 uur:

- Kwaliteit van claimbeoordeling, Wout de Boer
- Professioneel oordelen over arbeidsvermogen, Agnes Meershoek en José Kerstholt

Hoe zou je Sociaal-Medische Beoordelingen van Arbeidsvermogen vorm kunnen geven als je met een schone lei zou moeten beginnen? Dat is de achtergrondgedachte bij dit SMBA-project: het creëren van een vrijplaats voor gedachtevorming en innovatie. Na de eerste conferentie van juni 2008 is aan negen personen gevraagd een paper op te stellen voor vernieuwing van sociaal-medische beoordeling. Na vandaag moeten de auteurs in staat zijn om een definitieve paper op te stellen. De bedoeling is om het te focussen op onderzoeksthema's en onderzoeksvraagstellingen, zodat de projectgroep in staat is om een samenhangend onderzoeksprogramma op te stellen. Dat onderzoeksprogramma wordt als eindrapport aangeboden aan de opdrachtgever, Geert Tillemans, directeur van Sociaal Medische Zaken van UWV.

Wout de Boer licht zijn paper toe

De belangrijkste onderzoeksvragen van UWV-verzekeringsartsen betreffen de onzekerheid over de betrouwbaarheid en validiteit van hun beoordelingen. Ze willen vragenlijsten die objectief weergeven wat nu echt de mogelijkheden en beperkingen zijn. Er is behoefte aan kennis over de juiste methoden en de juiste normen voor de goede beoordeling. Ze doen hun beoordelingen voor een deel op basis van het gesprek. Ze zouden erg geholpen zijn als middels instrumenten de betrouwbaarheid en validiteit van die gespreksvoering zoveel mogelijk gegarandeerd zijn. We moeten de gespreksvoering beter instrumenteren. Ik stel onderzoek voor naar de validering van de gespreksvoering.

Mediprudentie is een veelbelovend instrument om te laten zien waar de normen liggen. Ik stel voor onderzoek te doen naar het toegankelijk en normerend maken van die mediprudentie. Daar kan de verzekeringsarts zijn dagelijkse handelen op baseren.

Discussie

mediprudentie-ontwikkeling is niet gericht op het voortraject, maar op de claim-beoordeling zelf. Het innovatieve hierbij is om individuele sociale normen transparant te maken en te maken tot collectieve normen. Zo ontstaat een catalogus van situaties die vergelijkbaar zijn met situaties waarmee de individuele verzekeringsarts mee bezig is. Zo wordt collectieve ervaring systematisch beschikbaar voor de praktijk. Dit is een wezenlijke verbetering van de claimbeoordeling.

Het is de moeite waard daarin te blijven investeren. Als de samenleving geen vertrouwen meer heeft in de kwaliteit van de claimbeoordeling is dat een groot probleem. Ook al investeer je nog zoveel in het voortraject, toetsing van een claim blijft nodig.

Opgemerkt wordt dat de inspanningen om iemand te re-integreren tot nu toe vaak beperkt bleven tot de eerste drie maanden. Daarna werd er afgewacht tot einde wachttijd. Inmiddels is natuurlijk wel de intentie om dat te veranderen. Hoe minder mensen er aan de poort van de WIA komen, des te beter. Als ze evenwel aan de poort komen blijft claimbeoordeling nodig.

Claimbeoordeling zou misschien overbodig worden als het participatiestreven zo ver wordt doorgevoerd dat we van een inkomensverzekering overstappen naar een zorgverzekering. Als iemand in zo'n stelsel arbeidsongeschikt wordt, komt hij in de WW of bijstand. In dit project gaan wij echter niet uit van een stelselwijziging. De inkomensverzekering zal de komende jaren en ook in 2012 nog wel aan de orde zijn.

Zelfs als je het stelsel wijzigt zijn claimbeoordelingen nodig, bijvoorbeeld bij de gemeente en bij private verzekeringen.

In de paper wordt gesteld dat claimbeoordeling verbonden moet worden met behandeling en begeleiding. De vraag is hoe we dit concreet kunnen maken.

Als de toestroom naar de WIA minder wordt, is er meer gelegenheid om te kijken wat mis is gegaan in het voortraject. Waar liggen knelpunten in de arbozorg of de curatieve zorg?

In Nederland is arbeidsongeschiktheid in zoverre gedemedicaliseerd, dat het een verantwoordelijkheid is van werkgever en werknemer om een situatie op te lossen.

Het gaat er steeds meer om wat de werkgever heeft gedaan, of wat de mogelijkheden binnen bepaalde productieprocessen of diensten waren.

En wat de individuele werknemer betreft, waar leggen we de grens tussen ziekte en karakterologisch onvermogen of sociaal onvermogen? Wat noemen we nog ziekte? Het antwoord daarop lost het probleem wanneer je wel of niet recht hebt op een uitkering niet op. Het gaat om een normatief oordeel, en dat kun je niet valideren, hoogstens onderbouwen of beargumenteren. Allerlei niet-medische argumenten spelen een belangrijke rol.

Het paper bevat een beschouwing over criteria voor de kwaliteit van de SMBA. Er is geen uitwendig criterium voor de kwaliteit van een sociaal-medische beoordeling. Als we dat criterium hadden, zouden we überhaupt niet meer beoordelen, maar alleen meten. In hoeverre stemmen individuele beoordelaars, verzekeringsartsen overeen met het forum van deskundige beoordelaars? Twee is de minimale steekproef uit een panel van beoordelaars om een indruk te krijgen omtrent de overeenstemming.

Maar ook bij meer beoordelaars kun je artefacten krijgen. Veel factoren, zoals sociale vaardigheid, kunnen het beoordelingsproces beïnvloeden.

Een ander discussiepunt: er zitten twee lijnen in de sociaal-medische beoordeling. De ene lijn is het participatieproces dat vooraf gaat aan de claimbeoordeling. Als dat goed gedaan is, hoeft je niet meer te beoordelen. De tweede lijn is: bij onvermogen om arbeid te leveren kan men worden vrijgesteld van participatie.

Of mensen met gezondheidsklachten participeren of niet wordt veel meer beïnvloed door persoonscomponenten, sociale componenten en vaardigheidscomponenten, dan door de aanwezige gezondheidsklachten. De opleiding van de beoordelaar kan hier een systematische bias veroorzaken, doordat deze bepaalt waar zijn aandacht vooral naar uitgaat.

Uitgangspunt blijft hoe tot een betere beoordelingsmethodiek te komen.

Agnes Meershoek licht het paper toe

De centrale vraag is: hoe kan je op een professionele manier de oordeelsvorming conceptualiseren, hoe kun je deze ondersteunen, en welke instrumenten heb je daarvoor nodig? In de huidige praktijk blijft veel van de overwegingen onzichtbaar. De eerste stap naar verbetering is om deze zichtbaar te maken. Een intercollegiale toetsing is hierbij nuttig. De samenleving heeft iets te zeggen over wat we redelijk vinden. Ook kan men denken aan meer technische instrumenten om de beeldvorming en het integreren van informatie te ondersteunen.

Discussie

Als je internationaal vergelijkt, dan hebben wij in Nederland al een zeer inzichtelijke beoordeling. Inzichtelijkheid betekent dat je inzicht hebt in de redenering. Die moet natuurlijk wel gedocumenteerd worden. Dat is iets anders dan legitimeren, waar je jezelf verdedigt tegen te verwachten kritiek van buiten.

Verzekeringsartsen hebben hun spreekkamer geblindeerd. Er wordt heel veel gedocumenteerd, maar daaruit lees je niet hoe mensen werkelijk redeneren.

Als beoordelaars meer expliciteren, worden ze vatbaarder voor kritiek.

Het paper richt zich op het transparanter maken van de beoordeling. Het achterliggende kennisdomein evenwel verruimt zich steeds meer naar ook psychisch, mentaal en cognitief functioneren. De vraag naar het criterium blijft staan. Wat is haalbaar?

Het wantrouwen jegens de beoordelaars is groot. Er is voortdurend aandacht voor wat ze verkeerd doen en hoe onbetrouwbaar hun beoordelingen zijn.

Er liggen altijd aannames aan een beoordeling ten grondslag. Van een kritische aanname moet je heel zeker zijn. Kritische elementen van een beoordeling moet men kunnen expliciteren.

De vraag komt aan de orde waarom dat nodig is. Omdat de maatschappij en de directie van UWV dat willen, of omdat het past in de interactie tussen arts en cliënt? Het gaat over de mate waarin een beoordeling overtuigend is, over de redelijkheid en de kwaliteit ervan. Het is evenwel de vraag of zo'n beoordeling nieuwe stijl echt leidt tot een grotere mate van betrouwbaarheid. Hiertoe is onderzoek nodig!

In hoeverre je bij een beoordeling kunt spreken van betrouwbaarheid en validiteit zoals bij een meting, blijft de discussie beheersen. Zodra je een normatief oordeel uitspreekt, speelt de weg van allerlei aspecten een rol.

De behoefte aan evaluatie van het proces zowel als van de outcome van de beoordeling wordt nochtans onderstreept. Het effect van beoordelingen zou empirisch onderzocht kunnen worden.

Voor de uitkomst van een beoordeling mag het geen verschil maken welke beoordelaar je hebt. Perfecte overeenstemming is het ideaal.

Er is overeenkomst met de rechtspraak. Een cliënt gaat in beroep als hij de overeenstemming tussen beoordelaars imperfect acht.

Rechters spreken onderling ijkpunten voor de beoordeling af. Verzekeringsartsen hebben daar protocollen en Mediprudentie voor. We zijn op zoek naar het proces van de beoordeling zelf. Bij UWV krijgt dat vorm in sessies die deel uitmaken van het kwaliteitsbeleid: de onderlinge toetsing. Wat brengt iemand tot zijn oordeel en wat zijn daarvoor zijn argumenten? We hebben dat nog niet geëxpliciteerd.

Dat brengt de discussie op de bekende spanning tussen de algoritmische benadering waarin alleen maar uniforme oordelen geproduceerd worden enerzijds, en de professionele vrijheid anderzijds. De algoritmische benadering ligt verankerd in de op evidence gebaseerde richtlijnen. De professional heeft een zekere mate van vrijheid maar moet zich ook aan de piketpaaltjes van de richtlijnen houden. De interbeoordelaarsvariabiliteit kun je niet elimineren, ook niet als je met twee mensen dezelfde persoon beoordeelt. Het object van de beoordeling is dynamisch: als beoordelaar 1 iemand beoordeelt en daarna beoordelaar 2, kan er intussen iets veranderd zijn met het object.

Bij toetsing achteraf kan er sprake zijn van rationalisaties van beoordelingsprocessen die langs professioneel-intuïtieve weg tot stand komen. Het is de moeite waard dit te onderzoeken.

Verzekeringsartsen hebben behoefte aan professionele consensus die de individuele beoordeling overstijgt. Maar deze consensus mag hen niet belemmeren om individuele beoordelingen te maken op grond van de feiten en omstandigheden van het individuele geval. Maar als je ze uitdaagt om inzichtelijk te maken op basis waarvan ze hun conclusie beargumenteren, is dat lastig. Maar dat moet je als professional wel kunnen.

Anderzijds leidt versterking van de transparantie van de argumentatie niet vanzelf tot grotere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. In de beoordeling kunnen, impliciet of expliciet, vele en uiteenlopende overwegingen worden meegenomen, waardoor de variabiliteit aanzienlijk kan zijn. Je kunt dan wel zien waar die variabiliteit in zit.

Het hanteren van categorieën vergroot de interbeoordelaarsvariabiliteit, zo blijkt uit de literatuur. Er is veel onderzoek hiernaar gedaan in het medische domein. Als je artsen een heldere beslisboom in handen geeft dan neemt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid dramatisch toe. Dat kan ertoe leiden dat een bepaalde zorgstrategie verlaten wordt.

Een voorbeeld: EHBO-artsen moeten beoordelen of iemand met pijn op de borst een cardiovasculair probleem heeft. Met de gangbare zorgstrategie worden al die patiënten

doorgestuurd voor uitgebreid diagnostisch onderzoek. Als je de artsen een heldere beslisboom in handen geeft, dan wordt deze zorgstrategie op een kundige manier verlaten. Alle patiënten die niet in de medische molen thuishoren worden buitengesloten. Bekend evenwel ook dat beoordelaars het overzicht kwijt raken als de beslisboom heel complex van structuur is.

Tweede sessie 11.30 – 13.00 uur:

- Argumentatieve beoordeling van SMBA: schets van een conceptueel model en van mogelijke ICT-ondersteuning, Henry Prakken en Jaap Dijkstra.
- Participatie gerichte claimbeoordeling: Integratie van theorie en praktijk, Simon Knepper
- Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: Cliënten met Ongeloofwaardige Symptomen, Harald Merckelbach, Marko Jelicic en Wim Hofstee.

Henry Prakken licht zijn paper toe

Henry Prakken houdt zich deels met argumentatietheorie en deels met kunstmatige intelligentie bezig. Hij is vooral geïnteresseerd in juridische toepassingen.

Is het mogelijk een argumentatieve structuur van SMBA te maken en deze te laten ondersteunen met ICT-hulpmiddelen? Hij heeft vier voorbeelden van mediprudentie geanalyseerd op hun argumentatiestructuur met behulp van bepaalde software. Vervolgens is hij nagegaan hoe de typen argumentatie zich verhouden tot de argumentatietheorie en de logica. Dat leverde een zeer voorlopig argumentatief model van SMBA op. Tot slot heeft hij gekeken naar de *state of the art* in ICT-onderzoeken van elementen uit dat model.

Zijn bevindingen met de voorbeelden van mediprudentie leken veel op wat je de standaard-aanpak in de argumentatietheorie zou kunnen noemen. Conclusies worden onderbouwd met gronden, en die onderbouwing wordt op haar beurt gelegd door bepaalde regels die zeggen dat je uit die gronden bepaalde conclusies kunt trekken. De gronden kunnen weer onderbouwd worden door verdere gronden, enzovoorts.

Op verschillende momenten werden elementen uit die argumentatie (die dan een boomstructuur krijgt) weersproken door claims van het tegendeel of door claims uit een bepaalde regel die helemaal niet opgaat, bijvoorbeeld doordat het medisch inzicht niet juist is. Ook die claims die weersproken worden kunnen weer onderbouwd worden op dezelfde manier. Er is hier dus sprake van argument en tegenargument, van argumentatie en tegenargumentatie. De regels die achter de verschillende stappen van die argumentatie liggen, waren in de mediprudentie voor een groot deel impliciet gelaten. Iets dergelijks zien we ook in andere argumentatieve gebieden zoals het recht. Voorzover regels expliciet werden gemaakt, vond hij drie verschillende typen: algemene medische kennis, speciale normatieve opvattingen, en een paar algemenere redeneerprincipes die in de argumentatietheorie argumentatieschema's worden genoemd, schema's met bronnen van informatie, zoals wat de cliënt zegt, wat de medisch specialist zegt, wat de medische literatuur zegt. De argumentatieschema's vertonen een causale manier van redeneren. Aan die argumentaties liggen lang niet altijd harde regelstructuren ten grondslag, maar vaak zachtere verbanden, factoren die een reden zijn om onderbouwd een conclusie aan te nemen, maar waar argumenten tegen kunnen zijn.

Prakken heeft een schets gegeven van een mogelijk argumentatief model SMBA, waarbij de argumentatiestructuur geëxpliciteerd wordt. Hij heeft aangegeven welke conclusies er zijn, hoe ze onderbouwd worden, de gronden en de onderliggende regels. Een beoordelaar moet kritisch naar zo'n argumentatie kijken, en nadenken over wat er tegenin gebracht kan worden. Dan wordt zijn uiteindelijk oordeel van betere kwaliteit.

Hoe kan zo'n argumentatief onderzoeksmodel nu ondersteund worden met behulp van ICT? Dat kan op twee manieren. Een eerste soort ondersteuning is bedoeld om een beoordelaar te helpen de structuur van zijn oordeel te expliciteren. De inhoudelijke overwegingen komen volledig van de beoordelaar, maar de software stelt de beoordelaar in staat dit gestructureerd op te schrijven. Daarnaast kun je denken aan een meer inhoudelijke ondersteuning, die medische kennis en sociaal normatieve opvattingen hanteert, en laat zien wat andere beoordelaars in soortgelijke zaken hebben gedaan. Deze twee vormen van ondersteuning: naar structuur en naar inhoud, kun je ook combineren.

De nu beschikbare tools zijn vooral wetenschappelijke producten. Er is toegepast onderzoek nodig om vast te stellen of ze in de context van SMBA nuttig kunnen zijn. De tweede onderzoeksvraag is: hoe laten wij bij de contextspecifieke informatie en overwegingen ruimte voor eigen oordeel van de menselijke beoordelaar? We willen niet een inhoudelijke oplossing opleggen aan de menselijke beoordelaar. Het derde onderzoekspunt luidt als volgt. Het geschetste model gaat uit van individuele claims, gronden, regels die dan verbonden worden in een groter geheel. José en Agnes schetsten een beeld dat de beoordelaar juist een algemeen beeld probeert te krijgen van een patiënt. Zijn die twee benaderingen, de meer atomistische en de meer holistische benadering, te verenigen? Dit is momenteel in onderzoek. Ook misdaadanalisten beginnen met een algemeen scenario, of met één of meer scenario's over wat er gebeurd zou kunnen zijn. En vervolgens kijken ze meer argumentatief hoe die scenario's weersproken worden door het beschikbare bewijs.

Discussie

Wordt er niet een te complexe beoordeling gevraagd? In den beginne was er een arts die een beeld schetste van een verzekerde, en een arbeidsdeskundige die daarmee iets moest doen in relatie tot arbeid. De arbeidsdeskundige heeft de verzekeringsarts verleid om concrete uitspraken te doen over aspecten van werk. Hoe lang kan iemand zitten, staan, lopen? Deze weg hebben we 40 jaar gevolgd. Inmiddels is de omgeving gejuridiseerd en wordt deze weg moeilijker begaanbaar. Hoe reëel is het om te vragen of iemand een half uur, een uur of twee uur achter elkaar kan zitten? Weet de verzekeringsarts niet al meteen of iemand kan werken als deze de spreekkamer binnenkomt, mede gelet op de voorinformatie uit de RIV-toetsing? Er zijn veel situaties denkbaar waarbij de beoordelaar geen beslisboom nodig zal hebben.

Prakken wil de beoordelaar echter geen beslisbomen opdringen. Het structurele deel van de ondersteuning geeft de beoordelaar hooguit de mogelijkheid om zijn overwegingen expliciet te maken. Ook de inhoudelijke ondersteuning is niet in de vorm van keiharde gecodeerde beslisbomen. Het model beoogt de beoordelaars informatie te geven over relevante kennis en hoe die gebruikt zou kunnen worden. De beoordelaar dient te bepalen of en hoe hij daarvan gebruik maakt.

Men moet onderscheid maken tussen topdown en bottom up toepassing. Met atomistisch bedoelt Prakken vooral de vorm waarin het oordeel is uitgedrukt: een conclusie die stapsgewijs is onderbouwd met tussenconclusies en gronden, en misschien ook met het beschouwen en weerleggen van weersprekingen.

De beoordelaar wordt gestimuleerd om naar tegenargumenten te zoeken of naar zwakke plekken in een beeld of een verhaal.

Een en ander lijkt te passen bij een integrale beoordeling.

Met 'holistisch' bedoelt Prakken een geheel van samenhangende informatie. Dat hoeft niet de structuur te hebben van een argumentatieboom.

Merckelbach werpt het volgende tegen. De aanname in het paper van Prakken is dat als je een beslismoment rationaliseert, het oordeel daardoor beter wordt. Als je de menselijke besluitvorming gaat rationaliseren en expliciteren stop je evenwel spaken in de wielen en maak je het systeem inert en besluiteloos, is de mening van sommige vakgenoten. Waarom zouden dit voorstel en het vorige voorstel de kwaliteit van de beslissing verbeteren? Of wil je ze alleen toetsbaar of reproduceerbaar maken? Dat laatste betekent niet dat ze beter worden.

De context van verantwoording leidt echter tot de noodzaak van explicitering en verantwoording van het oordeel. Ook een intuïtief oordeel kan maatgevend zijn. Dan hangt het er ook nog vanaf wat de mate van complexiteit is. Formalisering en explicitering van de oordeelsvorming zijn niet automatisch een spaak in het wiel.

Probleem is dat we geen externe maatlat hebben om uiteindelijk te kunnen zeggen: het is een goed of een slecht oordeel. De overeenstemming tussen beoordelaars ligt bij complexe zaken in de orde van grootte van 15%. Er is dus alle reden om de kwaliteit van de beoordelingen te verbeteren.

De waarde van het voorstel van Prakken ligt vooral in het expliciteren. Maar dat betekent nog niet dat daardoor automatisch de claimbeoordeling verbetert.

Het expliciteren kan ook kennislacunes blootleggen. Dat leidt dan wel tot verbetering van het uiteindelijke oordeel. Niet iedereen vindt de benadering van Prakken praktisch uitvoerbaar. Wel ziet men verband het ontwikkelen van mediprudentie.

Een opmerking betreft het aanleggen van een verzameling van stereotypen. Bij elke nieuwe cliënt spelen eerdere ervaringen een rol. Misschien verschillen beoordelaars in het arsenaal aan stereotypen dat ze tot hun beschikking hebben.

Hoe verhouden de argumentatieschema's zich tot de besliskunde?

Veel argumentatieschema's zijn een comprimering van besliskundige overwegingen. In concrete situaties kun je alle voors en tegens, alle informatie die je hebt, alle kansinschattingen op een rijt zetten en dan gaan rekenen volgens de besliskunde. Argumentatieschema's zijn mogelijk een vorm van heuristieken die uit ervaring gedestilleerd zijn. Ze moeten niet absoluut worden opgevat. Je moet je in elke concrete situatie afvragen of een bepaalde heuristiek wel van toepassing is.

Je zou predictieregels kunnen ontwikkelen op basis van bestaande evidence, waarbij je prognostische factoren in beeld brengt en op basis daarvan beslissingen neemt. Dat is alleen mogelijk als je voldoende gedetailleerde informatie hebt.

Harald Merckelbach licht zijn paper toe

Bij sommige diagnostische groepen, zoals whiplash, chronische vermoeidheid, post-traumatische stress-stoornis, komen ongeloofwaardige symptomen op non-triviale schaal voor. Met ongeloofwaardige symptomen bedoel ik, symptomen die willens en wetens worden overdreven door de patiënt. Met non-triviaal bedoel ik een prevalentie die in de orde ligt van enkele tientallen procenten. De paper gaat over die ongeloofwaardige symptomen. Beoordelaars moeten het hebben van de klinische blik, van hun timmermansoog. Vervolgens laten ze steken laten vallen bij het opsporen van ongeloofwaardige symptomen. Dat heeft alles te maken met hun neiging tot 'truth-bias'. Ze hebben de neiging om patiënten op hun woord te geloven. Zo zijn ze getraind. Ze gaan er van uit dat iemand een bonafide patiënt is tot het absolute tegendeel is bewezen.

Kunnen we de artsen iets in handen geven waardoor die ongeloofwaardige symptomen beter en sneller te detecteren zijn? Wij willen het oordeel over ongeloofwaardige symptomen aanscherpen via tests en via taken. Het zijn instrumenten die twee tendenties peilen waarvan we weten dat mensen met ongeloofwaardige symptomen die hebben: enerzijds de neiging om te overrapporteren (met name atypische bizarre symptomen), anderzijds de tendentie tot onderprestatie in vrij simpele cognitieve taken. De specificiteit van de onderdelen van de testbatterij is hoog, maar de sensitiviteit is zeker geen 100%.

Wij stellen voor om een viertal studies te doen:

1. Bij welke symptoomgroepen moet je bedacht zijn op overrapportage? Een literatuurstudie.
2. Een simulatiestudie waarbij mensen worden geïnstrueerd om klachtendomeinen te simuleren. Zo kun je vaststellen hoe goed de testbatterij het doet.
3. Het toepassen van deze batterij bij een heterogene groep van patiënten. Volgens de logica van het differentiële preference design kun je nagaan hoe goed die testbatterij het doet.
4. Een echte pilotstudie in de context van SMBA. Hoe goed doet deze testbatterij het, hoezeer kan die de verzekeringsarts ondersteunen. Kun je de uitkomst in een shared decision proces communiceren aan de patiënt, om vervolgens de hele SMBA nog een keer te doen zodat die valide wordt?

Discussie

In de sociale verzekering gaat niet om symptomen of klachten, maar om beperkingen. Een beperking is geen klacht. Klachten horen tot het domein van de perceptie. Is het model niet te veel gebaseerd op het simuleren van klachten in het algemeen? En te weinig op het feit dat het in de sociale verzekering uiteindelijk gaat om de aannemelijkheid van het niet kunnen functioneren?

Het voorstel lijkt inderdaad te focussen op symptomen, maar de test is vooral gericht op cognitieve prestaties en de beperkingen daarin..

Wat heeft de verzekeringsarts aan zo'n test? Als iemand klachten presenteert die erg onwaarschijnlijk zijn, weet de verzekeringsarts nog niet wat hij wel of niet kan. De test kan hem op het verkeerde been zetten. De professionele oplichter zorgt er wel voor dat hij de test kent en ervoor slaagt..

Je moet evenwel op basis van de test iemand niet als malingerer bestempelen, maar zeggen: "Het onderzoek heeft bij u onbetrouwbare resultaten opgeleverd, omdat u niet voldoende inspanningen heeft geleverd." Je kunt in dat geval de test nog een keer afnemen.

Als je pas na twee jaar gaat kijken of iemand simuleert, ben je te laat. Dat moet eerder ingebouwd worden in het traject. Kan het ASE model ons hier helpen? Hierin kijk je naar iemands intenties. Waarom gaat van twee mensen met dezelfde soort rugklachten de ene wel aan het werk en de andere niet? Moet je niet binnen die twee jaar iets inbouwen om achter de intentie van mensen komen, waarom ze niet aan het werk gaan?

Als je de test inzet op maand drie zal de uitkomst heel anders zijn dan als je hem na twee jaar inzet. Na twee jaar hebben cliënten de ervaring dat ze niet gehoord worden, tenzij de symptomen heel erg aangezet worden. Om geloofd te worden nemen ze vaak hun toevlucht tot dingen die het voor professionals ongeloofwaardig maken, maar die in de algemene populatie misschien wel werken.

De test kan wellicht vooral bij de vangnetpopulatie goed worden ingezet om al vroeg in het ziekteproces te gebruiken. De vangnetters zitten aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Ze hebben een heel groot participatieprobleem. En een heel groot motivatieprobleem. Dat laatste is onderdeel van de probleemanalyse die na zes weken ziekte gemaakt moet worden.

In de vroege situatie valt veel winst te behalen. Maar na twee jaar moet je toch even terugkomen op de beperkingen. Dan kan ook gedrag zijn dat mensen heel langzaam aangeleerd hebben. En voor een deel kan het bewegingsangst zijn. Kunnen mensen ook zelf zeggen dat het niet terecht is geweest dat ze zich beperkt hebben? De test richt zich nadrukkelijk om cognitieve en neuro-cognitieve klachten.

We moeten oppassen dat er geen 'wapenwedloop' ontstaat. Bij het neuropsychologisch onderzoek zien we dat de advocatuur mensen laat trainen in de testen. Vervolgens moet er weer een nieuwe test worden ontwikkeld.

Letselschadeadvocaten proberen allerlei testen te onderscheppen. Neuropsychologen en testontwikkelaars proberen steeds meer hun tests af te schermen.

Simon Knepper licht zijn paper toe

De huidige claimbeoordeling is een eenmalige activiteit die zich ver van de praktijk van de arbeid afspeelt. De regels worden vaak rigide toegepast en afstandelijk ver van arbeid. "U hoort het wel van de arbeidsdeskundige wat er uitkomt.", zeggen veel verzekeringsartsen. De nieuwe verzekeringsgeneeskundige protocollen hebben hier geen verbetering gebracht.

Maak van de beoordeling een cyclische activiteit. Neem alleen mensen die bereid zijn om aan het werk te gaan, die zich beschikbaar stellen voor arbeid. Geef de beoordeling bij deze groep een tijdelijk karakter van één jaar met een professionele herbeoordeling. Als je de verzekeringsarts dwingt om de arbeidsanamnese, de opleiding en de biografie van de cliënt grondiger door te nemen dan nu het geval is, is hij beter in staat om aan te geven, welke keuze iemand in het verleden gemaakt heeft, en wat voor persoonskenmerken en affiniteiten hij heeft.

Laat de arbeidsdeskundige daarna terugkoppelen of er stagnatie in de werkhervatting optreedt. Als er stagnatie optreedt, ga dan na of de beoordeling van de beperkingen wel juist was en stel deze eventueel bij. Dwing die verzekeringsarts om een betere diagnose te stellen dan hij nu doet. Ik wil bij een hartinfarct weten of de cliënt angstig is, of hij de problemen altijd buiten zichzelf legt, of hij stresserend werk heeft waar hij tegenop ziet, of hij nog gemotiveerd is, bijvoorbeeld. Ik wil dus meer weten over persoonskenmerken, kenmerken van arbeid en omgeving, dus zorg er als verzekeringsarts voor dat je een sociaal geneeskundige diagnose maakt. Ga na wat voor hulponderzoeken je nodig hebt om de persoonskenmerken, de aanpassingsvaardigheden en affiniteiten in kaart te brengen.

Discussie

In het kader van de Wet Verbetering Poortwachter toetst de bedrijfsarts al cyclisch toetst of de re-integratie goed verloopt. Als die twee jaar zijn verstreken, moeten we dan nog zo'n fase door? De meeste dossiers vertonen na die twee jaar echter forse lacunes.

De artsen moeten hun oordeel dus verbreden. Verder moet het poortwachterproces verbeteren. Verder moet UWV meer face to face met de klant te communiceren. En de cliënt moet ook iets leren.

Het voorstel lijkt op de nieuwe benadering in de Wajong. Bij de Wajong gaat het evenwel om een participatieadvies, waarbij een veel grotere betrokkenheid van de uitvoerders gevraagd wordt.

De vraag blijft hoe je omgaat met het onderdeel compensatie. Eerst vindt een theoretische beoordeling plaats, zoals nu. We proberen deze beter te onderbouwen. Bij de op compensatie gerichte beoordeling laat de wet niet toe dat je aandacht besteedt aan aspecten die de ICF zo interessant maken, namelijk de persoonlijke factoren en de externe omstandigheden. Je moet je beperken tot stoornissen, beperkingen en handicaps.

Dit voorstel hangt tussen participatie en compensatie in. Moeten we niet inzetten op een betere WVP-uitvoering? Laten we een goede compensatiegerichte claimbeoordeling ontwikkelen en niet nog een keer na 2 jaar een participatiegerichte beoordeling. Wat is de meerwaarde van een participatiegerichte claimbeoordeling, als het voortraject goed is gedaan?

Het is een theoretische beoordeling, maar met de mogelijkheid om dichterbij de praktijk aan te schuiven door een heroverweging van je eerste oordeel, aan de hand van in de praktijk gebleken problemen.

Twee derde van de mensen die nu in de WGA regeling zitten, dus zo'n 15.000 mensen, zijn volledig arbeidsongeschikt, maar ze zijn nog wel degelijk tot iets in staat. Wat zou je met deze groep kunnen in dit verband? Naar verwachting is deze groep in 2015 uitgegroeid tot 100.000 mensen.

Het voorstel sluit aan op de richtlijnen voor bedrijfsartsen waar je ook steeds kijkt naar eventuele stagnaties zitten hoe je die kunt oplossen.

Is het participatiegerichte claimbeoordeling, of eerder een participatiegericht proces? Is de beoordeling zelf nu anders? Je bewaakt nu of er iets van terecht komt: "Wat leren cliënt's ervaringen mij over de werkelijkheid van zijn beperkingen?"

Het essentiële verschil is dat je nu kijkt naar het punt van stagnatie. Je zet het begrip arbeidsvermogen in de plaats van verdien capaciteit. Voor veel WGA-ers wordt nu keer op keer vastgesteld dat ze ook dit keer weer 80-100% zijn. Daar komt geen verandering in als je het standaardcriterium van verdienvermogen op gangbare arbeid blijft hanteren.

Een succes criterium van dit voorstel is een hogere participatiegraad. Of het ook invloed heeft op het volume hangt af van andere zaken, bijvoorbeeld hoe de wetgever de wet invult. Het gaat niet meer alleen om de overeenstemming tussen beoordelaars als maatstaf voor de geslaagdheid van de innovatie. Het gaat ook om het effect op de participatie.

Beoordeling op gerealiseerde participatie kent ook problemen. De mensen met een WIA-aanvraag hebben niet alleen beperkingen en gezondheidsproblemen, maar ook kenmerken in de persoonlijke en externe omstandigheden die maken dat ze niet interessant zijn voor werkgevers. Als de participatie mislukt doordat iemand geen kans krijgt op de arbeidsmarkt moet je dat wel analyseren, maar niet meenemen in je beoordeling.

Kijken we naar de 35-minners in de WGA. Die hebben een verdien capaciteit van meer dan 65%, dus men valt buiten de compensatie. Ze hebben wel participatieproblemen. Neem leerkrachten met een burn-out: die ervaren forse beperkingen. Ze vinden dat ze niet meer in dezelfde baan aan de slag kunnen, zelfs niet meer goed re-integreerbaar zijn. Ze glijden af naar de WW en de WWB. Hier is sprake van een fors verschil tussen de geobjectiveerde beperking en de ervaren beperking. Anderzijds 60% van degenen die door een herbeoordeling ASB hun uitkering geheel of gedeeltelijk zijn kwijtgeraakt, is na een aantal jaren weer aan het werk.

Derde sessie 14.00 – 15.00 uur:

- Taken voor laag-gekwalificeerden: Op weg naar een parallelle arbeidsmarkt? Fred Zijlstra.
- Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen vanuit een participatiegerichte benadering: uitdagingen binnen deze paradigmashift, Jac van der Klink.

Fred Zijlstra licht zijn paper toe

Bij het beoordelen van arbeidsvermogen moet je ook naar arbeid kijken. De arbeid is de laatste 30-40 jaar flink veranderd. Arbeid is niet meer een primair fysiek mechanisch gebeuren.

Er ligt tegenwoordig veel meer nadruk op sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden. We zouden arbeid anders kunnen organiseren, zodat er taken zijn die door de mensen waar het hier om gaat uitgevoerd kunnen worden.

Zijn onze huidige inzichten t.a.v. arbeid nog wel toereikend?

Kunnen we arbeid niet anders inrichten? Het gaat vandaag over mensen met beperkingen. Je kunt dat nog verder verbreden tot de oudere werknemers. Mensen moeten langer doorwerken, maar willen dat niet altijd op de huidige basis doen. Om dat te kunnen bereiken moet je ook wat aan arbeid doen. Ik pleit voor het uitvoeren van een experiment binnen organisaties om die andere manier van kijken en denken door te voeren.

Discussie

Het gaat om veel meer dan job carving. Dat laatste richt zich op individuele functies waar je stukken uithaalt: vaak de routinematige en simpele taken. Die worden echter juist vaak als rustmoment in een functie gebruikt! Als je dat die taken eruit haalt leidt dat uiteindelijk tot een verzwaring van het werk voor anderen. Kun je werkprocessen anders indelen en combineren? Het gaat erom dat er verschillende gradaties van functies ontstaan.

Die organisaties moeten daar dan ook belang bij hebben, Dat belang zit hem in de eerste plaats in de vergrijzing. Hoe houd je mensen tot de huidige pensioenleeftijd aan het werk? Het gaat erom hoeveel mensen willen werken en hoeveel kans zij daartoe krijgen. Het begint bij een voldoende aanbod. De herstructurering van de sociale zekerheid die geleid heeft tot activeren betekent een toename van de aandacht voor vergroting van het aanbod. Door de vergrijzing komt er een directe noodzaak, een direct belang, om ruimte te maken voor mensen die zich aanbieden op de arbeidsmarkt.

In Nederland zijn wel bewegingen gaande binnen bedrijven waar men bekijkt hoe mensen met beperkingen en in reguliere functies in te bedden. Na de economische recessie zal er een enorme krapte op de arbeidsmarkt ontstaan. Dat is ook de achtergrond van de participatiegedachte: mensen met beperkingen, maar ook ouderen aan de slag houden.

Enkele SW-bedrijven willen meer de sociale ondernemingskant op. Regulier plus gehandicapt gaan samenwerken, vooral bij laaggeschoold werk. In de inkoopvoorwaarden van enkele gemeentes worden bepalingen opgenomen dat bedrijven in staat moeten zijn om met niet-standaard werknemers te werken. Het is verstandig om daar nu mee te beginnen. Over 5 jaar moeten ze dat allemaal kunnen. De overheid (rijk, provincies en gemeenten) besteedt in totaal 40 miljard op jaarbasis, in principe beschikbaar als stimulans voor inschakeling doelgroepen. Werkgevers streven ernaar om werknemers die ze vroeger graag lieten gaan nu te behouden. Toch is de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten bij ons met 40% nog laag. Het denken over arbeid werd lange tijd uitsluitend gekenmerkt door concurrentie, efficiency, productiviteit. Nu zien we een kentering mede onder invloed van een grote economische crisis.

Aan participatie zit een economische kant (vraag en aanbod), maar ook een psychologische en maatschappelijke kant. Participeren is een doel op zich. Ook bedrijven onderkennen steeds meer - in het licht van het maatschappelijk verantwoord ondernemen - dat ze ook een rol hebben jegens de maatschappij.

Maar zolang je nog marktordening hebt zul je op de productiviteit moeten letten. Het blijft van belang om door innovatie ook laag-gekwalificeerden en mensen met beperkingen productieve te maken.

Innovatie moet het organisaties mogelijk maken om geld te verdienen door mensen die tot nu toe buiten de poort staan effectief in te zetten. Dat stelt hoge eisen aan de creativiteit van de bedrijfsvoering. Het is expliciet de bedoeling om functies te creëren die binnen die grenzen van de economische rentabiliteit vallen. Het gaat dus niet over gesubsidieerde banen.

Een andere belangrijke maatschappelijke trend is flexibilisering van de arbeid. Laaggeschoolde arbeid zie je uit Europa verdwijnen. Hoe valt dit te rijmen met het creëren van functies aan de onderkant van de arbeidsmarkt? Dat is een enorme uitdaging. Door flexibilisering komt de onderkant van de arbeidsmarkt het eerst onder druk te staan en dreigen hier banen verloren te gaan.

De scenario's van verschuiving van werkgelegenheid naar derdewereldlanden en vergrijzing laten zien dat we tekorten krijgen op de arbeidsmarkt.

Er is onderzoek gedaan door een aantal arbeidseconomen en -sociologen naar bereidwilligheid van werkgevers om lager gekwalificeerde mensen aan te nemen. Dat blijkt het geval te zijn als er veel behoefte is. Je moet onderscheid maken naar de sectoren. De non-profit en de profit sector hebben elk hun eigen dynamiek.

Een voorstel als het onderhavige kun je niet afdoende onderbouwen met economische argumenten. Het argument zoals vervat in de Universele verklaring van het recht op werk onmisbaar is hierbij onmisbaar. Participatie is (ook) een doel op zichzelf!

De werkgevers zijn ongevraagd tot spil in de sociale zekerheid geworden. Vergelijk de Wajongers die volgend jaar een baanaanbod moeten krijgen. Als er vanuit de overheid een dergelijke noodzaak gecreëerd wordt zal er ook ruimte voor oplossingen moeten zijn.

De vraag welke consequenties dit voorstel moet hebben voor de beoordeling is nog weinig aan de orde geweest. Als je iets aan het criterium gaat doen wat arbeid is, heeft dat invloed op de beoordeling van het arbeidsvermogen. Dit moet verder uitgewerkt worden, omdat de consequentie is dat de beoordeling niet meer op gangbare arbeid, maar op elementaire taken plaatsvindt.

Jac van der Klink licht zijn paper toe

In onze bijdrage ligt de nadruk sterk op het participatiemodel. Welke informatie, welk instrumentarium moeten professionals hebben om in het nieuwe model de activiteiten te kunnen uitoefenen? Aanvaarding van het participatiemodel gaat met een aantal verschuivingen gepaard. In het compensatiemodel is sprake van een lineair medische benadering (ziekte, gebrek, beperkingen, uitkeringen), en in een participatiemodel kijk je meer multi-factorieel kijken. Je krijgt een verschuiving van oriëntatie op individu naar oriëntatie op individu en context, en van een statisch naar een veel meer dynamisch model.

De relatie tussen ziekte en beperking is heel los, en hooguit de eerste twee - drie maanden aanwezig. Daarna wordt de dynamiek van arbeidsongeschiktheid bepaald door andere dan medische factoren. Moet de beoordeling niet mede op andere dan medische aspecten plaatsvinden? Interventies zijn nog vrij klacht- en diagnosegericht en vooral beschikbaar voor de eerste twee tot drie maanden. Bij een louter klachtengerichte benadering ontstaat een periode dat alle partijen gaan zitten wachten tot het beter gaat. Kijk je meer naar gedrags- en motivationele aspecten, dan vind je hele andere factoren waarop je kunt interveniëren. Kun je vanuit de gedragsmodellen processen in kaart brengen die aangrijpingspunt zouden kunnen zijn voor interventies? Een gebrek aan self efficacy is een ongunstige predictieve factor voor weer aan het werk komen. Juist daarop zou je kunnen interveniëren. Hoe kun je de motivationele kant versterken?

Discussie

In onderzoek vond men een forse verklaarde variantie naar werkhervatting na een jaar. Er is een groot Deens onderzoek geweest, gepubliceerd in BMJ, waarbij self efficacy een belangrijke prognostische factor bleek.

Wellicht is er ook na 2 jaar ziekte nog sprake van een verband van deze factoren met werkhervatting. Maar het is beter de beoordeling naar voren halen en niet te wachten tot twee jaar. Vaak is men na drie tot vijf maanden uitbehandeld. Dat komt omdat de aandacht gericht is op de diagnose. Ga je naar andere aspecten kijken, dan levert dat nieuwe interventie-mogelijkheden op.

De gedragsvariabelen winnen evenwel aan belang op het moment dat medische kwesties zijn uitgebrand. Bij langdurig werklozen blijken ze een voorspeller te worden voor de intentie tot werkhervatting.

We moeten geen latentieperiode van ruim anderhalf jaar laten bestaan en dan zien hoe de scherven op te rapen! Het paper beweegt zich terug van de sociaalverzekerings-geneeskundige context naar de bedrijfsgeneeskundige context.

Uit onderzoek bij mensen met werkgerelateerde psychische klachten komt self efficacy ook als een voorspeller naar voren voor de duur tot volledige werkhervatting. Kijk je echter naar de voorspellende waarde van deze variabelen t.a.v het vinden van een baan dan verdwijnt het verband, omdat de correlatie tussen zoekgedrag en het vinden van een baan zo bedroevend laag is. Dat kan ook het geval zijn bij mensen die twee jaar arbeidsongeschikt zijn.

Op het moment dat in de bedrijfsgeneeskundige fase (eerste twee jaar) wordt vastgesteld dat iemand geen perspectieven heeft in huidige baan, is het zoeken naar een andere baan nog steeds mede een verantwoordelijkheid van de huidige werkgever, en uiteraard ook van het individu. Als de werkgever heeft aangegeven dat de werknemer niet meer herplaatsbaar is, maar hij heeft niet actief bemiddeld naar het tweede spoor, dan kan de werkgever 'gestraft' worden door het UWV, bijvoorbeeld doordat hij het loon nog een jaar moet doorbetalen. De werkgever heeft deze verplichting niet voor mensen die een tijdelijk contract hebben. Daardoor zijn er zoveel vangnetters.

Moraal: als blijkt dat iemand na drie maanden zijn eigen werk niet meer kan doen, moet men niet afwachten tot de twee jaar om zijn, maar is actie nodig. Werkgevers richten poortwachterscentra op om elkaars werknemers te herplaatsen.

Hier gaat het niet om claimbeoordeling maar om re-integreerbaarheid. Iemand die gedeeltelijk arbeidsgeschikt is moet aan de slag. De vraag is aan de orde welke factoren dat belemmeren of juist mogelijk maken.

Ook hier zien we de overeenkomst met de Wajong: hier wordt onderscheid gemaakt naar het wel of niet hebben van arbeidscapaciteit. Wellicht is ook bij de WIA pragmatischer om onderscheid te maken tussen wel of niet kunnen werken, daarop een regeling te baseren. Dan zijn we af van die hybride constructie waarbij arbeidvermogen en verdiencapaciteit in één regeling staan.

Vierde sessie 15.15 – 16.15 uur:

- Patient empowerment bij herstel en re-integratie, José Kerstholt en Agnes Meershoek
- Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen: Maak werk van interactie tussen alle partijen! Allard van der Beek, Han Anema, Inge Varekamp en Frank van Dijk

José Kerstholt licht het paper toe

Het uitgangspunt van de bijdrage over empowerment is dat mensen moeten worden aangezet tot nadenken over hun eigen behoeften. In de paper worden twee tools genoemd om mensen hierbij te helpen. De tools kunnen onderdeel zijn van een bredere web portal. TNO heeft een web portal voor empowerment van werklozen, met als doel een verhoging van de motivatie om weer aan de slag te gaan. Vragen van cliënten staan dan centraal. Met behulp van focusgroepen is de portal afgestemd op de doelgroep. Tools zijn o.a. een dagboek bijhouden, afspraken maken met mensen.

Discussie

We streven naar een stelsel waarin activering en re-integratie meer centraal staan. Is voor een deze benadering een formele stelselwijziging een voorwaarde?

Een bestaande site is Eerste Hulp bij Werk: ehbw.nl.

Recent is een site ontworpen om mensen te ondersteunen bij een WIA-aanvraag.

Er zijn twee typen cliënten: de goed geïnformeerde cliënt die de weg weet, en de cliënt die hulp nodig heeft.

Hoe maak je deze ondersteuning nu zo dat mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt deze gaan gebruiken? Juist daar moet participatie worden vergroot. De empowerment van WIA-clieënten sloeg vooral aan bij hoogopgeleiden.

Bij empowerment bepaalt de cliënt wat hij nodig heeft: maar dat moet de cliënten wel kunnen of leren. Een portal is aardig voor wie al webwise is.

Soms is vrijwilligerswerk een (tussen)oplossing.
Dat 'betaalt' in termen van leren, werkervaring opdoen.

In handen van artsen degenerereert het begrip empowerment gemakkelijk tot het leggen van de verantwoordelijkheid voor de ziekte bij de patiënt, therapietrouw en herstelgedrag. Dit soort van ontsporingen gestimuleerd door de overheid is gevaarlijk. Het leidt tot betutteling en het leggen van verantwoordelijkheid waar die niet hoort.

Frank van Dijk licht zijn paper toe

De toelichting is mede namens het Coronel Instituut van het AMC en de VU.

We beschouwen het systeem als een gegeven en richten ons erg op het proces waarbij mensen met een chronische ziekte tussen wal en schip kunnen vallen.

In de NEA enquête geeft 3% van de mensen aan een ernstige beperking te hebben door ziekte. 16% is licht beperkt. In onze visie moet je snel beoordelen en maatregelen en interventies voorstellen. Er liggen drie 'valkuilen' op de loer:

- de werknemer kan verstrikt raken in rouwprocessen
- een leidinggevende is niet altijd voor deze taak geboren. Hoe kun je nou zien of iemand iets kan of niet? Wanneer is ondersteuning nodig?
- professionals in de zorg staan ver van het werk af; bij arbo-professionals is de positie beter, maar zijn wel goede contacten met de curatieve sector nodig.

Twee benaderingen zijn door ons in het zoeklicht gezet:

1. empowerment: de cliënt leert de begripshuishouding van zijn baas te begrijpen;
2. een participatieve aanpak: niet alleen de werknemer krijgt ondersteuning om duidelijk te krijgen wat hij wel en niet kan, maar ook de leidinggevende. Vervolgens worden ze met elkaar in gesprek gebracht met een lichte 'mediation'. Deze aanpak wordt momenteel uitgetest.

Deze methodieken moeten nog verder worden ontwikkeld. Voor laaggeschoolden is wellicht een aparte variant nodig.

De huisarts kan vier vragen naar het werk stellen: die bevorderen de aandacht van de huisarts en leiden tot het eerder herkennen van prognostische factoren. Iets dergelijks geldt ook voor medisch specialisten. Door dergelijke experimenten komt arbeid hoger op de agenda van de behandelaar.

HRM is zich nog nauwelijks bewust van deze problemen; in HRM-handboeken is hierover nauwelijks iets te vinden.

Discussie

Empowerment is eigenlijk een systeembenadering is. Daarom moet je het als zodanig uitproberen, in een bedrijfssituatie. Het Sociaal Medisch Team vindt vaak plaats zonder de cliënt. Het is een stap in de goede richting om de cliënt erbij te halen.

Je probeert de hiërarchische relatie tussen leidinggevende en werknemer in evenwicht te brengen. Met empowerment kan de werknemer zich voorbereiden op een gesprek met de leidinggevende.

Als de leidinggevende en de baas problemen hebben met een zieke werknemer, heeft de leidinggevende heel vaak moeite om daarmee om te gaan. Een participatieve methode kan hier helpen.

Bij grote niet academische ziekenhuizen worden momenteel alle leidinggevendenden getraind.

HRM zou hier nog niet aan toe zijn. Van verschillende kanten wordt aandacht voor dit probleem gevraagd.

De ernst van de ziekte speelt een rol. De gedragscomponent sluit daarop aan. Je definieert wat mogelijk is in de situatie waarbij de werknemer zich bewust wordt van zijn (on)vermogen. Ook de leidinggevende beseft waar zijn bijdrage ligt.

Liggen hier vraagstellingen voor inventariserend, monitoring onderzoek?

Je moet streven naar congruente oplossingen die door beide partijen worden gedragen. Het gaat uiteindelijk om optimale arbeidsparticipatie. In welke mate moet je mensen wel of niet inzetten? Wat kun je daadwerkelijk doen?

We evalueren op de harde outcome, bijvoorbeeld volledige werkhervatting.

Afsluiting

De projectgroep neemt alle inbreng vanuit deze prachtige brainstorm mee, 6 april is de uiterlijke datum voor de finale papers. In juni gaat het eindrapport van de projectgroep naar de SIG en het UWV-SMZ-programma. In de finale papers moeten de reacties van vandaag zijn verwerkt. We willen ook toe naar onderzoek en onderzoeksvraagstellingen.

Veel van de gemaakte opmerkingen raken aan de inbedding van projecten in het hele stelsel. De grenzen van het project zijn in de discussie ruimschoots overschreden. Er is veel nadruk gelegd op de bedrijfsgeneeskundige context. Zo hoort het ook! De programma-commissie heeft tot taak om een samenhangend programma van onderzoek voor SMB te presenteren. Alles wat goed en behartenswaardig is moet daarin een plaats vinden.



UWV

December 2009

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

XX110 00000 12-09