

A+1
699

TNO Arbeid

Nederlandse Organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek/Netherlands Organisation
for Applied Scientific Research



TNO-rapport

10736/018.25 20 121

Oordelen en argumenteren

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum	26 augustus 2002
Auteurs	W.E.L. de Boer J.M. Meijers J. Minderhoud R.W.B. Blonk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Het onderzoek in vogelvlucht	5
3	De aanpak in de bijeenkomsten	7
3.1	Consensusbesprekingen én Delphi-methode	7
3.2	De chatsessies	8
4	Resultaten: model van regelgeving	11
4.1	Het model van regelgeving	12
4.1.1	De mogelijke uitkomsten van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling: conclusies	12
4.1.2	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling: argumentatie	14
4.1.3	Verantwoording	16
4.1.4	Het verzekeringsgeneeskundige onderzoek: onderzoeksmethoden	16
4.1.5	Bewijslast en medewerkingplicht	16
5	De oordelen, vóór, tijdens en na	17
5.1	De chatsessies	18
6	De discussies in de consensusbijeenkomsten en de chat	21
6.1	De bijeenkomsten.	21
6.2	De chatsessies.	23
7	Antwoorden op de vragen	25
8	En verder...?	27
	Literatuur	31
	Bijlage I: Normontwikkeling per casus	33
	Bijlage II: Delphi-vragenlijst	71

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

NR. 906
plaats AH 699

1 Inleiding

Bij het doen van beoordelingen in het kader van de WAO moet onder meer worden aangegeven wat een cliënt in theorie nog kan verdienen in gangbare arbeid. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een systeem van matching van mogelijkheden en beperkingen van die cliënt met vereisten van arbeidssituaties. Dat systeem was jarenlang het zogeheten FIS (Functie Informatiesysteem) en per 1-1-2002 moest dat vervangen zijn door het CBBS (Claimbeoordelings- en BorgingsSysteem). Deze systemen worden tot 1-1-2002 gebruikt door de UVI's en beheerd door het Lisv. Inmiddels zijn UVI's en Lisv opgegaan in het UWV. Het destijds Lisv heeft dat nieuwe CBBS ontworpen en vormgegeven. Een van de vragen waar het Lisv zich voor gesteld zag was de vraag naar implementatie en met name het verkrijgen van professionele normen. Hoe bereik je dat gelijke gevallen gelijk beoordeeld worden? Het Lisv had veel gedaan aan algemene normering en was van mening dat voor de implementatie van het CBBS behoefte was aan normering op gevalsniveau. Het moest leiden tot een serie voorbeelden van voorkomende situaties en voorschriften van hoe in die situaties het oordeel zou moeten zijn. Hiervoor is de hulp ingeroepen van TNO Arbeid.

In het kader van het ondersteunen van het Lisv bij het voorbereiden van de implementatie van het CBBS heeft TNO Arbeid met een aantal experts gewerkt aan het opstellen van genormeerde beoordelingen van casuïstiek. Tijdens het project is samengewerkt met de staf van het Lisv en ook was een begeleidingsgroep ingesteld onder leiding van prof Hofstee.

Een verslag van hoe dat in zijn werk is gegaan en wat de resultaten waren vindt u in dit rapport. En passant is een aantal vragen en overwegingen aan de orde geweest die het waard zijn om vastgehouden te worden als product van kennisontwikkeling. In dit verslag worden dan ook antwoorden besproken op de volgende vragen:

1. Hoe zou een casusbeschrijvingen er uit moeten zien voor de implementatie van een nieuwe methodiek als CBBS?
2. Hoe kun je komen tot aanvaardbare normen inzake de beoordeling van concrete casuïstiek?
 - a) Kun je het eens worden over de regelgeving?
 - b) Langs welke wegen kun je zoal tot normen komen?
 - c) Tot welke normen kun je komen en hoe stabiel zijn die?
3. Tot welke discussies leidt zo'n traject en wat zegt dat over het werk van de verzekeringsarts?

Het gehele traject heeft gelopen van september 2000 tot mei 2002. De implementatie van het CBBS heeft gelopen van eind 2001 tot begin 2002 en is thans nog onderhevig aan finetuning en evaluatie. In september 2000 was de tijdsplanning aanzienlijk optimistischer, wat ertoe geleid heeft dat het onderzoek in korte tijd moest worden afgerond.

2 Het onderzoek in vogelvlucht

Het Lisv wilde de implementatie van het CBBS vergezeld doen gaan van oefencasuïstiek, voorzien van normen inzake het eindoordeel. Dit gaf aanleiding tot een aantal overwegingen. Aanvankelijk was het de bedoeling om geheel reële casuïstiek op audio-band op te nemen, op basis daarvan rapportages te maken en onderdelen daarvan na te laten spelen door acteurs. Hiermee zou zeer herkenbare casuïstiek worden verkregen, idealiter van zo'n omvang dat alle mogelijkheden van de FML middels één of meer casussen geïllustreerd zouden kunnen worden. Dit zou leiden tot een soort verzekeringsgeneeskundige jurisprudentie. De bereidheid in het veld om daaraan deel te nemen is op zichzelf groot geweest maar het tempo van opleveren van gespreksregistraties was dermate laag dat dit, gezien de destijds geldende planning, een onoplosbaar probleem zou opleveren. Uitgeweken is toen naar rapportages die er al waren, zowel bij TNO als bij het Lisv. Deze rapportages zijn geselecteerd op bruikbaarheid voor het opleiden in CBBS-gebruik, geanonimiseerd en gesystematiseerd.

Voor de selectie werd gekeken naar spreiding over veel voorkomende problematiek en mogelijke conclusies. Het aantal werd gemaximeerd op 15 in verband met de doorlooptijd en de kosten. Het geheel moest een didactisch doel dienen. De casussen zijn derhalve gekozen en geconstrueerd met het oog op eenduidigheid. De casuïstiek is dus niet representatief voor het normale spreekuraanbod. Er werden tekstfragmenten gemaakt per casus en deze werden nagespeeld door acteurs. Inmiddels werden de rapportages besproken met het Lisv dat van mening was dat de voorliggende rapportages weliswaar realistisch waren maar te mager om als input te gelden voor de normering van de oordelen. Om die redenen zijn de voorliggende rapportages flink uitgebreid zonder overigens de uitslag te veranderen. Uiteindelijk zijn de aldus geconstrueerde casussen gebruikt. De casusbeschrijvingen zijn uitgebracht door het Lisv.

De observatie van de kwaliteit van bestaande rapportages is een waarneming met brede relevantie. Enerzijds is onontkoombaar dat rapportages van vóór CBBS niet de materie van de FML bevatten. Anderzijds was een zeker zo grote belemmering gelegen in het feit dat de rapportages veel vorm maar weinig inhoud bevatten. Wat er concreet met een cliënt aan de hand is en waarom de verzekeringsarts een bepaalde conclusie trok werd vaak niet duidelijk.

Parallel aan het maken van casuïstiek is gewerkt aan het maken van een model van de regelgeving op de WAO-claimbeoordeling einde wachttijd. Wil er zinvol inhoudelijk genormeerd kunnen worden dan moet er in ieder geval overeenstemming zijn over de geldende spelregels. Een synthese daarvan was niet voorhanden en het was de vraag of er overeenstemming was over die spelregels.

Vervolgens is de casuïstiek ingezet in een delphi-ronde waarin aan een aantal experts gevraagd werd om deze systematisch te beoordelen in termen van conclusie, argumentatie en zekerheid. De resultaten daarvan zijn bij elkaar opgeteld en vormen een 0-meting. Vervolgens zijn de casussen besproken in consensusbijeenkomsten en daardoor is een tweede meting ontstaan. Een deel van de casussen is gebruikt voor een nameting vanuit een vraag naar de stabiliteit van de bereikte consensus. Een ander deel van de casussen is gebruikt om in een anonieme consensusbespreking via chatsessies te normeren.

In voorliggend rapport wordt de aanpak in de diverse bijeenkomsten uiteengezet in hoofdstuk 3. Het opgestelde en uitgeteste model wordt gepresenteerd in hoofdstuk 4 en

de oordelen zoals die in de verschillende metingen gevonden werden staan beschreven in hoofdstuk 5. Bijzonderheden die in de discussies aan de dag traden zijn beschreven in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 wordt antwoord gegeven op de vragen die in de inleiding zijn gesteld en in hoofdstuk 8 worden wat overwegingen en suggesties gegeven inzake wat verder voor de hand ligt om te doen. Na de literatuurlijst treft u de casuïstiek zelf in bijlage 1, inclusief de bereikte normering. De gebruikte vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

3 De aanpak in de bijeenkomsten

3.1 Consensusbesprekingen én Delphi-methode

Het Lisv wilde komen tot normering van de geconstrueerde casuïstiek (zie hoofdstuk 2), zodat het niet alleen maar open oefenmateriaal zou zijn. Overwogen is hoe daartoe gekomen kon worden. De normering zou moeten ontstaan bij ervaren verzekeringsartsen, werkzaam bij verschillende Uvi's; en andere aanbieders van beoordelingen (WOSM en Argonaut). Die organisaties hebben deelnemers aan het onderzoek afgevaardigd welke zij zeer gekwalificeerd achtten.

Idealiter zou een volledig anonieme Delphi procedure gebruikt kunnen worden (Croon en Langius 1993) maar vanwege de te voorziene doorlooptijd was dat niet haalbaar. Consensusbespreking was een alternatief. Uiteindelijk is gekozen voor een mix van beide waardoor gegarandeerd ieders eerste oordeel op tafel zou komen (Delphi) en snel tot een groepsnorm kon worden gekomen (consensusbespreking)

De Delphi-methode wordt gebruikt om beoordelingen of beslissingsstrategieën te ondersteunen in situaties waar op voorhand geen overeenstemming of beperkte kennis is over (1) ofwel het probleem zelf ofwel (2) welke aspecten moeten worden toegevoegd om tot overeenstemming te kunnen komen. Het resultaat van een Delphi is dat de Delphileden door het samenvoegen van hun oordelen of ideeën tot een bevredigende oplossing komen voor het probleem. (Adler en Ziglio 1998)

De Delphi methode is een groepscommunicatief proces waarin op systematische wijze wordt gewerkt aan een complex probleem. De techniek zelf is relatief recht-toe-rechtaan. Hij bestaat uit een serie vragen en opdrachten die bedoeld zijn om na een eerste repons de inzichten steeds verder te verfijnen naarmate het proces vordert. De mix bestaat erin dat na de eerste ronde verder gegaan werd in de groep waardoor het een niet meer anonieme consensusbespreking werd.

De concrete werkwijze bij het bespreken van de casuïstiek was globaal als volgt:

- Individueel lezen van de casusbeschrijvingen (vóór de bijeenkomst)
- Individueel invullen van een vragenlijst voor iedere casus (vóór de bijeenkomst)
- In herinnering brengen van de casus door gezamenlijk naar de video opnames te kijken (tijdens de bijeenkomst)
- Individuele heroverweging van de ingevulde vragenlijst (tijdens de bijeenkomst)
- Plenair bespreken van de individuele scores op de vragenlijst
- Beantwoorden van een tweede vragenlijst per casus, collectief, op flip-over
- Vaststellen van overeenkomsten, verschillen en aspecten ter verduidelijking
- Vragen/discussie over verschillen en aspecten voor verduidelijking
- Afronding casus door vaststellen uiteindelijk oordeel

De vragenlijst welke ingevuld moest worden omvatte de volgende vragen:

- Wat is uw oordeel ten aanzien van het functioneren van de betrokken persoon?
- Welke argumenten hebben geleid tot uw oordeel?
- Hoe zeker bent u van uw oordeel (1 is helemaal niet zeker en 10 is volledig zeker)?
- Welke aspecten of onduidelijkheden maken dat u niet geheel zeker bent van uw oordeel?

De vragen op de tweede FML zijn tijdens de bijeenkomst opgesteld en zijn afhankelijk van de uitkomsten op het eerste vragenformulier. TNO heeft de bijeenkomsten genotu-

leerd en de vragenlijsten voor onderzoek bewerkt. De deelnemers hebben de verslagen gecheckt op juistheid, de begeleidingsgroep op duidelijkheid.

In april 2001 zijn op basis van zes bijeenkomsten aan het Lisv de resultaten gepresenteerd van deze studie, dit als check op de bewerking door TNO. In de verslaglegging lag de nadruk op de bereikte overeenstemming op de tien casussen, inclusief de belangrijkste argumenten die hieraan ten grondslag lagen. Bij het Lisv was inmiddels de behoefte gegroeid om veel nadruk te leggen op de argumentatie. Mede omdat er tijdens de eerste bijeenkomsten hoofdzakelijk gestuurd is op het bereiken van overeenstemming (consensus) was het niet meer mogelijk alle argumentaties voor de eerste tien casussen boven water te krijgen. Besloten is daarom dat er in de volgende twee bijeenkomsten, waarin de resterende vijf casussen besproken dienden te worden, nadrukkelijk gestuurd zou worden op argumentatie, binnen de opdracht om in twee dagen tijd alle casussen van normen te voorzien. De sturing op argumentatie binnen de bijeenkomsten heeft ook bij de laatste 5 casussen niet geleid tot een uitputtende argumentatie per beoordeling. De argumentaties die gepresenteerd worden moeten dan ook niet gezien worden als ideale argumentaties of oplossingsstrategieën voor de betreffende casuïstiek.

Bij het nalezen van de consensus verslagen van alle vijftien casussen dient dus rekening gehouden te worden met de verandering in werkwijze in de laatste twee dagen ten opzichte van de eerste zes dagen, waarbij tijdens de laatste twee dagen meer is stilgestaan bij de argumenten die mensen hadden. Conform verwachting drukte dat de consensus.

3.2 De chatsessies

Na afloop van bovenbeschreven onderzoek was er nog ruimte om iets meer te doen en er lag het probleem dat de eerste casussen minder uitgebreid van argumenten waren voorzien dan de laatste vijf. Besloten werd om met een andere opzet van onderzoek in die leemte te gaan voorzien. Na een oriëntatie op alternatieven is besloten om het medium van de chatbox uit te proberen. In de periode december 2001 tot en met eind mei 2002 zijn er drie chatsessies gehouden over de hiervoor beschreven casuïstiek. En ook nu is gekozen voor de in 3.1 omschreven Delphi-methodiek maar niet voor consensusbespreking.

In totaal hebben er vijftien verzekeringsartsen deelgenomen aan het onderzoek. De verzekeringsartsen en de casussen zijn verdeeld in drie tranches. Dit leverde drie groepen van vijf verzekeringsartsen op die elk vier of drie casussen voorgeschooteld kregen. Tranche 1 bestond uit de eerste vijf verzekeringsartsen en zij beoordeelden de eerste vier casussen. Tranche 2 bestond uit de volgende vijf verzekeringsartsen die drie casussen beoordeelden. Tranche 3 is op dezelfde manier opgebouwd: vijf verzekeringsartsen met drie casussen.

In onderstaande tabel is dit schematisch weergegeven.

Overzicht tranches:

Tranche	Aantal verzekeringsartsen	Aantal casussen
1	5	4
2	5	3
3	5	3
Totaal	15	10

Ook nu kreeg de onderzoeksgroep de casuïstiek voorgeschoteld, vergezeld van een FML en een vragenlijst. De werkwijze voor de deelnemers aan het onderzoek was als volgt:

- Individueel lezen van de casusbeschrijvingen, voor de chatsessie..
- Individueel invullen van de vragenlijst, voor de chatsessie.
- Het toesturen van de oordelen en de vragenlijsten naar TNO-arbeid.
- Voorbereiden van de chatsessie door de analyses van de oordeelsvorming te bestuderen.
- Het deelnemen aan de chatsessie.

Het voeren van een chatsessie ging als volgt: op het internet was een adres gereserveerd voor de onderzoeksgroep. De deelnemers aan het onderzoek konden naar deze pagina “surfen” en zich vervolgens aanmelden voor de chatsessie. Dit alles op een van te voren vastgesteld tijdstip. De sessie werd geleid en ondersteund door een technisch deskundige die de informatie uit de sessie in een bestand vastlegde, een project-medewerker en een inhoudelijk voorzitter. Het feitelijke chatten vond plaats doordat de deelnemers hun teksten intypten en deze vervolgens publiek in het chatplatform plaatsten. Tijdens de sessie werd de anonimiteit gewaarborgd door het hanteren van een niet-eigen naam. De deelnemers aan de groepsdiscussie kregen een chat-naam toebedeeld. Bovendien werd de sessie gevoerd vanuit thuiscomputers of individuele werkplekken, dus enig inzicht in andere deelnemers had men niet. Op basis van de gegevens uit de door de deelnemers ingevulde FML's werden er discussiepunten geformuleerd. Deze punten vormden de inhoudelijke speerpunten van de chatsessie.

Na afloop is de deelnemers gevraagd naar hun oordeel over punten met betrekking tot de vorm van de discussie en hoe men het chatten heeft ervaren. Deze vragen zijn door allen positief beantwoord. Iedereen vond het een leuk medium om mee te werken. Het was in het begin even ontdekken hoe het precies moest maar toen men het onder de knie had werd het prettig gevonden.

Er valt het een en ander te zeggen over het gebruik van zo'n chatsessie voor consensusvorming en normontwikkeling. Het door TNO hiervoor ingezette programma blijkt goed en snel te werken. In een ander verband is het uitgetest op een groep van 25 gebruikers tegelijkertijd en dat verliep vlot. Iedereen kon ook vanaf zijn thuiscomputer zonder problemen het programma in. Aangezien alle inbreng wordt opgeslagen in een logfile is exacte reconstructie van de discussie mogelijk wat winst is ten opzichte van een groepsbespreking. De verbindingen zijn een zwakke plek. Het tempo wordt namelijk bepaald door de snelheid van de internetaansluiting van de gebruikers. Dat liep nogal uiteen. Het verversen van het scherm gebeurt op gezette tijden en de combinatie van beide maakt dat soms door iemand gereageerd wordt op een item dat door anderen alweer verlaten is. Dit gaf geen problemen in de kleine groep maar zou dat wel kunnen geven in een grote groep. Zoals boven omschreven is chatten iets dat je

moet leren. In de pilotgroep bleek dat snel genoeg te gaan. Wel vraagt het typevaardigheid die mogelijk niet iedereen in gelijke mate heeft. Ook vraagt het de vaardigheid om zich kort en puntig uit te drukken: er kunnen 250 tekens per bericht verzonden worden. Technisch is dat wel uit te breiden maar dan wordt de discussie meteen stroperig. Met deze omvang per bericht was goed te werken maar de noodzaak tot comprimeren heeft ook een ander effect: het nodigt meer uit tot expressie van eigen mening dan tot genuanceerde consensusvorming. Gegeven de anonimiteit blijkt dat vervolgens twee kanten op te kunnen gaan: met vertrouwen ontstaat er een gesprek over beroepsattitude en onzekerheden in het eigen kunnen, met weinig vertrouwen leidt het tot defensiviteit en tot algemeenheden. Met een strakke leiding is het mogelijk om dezelfde diepgang te bereiken als in een groepsbespreking. Het gaat dan echter onevenredig veel trager. Tenslotte geldt voor de chat dat alles is ingeperkt op een expliciet en verbaal proces.

Al met al bleek in deze context de chat een aardig medium met duidelijke beperkingen: technisch, organisatorisch en persoonlijk. Een alternatief is nog het plaatsen van casuïstiek op een website en mensen er op laten reageren wanneer ze willen en deze reacties bundelen en leidend laten zijn voor vervolgvragen. Op verschillende plaatsen wordt zo gewerkt, TNO heeft er ook ervaring mee. Het voorkomt het probleem van het mensen tegelijkertijd ingelogd te laten zijn. Daarentegen is het wat afstandelijker en trager: men reageert niet echt op elkaar. En ook daar geldt dat alles is ingeperkt op een expliciet en verbaal proces. In vergelijking tot de groepsbijeenkomsten hadden we niet de indruk dat de normen of de kwaliteit van de argumenten veranderden. Mogelijk was dat mede te wijten aan het feit dat iedereen eerst dezelfde vragenlijst moest invullen, ook dat uniformeert al.

4 Resultaten: model van regelgeving

Zoals boven is omschreven is in dit onderzoek aandacht besteed aan de WAO-beoordeling einde wachttijd. Het streven was om te onderzoeken in welke mate en op welke wijze overeenstemming bereikt kon worden met uitgewerkte casusbeschrijvingen. Hiertoe moest echter overeenstemming bestaan over de normen waaraan men zich te houden had. Bekend was dat het toepassen van de regels inzake de WAO-beoordeling door verzekeringsartsen niet erg uniform en eenduidig gebeurt. (Horstman ea 1997, De Bont ea 2000). Een verklaring die daarvoor wel wordt gegeven is de ingewikkelde, tegenstrijdige of niet acceptabele regelgeving (De Bont 1998, De Boer en Huvenaars 2000). Een veel gehoord bezwaar tegen de huidige regelgeving is dat hij onduidelijk en tegenstrijdig zou zijn. Een goede analyse daarvan hebben we echter niet aangetroffen. Mogelijk is het probleem eerder dat de standaarden na elkaar zijn opgeleverd met verschillende formats etc zodat het aan de gebruiker was om de synthese te maken.

De vraag was dus of een model te maken was waarin alle relevante regelgeving bijeen kwam en dat duidelijk, werkbaar en acceptabel zou zijn. Het model moet de brug vormen tussen de wet (WAO) en de FML. Daarmee beperkt het zich tot het medische deel van het arbeidsongeschiktheids criterium. Het arbeidskundige deel, de CBBS-raadpleging en de professionele eindeselectie, blijft buiten beschouwing. Het model werd niet per standaard gemaakt maar opgebouwd vanaf mogelijke conclusies terugredenerend, via mogelijke argumentatie naar mogelijke onderzoekswijzen. Uitgesloten zijn de artikelen inzake risicoselectie. Niet onverwacht valt op dat de regelgeving inzake uitkomsten behoorlijk eenduidig en compleet is en de regelgeving inzake argumentatie en verantwoording veel minder. De regelgeving inzake onderzoek en verantwoording is strak voor zover het gaat om de vorm maar los inzake de inhoud.

De categorieën van mogelijke conclusies en argumenten werden gebaseerd op een synthese van de huidige regelgeving (WAO zelf, Schattingsbesluit 2000 en de standaarden: Onderzoeksmethoden, Rapportageprotocol, Communicatie met behandelaren, Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de functieduiding, Verminderde arbeidsduur). Dit waren op het moment van onderzoek de standaarden die betrekking hadden op de claimbeoordeling einde wachttijd WAO. Het Lisv had aangegeven (I-brief oktober 2000) dat het vakgebied hiermee wel beschreven was. Te bezien was nog of duidelijke leemten in regelgeving waren te vinden.

Het onderstaande model is ontstaan na uitgebreide gedachtewisseling met de 7 verzekeringsartsen. Er was behoorlijke consensus over de aldus tot stand gekomen tekst. Deze wordt dan ook geacht de huidige stand van regelgeving goed weer te geven. Belangrijke leemten in de regelgeving werden evenmin benoemd. Hooguit kan de aandacht gevestigd worden op het feit dat over het uitvoeren van het onderzoek zelf en het feitelijk komen tot beslissingen geen regels zijn gesteld. Dit is tot nu toe vooral gezien als een kwestie van instrumenten en attitude, en niet zozeer van regelgeving. Opmerkelijk is verder dat er in de bestaande regelgeving geen aperte tegenstrijdigheden worden gevonden. Daarmee is niet gezegd dat er voldoende voorwaarden zijn geschapen voor een eenduidige uitvoering. Discussie en meningsverschil zit, zo bleek tijdens de discussies, in de interpretatie van termen en vooral in het waarderen van bevindingen bij individuele cliënten. Hoewel niet expliciet getoetst tenslotte, zijn er ook geen aanwijzingen gevonden dat de regelgeving niet acceptabel zou zijn. Als deze bevindingen juist zijn betekent dat dat voor kwaliteitsverbetering niet zozeer gekeken moet worden naar regelgeving maar naar instrumentontwikkeling en consensusvorming over termen en in individuele gevallen.

4.1 Het model van regelgeving

4.1.1 *De mogelijke uitkomsten van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling: conclusies*

De startsituatie is dat een cliënt een beroep doet op de WAO en zich daarmee aan een aantal regels onderwerpt, namelijk beperkt zijn door ziekte, werken aan herstel en het toelichten van zijn claim en afleggen van verantwoording. In verband met dat laatste komt hij bij de verzekeringsarts.

De verzekeringsarts heeft met zijn onderzoek ten doel om vast te stellen welke mogelijkheden de cliënt nog heeft ondanks eventuele ziekte en gebreken, of die mogelijkheden kunnen verbeteren (of vermoedelijk zullen verminderen) én of de cliënt adequaat doende is zijn mogelijkheden tot functioneren zo groot mogelijk te maken. Dat alles is dus meer dan alleen het vertalen van de klachten in beperkingen.

Volgens de wetgever (MvT Schattingsbesluit) is de hoofdstroom in de gevalsbehandeling dan ook dat de verzekeringsarts mogelijkheden constateert, deze in zijn rapportage omschrijft en op een vaste wijze vastlegt (ook wel belastbaarheid genoemd), en dat de arbeidsdeskundige onder meer aan de hand van deze mogelijkheden middels een raadpleging van het FIS/ CBBS en zo nodig in overleg met de verzekeringsarts, de arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet vaststelt.

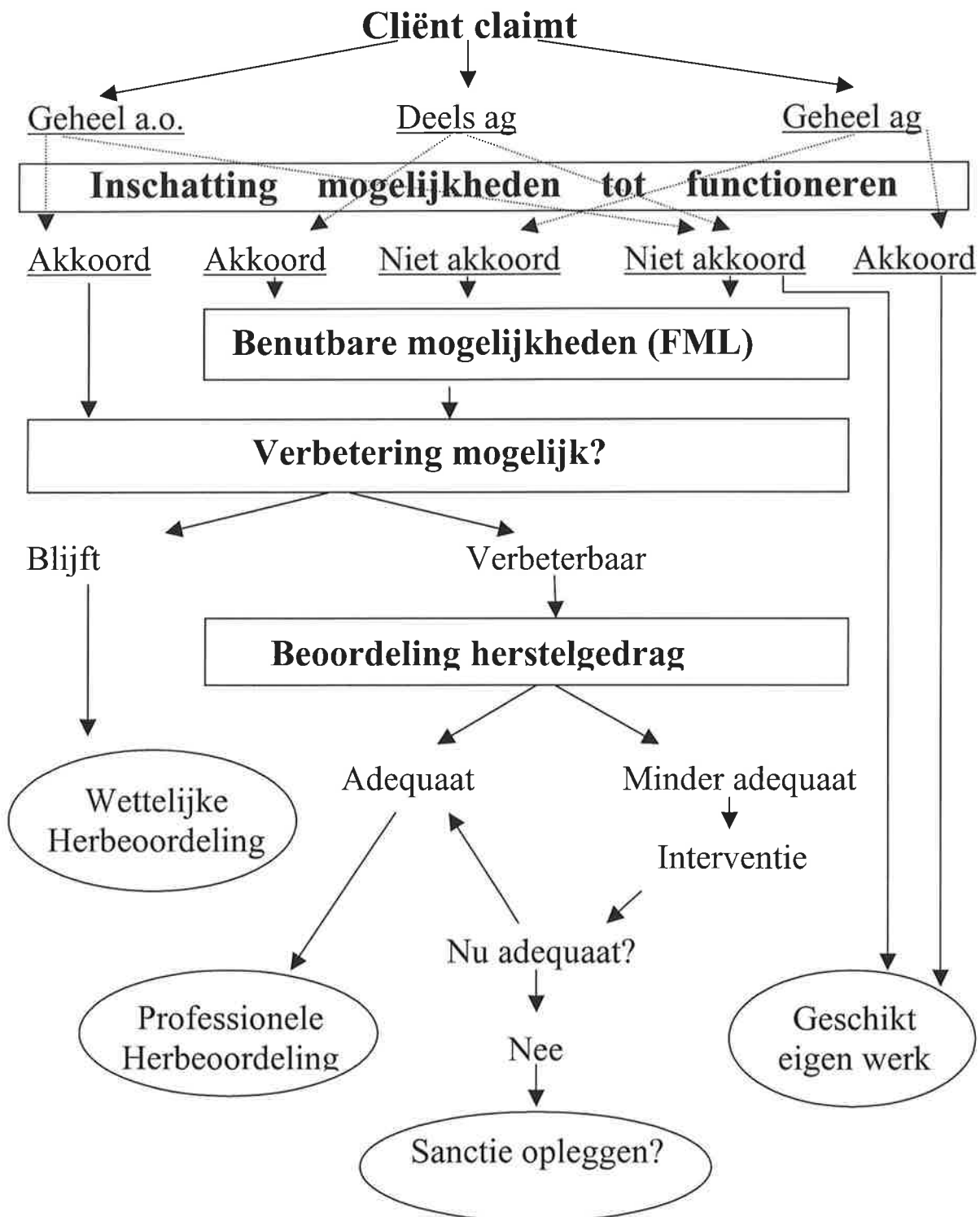
Een claimbeoordeling door de verzekeringsarts kent dan ook een beperkt aantal hoofd-uitkomsten.

Uitkomsten voor de verzekeringsarts zijn:

1. cliënt kan zijn eigen werk doen, is evt. zelfs niet ziek;
2. cliënt kan onder voorwaarden functioneren in arbeid;
3. cliënt heeft geen benutbare mogelijkheden;
4. verbetering functionele mogelijkheden is niet te verwachten;
5. verbetering functionele mogelijkheden is wel te verwachten, namelijk op termijn x;
6. herstelgedrag is adequaat;
7. herstelgedrag is minder adequaat.

Deze uitkomsten staan deels in relatie tot elkaar, aan de vraag naar herstelgedrag bijvoorbeeld komt men niet toe bij volledige arbeidsgeschiktheid. De uitkomsten van de verzekeringsarts leiden tot vervolgstappen in de claimbeoordeling, veelal door de arbeidsdeskundige (in geval van mogelijk geschikt eigen werk, geschikt om onder voorwaarden te werken), soms door de administratie (herbeoordeling) som s door de verzekeringsarts zelf (interventie). Het voert in dit verband te ver om dat allemaal uit te werken. In schema is wat hier relevant is als volgt samen te vatten.

Schema I Beslisboom



4.1.2 *De verzekeringsgeneeskundige beoordeling: argumentatie*

De verzekeringsarts kan tot deze uitkomsten komen op grond van bepaalde argumenten, wisselend per uitkomst. De volgende argumenten zijn noodzakelijk voor de boven beschreven uitkomsten:

Uitkomst: geschikt eigen werk, evt. niet ziek

Volgens het Schattingsbesluit kan de verzekeringsarts besluiten dat de cliënt geen WAO-rechten heeft als hij in staat is tot het verrichten van zijn laatst verrichte arbeid. Als die arbeid voor de verzekeringsarts duidelijk is op basis van de werkbeschrijving door de cliënt zelf of van de werkgever (reïntegratieplan), dan kan de geschiktheid aan de cliënt medegedeeld worden en kan er afgezien worden van arbeidsdeskundig onderzoek. Bij onzekerheid van de verzekeringsarts over geschiktheid voor de laatst verrichte arbeid kan een arbeidsdeskundig onderzoek naar het laatste werk gewenst zijn. Een cliënt kan dat ook verlangen. Een ingevulde FML is daarbij noodzakelijk. Eventueel kan besloten worden dat de wachttijd voor de WAO niet is volbracht.

Een variant binnen deze conclusie is dat weliswaar de cliënt niet in staat is om zijn eigen werk te doen maar dan niet wegens ziekte of gebreken of zelfs dat er kennelijk geen sprake is van ziekte of gebreken. De verzekeringsarts dient dan een andere verklaring aannemelijk te maken dan ziekte (omgekeerde bewijslast). Voorbeelden van situaties waarin het eigen werk onmogelijk kan worden zijn onverenigbaarheid van karakters op het werk, ongunstige arbeidsomstandigheden, onvoldoende kwalificaties van de cliënt voor het betreffende werk, relatieve overbelasting door bijvoorbeeld ploegendienst of extreme reistijden, een promotie te ver of overbelasting in de thuis-situatie. Als volgens de verzekeringsarts de onmogelijkheid tot werken niet een kwestie is van beperkingen welke uiting zijn van ziekte dient de verzekeringsarts te besluiten dat de cliënt niet arbeidsongeschikt is door ziekte of gebreken.

Uitkomst: functioneren is mogelijk onder voorwaarden

Volgens het Schattingsbesluit is de hoofdregel dat de verzekeringsarts in alle andere gevallen dan boven beschreven dient vast te stellen dat de cliënt mogelijkheden heeft en welke dat zijn, en welke beperkingen de cliënt heeft als uiting van ziekte. Hiertoe dient de verzekeringsarts beperkingen en mogelijkheden vast te stellen en een relatie te leggen met stoornissen in structuur en functioneren van het organisme van de cliënt en met ander verlies aan sociale rolvervulling dan de arbeidsongeschiktheid. Concreet kan de verzekeringsarts mogelijkheden uitdrukken in termen van:

- handelingen welke normaal, beperkt of niet mogelijk zijn;
- voorwaarden welke aan een werkomgeving te stellen zijn;
- tijdsduur waarin de cliënt kan functioneren;
- eventueel specifiek het deel van zijn oorspronkelijke werk dat de cliënt kan verrichten.

Ten aanzien van het beperken van het aantal uren dat de cliënt kan werken gelden drie mogelijke indicaties: energetisch, beschikbaarheid in verband met behandeling, ter preventie van verslechtering bij bepaalde ziektebeelden. De beperking van arbeidsuren moet worden aangegeven in stappen van ongeveer twee uur per dag of ongeveer tien uur per week, alles in gangbare, voor deze cliënt passende arbeid. In geval van een urenbeperking moet de verzekeringsarts bijzonder aandacht besteden aan het onderzoek van het dagverhaal, historie van verzuim en functioneren, gewinningsaspecten, keuzevrijheid herstelgedrag en verantwoordelijkheid, persoonlijkheidsaspecten en psychodynamische mechanismen en tenslotte waarnemingen door derden.

Uitkomst: geen benutbare mogelijkheden

Volgens het Schattingsbesluit kan de verzekeringsarts uitzonderingsgewijs en alleen in onderstaande gevallen, besluiten tot een gebrek aan benutbare mogelijkheden:

- als de cliënt is opgenomen in een ziekenhuis of een AWBZ-erkende instelling (m.u.v. van tbs-klinieken).
- als de cliënt bedlegerig is,
- als de cliënt lichamelijk niet zelfredzaam is,
- als de cliënt psychisch niet zelfredzaam is.
- als de cliënt wel mogelijkheden heeft maar hij deze naar verwachting binnen drie maanden zal verliezen, dan wel binnen afzienbare tijd (plm. een jaar) ingeval van terminale ziekte (in een heronderzoek vast te stellen)
- als de cliënt sterk wisselende mogelijkheden heeft (driemaal vast te stellen).

Het opgenomen zijn en derhalve wegens ziekte of gebreken niet beschikbaar zijn voor arbeid spreekt redelijk voor zich. Opgenomen in AWBZ is overigens nog niet per definitie geheel arbeidsongeschiktheid (iemand kan deels in dagbehandeling zijn en een reïntegratiemogelijkheid hebben). De toelichting op het Schattingsbesluit voegt nog toe dat de opname geprognosticeerd dient te zijn voor minstens drie maanden.

Ook het bedlegerig zijn, en derhalve wegens ziekte of gebreken noch geschikt noch beschikbaar zijn voor arbeid spreekt als conclusie redelijk voor zich.

Bij lichamelijk niet redzaam zijn dient de verzekeringsarts volgens het Schattingsbesluit aan het volgende te denken: eten, drinken, wassen, toiletgang, binnenshuis lopen en zitten.

Voor het aannemen van een gebrek aan psychische zelfredzaamheid licht het Schattingsbesluit toe dat het dient te gaan om toestanden van aantoonbaar disfunctioneren in én de zelfverzorging (initiatief ertoe, uitvoering ervan, structurering van het dagelijkse leven), én in het samenlevingsverband met gezin en familie én in de sociale contacten buiten gezin en familie (ook werkrelaties). Disfunctioneren in slechts één of twee van deze opzichten is geen reden om een gebrek aan psychische zelfredzaamheid aan te nemen.

Uitkomst inzake verbetering van de functionele mogelijkheden

Er is geen regel gesteld over het stellen van prognoses behalve de algemene regel voor het onderzoek dat het moet gebeuren met methoden welke in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn. Voor zover bekend wordt de prognose wat betreft arbeidsgeschiktheid door cliënt en verzekeringsarts individueel geschat o.b.v. het beloop tot nu toe, op basis van het ziektebeeld en/of epidemiologisch. Het laatste betreft de (evt. impliciete) ervaring en de kennis van de verzekeringsarts met de afloop van vergelijkbare casus.

Uitkomst inzake de adequaatheid van het herstelgedrag

De adequaatheid van het herstelgedrag wordt eerst beargumenteerd met de overwegingen dat de cliënt actief ofwel passief is. Vervolgens overweegt de verzekeringsarts of de cliënt op een goede wijze werkt aan het verbeteren van zijn mogelijkheden om te functioneren óf iets doet dat volgens de verzekeringsarts beter vervangen/ aangevuld kan worden met een concrete andere gedraging. Tenslotte overweegt de verzekeringsarts dat de cliënt die gedraging kent en er geen doorslaggevend bezwaar tegen heeft zodat deze gedraging van hem geveerd kan worden. De verzekeringsarts motiveert de cliënt, instrueert hem over zijn mogelijkheden, stimuleert hem, coördineert, verwijst indien nodig. Blijft de cliënt volharden in een weigering tot adequaat herstelgedrag dan is een advies over sanctie mogelijk.

4.1.3 *Verantwoording*

Tot welke van bovengenoemde conclusies de verzekeringsarts ook komt, hij legt in alle gevallen schriftelijk vast welke argumenten hij in het concrete geval heeft gehad voor zijn conclusie, op welke bevindingen deze argumenten zijn gebaseerd en met welke algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden deze bevindingen zijn gedaan. De daarbij door de verzekeringsarts gehanteerde redeneringen zijn vrij van innerlijke tegenspraak, passend bij de bevindingen en conclusies en een andere verzekeringsarts zal tot dezelfde conclusies kunnen komen.

Als de verzekeringsarts afwijkt van wat voorgeschreven is wordt deze afwijking expliciet benoemd en beargumenteerd.

4.1.4 *Het verzekeringsgeneeskundige onderzoek: onderzoeksmethoden*

Het verzekeringsgeneeskundige onderzoek is het inventariseren van de door de cliënt geclaimde beperkingen en (on-)mogelijkheden in relatie tot werk en herstelgedrag, én de toetsing van dit alles (bestaan de beperkingen, hoe erg zijn ze, zijn ze uiting van ziekte; is de tijd die de cliënt nodig denkt te hebben voor herstel/ hervatting reëel; is het herstelgedrag adequaat). Over de mogelijke onderzoeksmethoden wordt in de regelgeving niet meer gezegd dan dat ze “gebruikelijk” moeten zijn en de standaard terzake geeft er een aantal aan, niet limitatief.

Input in het oordeel bestaat uit de eventueel aanwezige voorinformatie (RIP, oude gegevens). Informatie kan, wanneer de verzekeringsarts dit nodig acht ook worden gehaald bij derden (de arbeidsdeskundige, behandelaar, werkgever, partner maar ook gericht expertise onderzoek). Standaard is het beoordelingsgesprek met de cliënt zelf, vaak in combinatie met een lichamelijk onderzoek. Daaraan zijn een relationele component en een inhoudelijke component te onderscheiden welke elkaar beïnvloeden. In de regelgeving worden het onderdeel relatie en het onderdeel oordeelsvorming niet expliciet ingevuld.

Wat er aan feiten te verzamelen is, is sterk individueel bepaald en hangt bijvoorbeeld af van de beleving, het gedrag, de intenties en de medewerking van de cliënt.

Volgens het Schattingsbesluit is de oordeelsvorming van de verzekeringsarts een mix van het inventariseren door de verzekeringsarts van de mening van de cliënt en het toetsen daarvan. Dat toetsen gaat ruwweg over validiteit en betrouwbaarheid: het is de vraag of de cliënt weet wat zijn mogelijkheden en beperkingen zijn (validiteit) en het is de vraag of hij op onderdelen selecteert, overdrijft of bagatelliseert (betrouwbaarheid).

4.1.5 *Bewijslast en medewerkingplicht*

Bij het niet vinden van stoornissen of ziekte of gebreken dient de verzekeringsarts duidelijk te maken dat hij wel adequaat gezocht heeft (richting en diepgang van zijn onderzoek), gegeven de claimklachten van de cliënt. Eventueel moet de verzekeringsarts alternatieve verklaringen aandragen dan ziekte.

De hoeveelheid onderzoeksmogelijkheden is in principe eindeloos, ze dienen wel algemeen geaccepteerd te zijn als zijnde geëigend om ongeschiktheid op grond van ziekte vast te stellen.

5 De oordelen, vóór, tijdens en na

De oordelen van de deelnemers aan het onderzoek zijn geïnventariseerd op verschillende momenten, zie hoofdstuk 2. Zoals gezegd zijn de casusbeschrijvingen uitgebracht door het Lisv, als onderdeel van de CBBS-cursus. In bijlage 1 is per casus te vinden hoe het eerste en het eindoordeel waren, inclusief de mate van zekerheid. Ook wordt daar aangegeven welke argumenten gebezigd werden voor welke conclusies.

Er zijn wat methodologische kanttekeningen te maken. De samenstelling van de groep deelnemers was niet volledig stabiel. Van één organisatie waren bij toerbeurt verschillende artsen aanwezig, van een andere afvaardiging kwam aan het eind een ander dan in het begin en verder kwam het voor dat mensen later kwamen of eerder vertrokken of hun huiswerk niet af hadden bij het begin. In het algemeen zijn van iedere casus minimaal 5 beoordelaars stabiel geweest. Een tweede kanttekening betreft de grootte van de groep artsen en de keuze juist deze groep artsen te selecteren. De groep was klein en de deelnemers waren door de verschillende organisaties geselecteerd op basis van een verzoek aan de UVI's om hun beste mensen te sturen. Enige representativiteit kan dan ook niet gesteld worden. Een derde kanttekening betreft de selectie en constructie van de casuïstiek. Zoals eerder aangegeven is deze niet geheel conform de werkelijkheid zoals die zich aan de verzekeringsartsen voordoet. Tot slot dient nog rekening te worden gehouden met het feit dat de voormeting individueel was, de eindmeting in de groep en op basis van een consensus bespreking. De na-meting is weer individueel.

Met deze kanttekeningen in het achterhoofd is toch een aantal observaties opmerkelijk als we naar de oordelen in bijlage 1 kijken. Om te beginnen is er inzake de conclusies vanaf in de start in alle casussen vrij veel overeenstemming geweest. Ten tweede groeien conclusies in de loop van de discussies nog verder naar elkaar toe. Ook de scores van rubrieken groeien in de bespreking naar elkaar toe. Alleen in casus 4 lagen de meningen in de start wat uit elkaar. Met name het item prognose leidde nog wel eens tot verschil van mening. Aangezien de prognose een tamelijk hypothetisch terrein betreft is tijdens de discussies ook niet in grote mate gestuurd op het bereiken van consensus.

De na-meting is gedaan enkele weken na de laatste Delphibijeenkomst waarbij een deel van de casuïstiek is gebruikt van maximaal 4 maanden eerder. De casuïstiek kan zelf dus aardig weggezakt zijn geweest, het werken met de FML was dat ook. Opmerkelijk in de na-meting is het gevarieerde beeld dat ontstaat. Er is een mix ontstaan van eerdere en latere inzichten. Soms is de oorspronkelijke mening met argumenten, welke verworpen waren tijdens de bijeenkomst, weer terug en soms lijkt er een stabiele consensus te zijn ontstaan. Men zou uit de gegevens kunnen opmaken dat consensus mede casus en rubriekafhankelijk is. Uiteraard is dit interpreteren op de vierkante millimeter. Denkbaar is ook dat de vermindering van de consensus wijst op de situatieve component erin. "Thuis" zouden bepaalde werkwijzen minder acceptabel kunnen zijn.

Over de oordelen en argumenten kan men al met al zeggen dat ze in de start niet ver uiteenlopen, dat ze gevoelig zijn voor bijstelling in de groep en dat die flexibiliteit zich onder omstandigheden ook manifesteert in een gedeeltelijke terugval. Niet onverwacht is de consensus groot op het niveau van hoofdconclusie, redelijk en verbeterbaar op rubrieksniveau, en het zwakst op item niveau.

5.1 De chatsessies

Bijlage 1 geeft zoals gezegd per casus de conclusie, de argumentatie en de zekerheid vòòr, tijdens en na de bijeenkomsten van april 2001. Voor de chatsessies geldt dat er alleen inzicht is in de oordelen, de argumentatie en de zekerheid voor en tijdens de sessie. Een analyse van de oordeelsvorming *na* de chat kon niet gemaakt worden. Dit had alles te maken met de omstandigheden waaronder het onderzoek georganiseerd werd. Menig onderzoeksdeelnemer claimde niet genoeg tijd te hebben voor dit onderzoek. De kans dat een na-meting op een te geringe respons zou uitlopen was hierdoor zo groot dat er vanaf gezien is. Deze paragraaf zal derhalve een weergave van de oordeelsvorming onthullen die betrekking heeft op de fase voor de chatsessie: het invullen van de FML en de vragenlijsten en de oordeelsvorming tijdens de chatsessie.

In hoofdstuk 3 staat beschreven hoe de vijftien verzekeringsartsen zijn verdeeld in drie groepen (tranches). In dit deel zal dezelfde verdeling gehanteerd worden.

Tranche 1

Tranche 1 heeft vier casussen beoordeeld, te weten mevrouw Bakker, mevrouw Van Beukering, mevrouw Broekmans en de heer Brouwer.

Wat betreft het oordeel vooraf was er een grote mate van consensus waar het de functionele mogelijkheden betrof. In alle vier de casussen kwamen de deelnemers aan het onderzoek tot dezelfde conclusies. Minder overeenstemming vooraf was er omtrent de zekerheid van het oordeel. Het grootste verschil vinden we terug in de casus van mevrouw Bakker waar men over de arbeidsgeschiktheid van betrokkene hetzelfde oordeel velt, maar met een sterk uiteenlopende zekerheid. De argumentatie die men aanvoerde voor de onzekerheid was vooral te herleiden tot de constructie van de casuïstiek. Verklaringen als “onduidelijke claimklacht” of “niet terug te vinden in dag-verhaal” dienden hier het gebrek aan zekerheid te verklaren.

Tijdens de chatsessie is er weinig aandacht geweest voor de zekerheid van het oordeel. De discussie richtte zich voornamelijk op de gronden die men aangaf voor beperkingen en minder op de mate waarin men ervan overtuigd was. Hierdoor is het moeilijk te beoordelen of men de mate van zekerheid tijdens de chatsessie heeft bijgesteld. Wat wel bleek, was dat men consensus bereikte over de manier waarop men het oordeel bereikte. Dit had indirect consequenties voor de zekerheid van het oordeel. Uit de chatsessie kan aangenomen worden dat na de groepsdiscussie men zekerder is geworden van het oordeel.

Tranche 2

Tranche 2 heeft drie casussen behandeld: de heer Koelman, mevrouw Leerdam en de heer Ter Haar. De overeenstemming is tamelijk groot wat betreft de oordelen over de casussen Koelman en Ter Haar. Over mevrouw Leerdam was in de voormeting minder consensus. De vraag of betrokkene in staat is tot normaal functioneren werd niet eenduidig beantwoord. In bijlage 1, tabel 3, is dit terug te zien. Opvallend hierbij is dat men in de toelichting op het oordeel een tamelijk grote mate van zekerheid aangeeft terwijl het oordeel anders doet vermoeden.

Tijdens de chatsessie werden de meningen van de verzekeringsartsen niet bijgesteld na het voeren van de groepsdiscussie. Wel heeft men tijdens de chatsessie de argumenten ietwat bijgesteld. Dit beantwoordde aan de onduidelijkheid die in de voormeting reeds naar voren kwam: men leek niet overtuigd van het eigen oordeel. De discussie tijdens de chatsessie kan inzichtelijk hebben gemaakt dat de deelnemers zich niet bewust zijn geweest van de onzekerheid die achter het oordeel schuilging.

Tranche 3

De laatste drie casussen zijn behandeld in de derde tranche. Het betrof hier de casussen van de heer Lijnen, mevrouw Van der Looi en de heer Maassen. De verzekeringsartsen uit deze tranche hebben beduidend minder aandacht besteed aan de behandeling van de casuïstiek dan de andere groepen. De respons was hierdoor van geringe kwaliteit. Het is daardoor nagenoeg onmogelijk een oordeel te vellen over de mate van overeenstemming, of het ontbreken daarvan, in deze groep. Tranche 3 heeft daarom behalve een kwantitatieve bijdrage in de vorm van een vijftal verzekeringsartsen, weinig waarde voor het onderzoek naar normen.

6 De discussies in de consensusbijeenkomsten en de chat

6.1 De bijeenkomsten.

De primaire doelstelling van het onderzoek was om de casussen te normeren op uitkomsten. Een belangrijk punt van observatie was echter ook het beloop van de discussies. In dit hoofdstuk gaan we daar op in. Gegeven de overeenstemming vooraf en de van daaruit bezien bescheiden groei van de overeenstemming is het opmerkelijk dat het zoveel tijd heeft gekost om de casuïstiek af te handelen. Achteraf zou het aardig zijn geweest de tijd op te nemen maar dat hebben we niet gedaan. Er zijn tenminste twee externe redenen aan te wijzen voor de hoeveelheid tijd: om te beginnen moesten de deelnemers wennen aan de gekozen termen, definities en normeringen van het CBBS en verder maakte het systematische van de besprekkingsrondes dat iedereen zich telkens overal over moet uitspreken, ook als dat geen materiele wijziging van de consensus tot gevolg heeft. Met die externe redenen is de hoeveelheid discussietijd naar ons gevoel niet bevredigend verklaard. Het is daarbij goed om eerst nog te vermelden dat twee fenomenen niet optraden: (1) scherpe discussies over hoe je iets moest zien en (2) aanvulling/ aanpassing van de casuïstiek.

We zoeken de verklaring voor het verloop van de discussies in twee aspecten: de instructie om tot consensus te komen en de natuurlijke oordeelsvorming.

Er was een duidelijk idee dat er een consensus moest ontstaan wat bijdraagt aan vermijding van debat. De casuïstiek was daar ook op gericht. Ook was er breed levende notie dat je over zaken verschillend kunt denken, zonder dat iets nu daadwerkelijk goed of fout is. Het karakter van discussies is dan ook het beste te typeren als het zoeken naar de grootste gemene deler van de beelden die in de verschillende hoofden zaten. In de discussie is veel gereageerd op elkaar met voorstellen naar verklaringen en opvattingen die aan meer dan één beeld tegemoetkomen. De items preventie en beleid naar reïntegratie bleken hiertoe toenemend nuttig te zijn. Deze bieden veel ruimte, meer dan de vraag of iemand iets wel of niet kan, men kan zich vinden in gemeenschappelijke doelen en verschillen in opvatting over de casus zijn dan minder van belang. Ook ontstond er vrij snel een rolverdeling tussen de leden van de groep welke het vinden van een grootste gemene deler nog eens ondersteunde.

De natuurlijke oordeelsvorming is niet gereproduceerd in dit onderzoek. De werkelijkheid van de verzekeringsarts is er een waarbij informatie interactief ontstaat en niet met papier maar met een levende cliënt binnen organisatorische en sociaal psychologische voorwaarden. De papieren informatie was in dit onderzoek levendig gemaakt met video's maar de opdracht was om de video te zien als illustratie, niet als plaatsvervangend. De video's hadden volgens de Delphileden zelf meestal geen invloed op de beslissing, af en toe wel. In ander, lopend, TNO onderzoek naar oordeelsvorming van verzekeringsartsen wordt gevonden dat het oordeel vrij snel ontstaat en dat een deel van de verdere onderzoekstijd gebruikt wordt voor het vinden van informatie en argumenten welke bij dat ontluikende oordeel passen of waardoor het verworpen moet worden. Voor zover er beperkt informatie wordt aangeboden vormt de beoordelaar zich een intuïtief compleet beeld waaruit hij put voor het eindoordeel. Algemeen medische informatie, eerdere ervaring en ideeën over de motivatie van de cliënt vormen bronnen van oordeel en argumenten.

In de discussies in het onderhavige onderzoek zagen we dat terug: de volgorde die er in de hoofden lijkt te zijn bij een expositie aan casuïstiek, is beeldvorming- conclusies-

argumentatie. De term legitimatie zou misschien passender zijn dan argumentatie. Dit verklaart mogelijk ook het feit dat er zo weinig behoefte was aan het aanpassen van de casuïstiek zelf. Dat wat er niet staat vullen mensen zelf in. Dat past ook bij de waarneming dat het dieper ingaan op de argumenten, wat in de laatste twee dagen gedaan is, meer problemen gaf bij het bereiken en handhaven van consensus, in vergelijking tot de eerdere sessies. In de gesprekken werden de verschillende argumenten vrij snel en gemakkelijk verwisseld of naast elkaar getolereerd, de conclusies al veel minder en pas bij debat over de beeldvorming, als dat er al was, werden bijvoeglijke naamwoorden gebruikt: zo zie ik die persoon helemaal niet!

De beeldvorming, het totaalplaatje, ging al snel over oorzaak en ontstaansgeschiedenis, niet over de fenomenen (precieze klachten, beperkingen etc). Dat lag ook wel aan de gepresenteerde casusbeschrijvingen. Af en toe slopen er heel specifieke mechanismen in: als de dokter zelf wel eens iets had meegemaakt. Of als een gepresenteerde casus er conform een bekende cliënt uitzag.

Informatie en mening van de behandelaar telde zwaar. Daar werden verschillende redenen voor aangedragen: sociaal-psychologisch (de behandelaar is hoger en krijgt toch altijd gelijk + je kunt van de cliënt niet iets anders vragen dan zijn behandelaar vraagt) en kennisinhoudelijk (de orthopeed weet het beter).

Echt argumenteren vanuit uitgangspunten, waargenomen feiten en daaruit argumenten pro en contra maken zijn verzekeringsartsen niet gewend. Een poging om dat, gebruikmakend van een Toulmin-analyse (Schellens en De Boer) in de diepte te doen leidde tot het volgende:

Betreft conclusie: wel of geen beperkingen handelingstempo:

Argumenten pro	Argumenten contra
Pijn klachten aan arm en schouder zullen er toe leiden dat haar handelingstempo vertraagd wordt. (handelingstempo in de breedste zin van het woord)	Fysieke beperking niet gezien als reden voor beperkingen op handelingstempo omdat mevrouw Broekmans haar mogelijkheden systematisch onderschat en de neiging heeft haar klachten te somatiseren.
<i>gebaseerd op feiten:</i> Pijn belemmert sommige bewegingen (bv zij kan niet actief heffen boven 90 graden. Pijn bij naar achteren bew..e.d) <i>en uitgangspunt</i> Behandeling voor borsttumor, vaker dergelijke gevolgen. Geen reden om pijnklachten te wantrouwen.	<i>gebaseerd op feiten:</i> <ul style="list-style-type: none"> na afschatting weer aan het werk gegaan, ondanks dat zij dacht dit niet te kunnen onderzoek bevindingen, ze beweegt goed e.d., passieve beweeglijkheid is ook goed <i>en uitgangspunt</i> 20 jaar niet gewerkt

Dit is nog steeds geen wonder van inzichtelijke argumentatie en het heeft toch al veel tijd gekost om zover te komen. Eerdere ervaringen in het oefenen met het expliciteren van argumenten in groepen verzekeringsartsen passen hier wel bij. Deels zal het een kwestie zijn van ongewendheid. Even waarschijnlijk is het dat de beoordeling gewoon niet zo verloopt, ook al spreekt men er wel zo over in verzekeringsgeneeskundige kring. De eerdergenoemde trias beeldvorming, conclusie en legitimatie doet de werkelijkheid mogelijk meer recht.

6.2 De chatsessies.

Zoals blijkt uit paragraaf 5.2. hebben de chatsessies van tranche 1 en 2 de meeste waarde voor dit onderzoek. Tranche 3 kende een geringe respons waardoor het oordeel over de mate van consensus een zeer magere basis heeft.

In de eerste tranche richtte de chatsessie zich voornamelijk op onenigheid in de groep over de beperkingen die men aangaf. Het onderdeel dynamisch handelen kwam hierbij uitgebreid aan bod. De redenen die men aangaf voor beperkingen op dit aspect liepen ver uiteen en men bleek geneigd tijdens het chatten de mening bij te stellen ten behoeve van consensus. Het voornaamste discussiepunt zat hem in een oorzaak - gevolg vraagstuk omtrent de casus van de heer De Brouwer. Was duizeligheid in dit geval nu een oorzaak of gevolg van de gepresenteerde klachten? Centraal discussiepunt was de beroepshouding van de verzekeringsarts. Uiteindelijk is er overeenstemming bereikt over het feit dat er zowel een preventief als op het beoordelingsgesprek gebaseerd argument ten grondslag ligt aan de beoordeling van deze claim. Tijdens deze chatsessie werden de deelnemers op weg geholpen met van te voren geformuleerde discussiepunten. Bovendien ontvingen ze voor de sessie begon een geanonimiseerd overzicht van de verschillende Delphi-schema's van de groepsleden. Zodoende was er, zij het digitaal, voldoende grond om te spreken van een groepsdiscussie en niet van een chronologische opsomming van meningen en argumenten.

De tweede tranche richtte zich in de discussie vooral op de totstandkoming van het algehele oordeel. De mate van consensus was vooraf tamelijk groot maar in de chatsessie kwam aan het licht dat men verschillende stappen doorloopt voordat men tot het oordeel komt. De discussie was dan ook, waar baseren wij ons op? De casus waarbij dit het sterkst aan het licht kwam, was die van de heer Ter Haar. Noemenswaardig was in dit geval de constatering dat een aantal "chatters" zich baseerde op de medische conclusies die uit de casuïstiek getrokken konden worden, terwijl de rest van de deelnemers zich richtte op het gesprek met de verzekeringsarts. Het tweede discussiepunt betrof de casus van de heer Koelman. De discussie had ditmaal een meer verkennend karakter en behandelde de vraag in welke situatie de Amber-regeling van toepassing zou kunnen zijn. Hierover werd tamelijk vlot consensus bereikt.

De groepsleden van de derde tranche hadden voor de chatsessie geen overeenstemming bereikt over de vraag in welke mate een beperking in werktijden bij de casus van mevrouw Van der Looi van toepassing is. Een goed deel van de chatsessie werd hieraan besteed. Het bleek moeilijk overeenstemming te vinden, temeer omdat de beargumentering sterk uiteenliep. Er is hierdoor een drietal discussiepunten nodig geweest om een zekere vorm, overigens niet een sluitende vorm, van consensus te bereiken. Zoals eerder vermeld kampte de derde tranche meer dan de andere groepen met tijdgebrek. Bovendien zat er een grote periode tussen het moment dat men de beoordeling had ingevuld en de dag van de chatsessie. Dit leverde wat betreft de casuïstiek minder inhoudelijke argumenten op dan in de andere tranches. Men greep daardoor vaker terug naar algemeenheden in de argumentatie.

In het algemeen bleek het chatten een goed middel te zijn om dergelijke discussies te voeren. De indruk is gewekt dat het de vijftien verzekeringsartsen uit de drie tranches geen moeite kost de argumenten rond de oordeelsvorming te uiten. Een groot voordeel van de chat-constructie voor een dergelijk onderzoek is de volledige anonimiteit; men kan aan de discussie deelnemen en oordeelsvorming beargumenteren zonder aan enig groepsproces onderhavig te zijn. Tijdens het chatten heeft men een andere naam aangenomen dan de eigen, hierdoor werd de anonimiteit versterkt. Een nadeel bleek dat het

vertrouwen ook kon ontbreken. Een ander nadeel zit verscholen in technische randvoorwaarden, deze kunnen invloed hebben op de discussie. Denk hierbij aan de snelheid van de internetverbinding, de typevaardigheid, woordkeuze, locatie van de chatsessie, gebruik van muis enzovoort. Uiteraard kan de techniek het laten afweten, dat kan altijd en is nog te beïnvloeden, maar aan de typesnelheid van een verzekeringsarts valt weinig te veranderen tijdens een chatsessie. Er zit een bepaald risico op overvleugeling door de snelste of handigste in het gebruik van dit discussieplatform.

7 Antwoorden op de vragen

In de inleiding zijn de volgende algemene vragen gesteld:

1. Wat voor casusbeschrijvingen zijn er gewenst voor de implementatie van een nieuwe methodiek als CBBS?
2. Hoe kun je komen tot aanvaardbare normen inzake de beoordeling van concrete casuïstiek?
 - a) Kun je het eens worden over de regelgeving?
 - b) Langs welke wegen kun je zoals tot normen komen?
 - c) Tot welke normen kun je komen en hoe stabiel zijn die?
3. Tot welke discussies leidt zo'n traject en wat zegt dat over het werk van de verzekeringsarts?

Over de eerste vraag kan gezegd worden dat de ontwikkelde casuïstiek adequaat lijkt voor het gestelde doel. Hij wordt herkend en hij is voldoende eenduidig. Het is ons niet bekend in welke mate de casuïstiek daadwerkelijk gebruikt is en zo ja hoe hij dan is ervaren. Als dat gunstig is dan is er mogelijk een werkwijze gevonden om normerende casuïstiek aan te dragen. Wel is dat gevonden op basis van eenduidige casuïstiek. Meer controversiële zaken kunnen een andere wending krijgen, dat zou moeten worden uitgetest.

Men blijkt het eens te kunnen worden over de regelgeving. Controverse en problemen hoeven niet op dat niveau te zitten. Het eens worden over professionele uitgangspunten en het waarden van informatie is een probleem op zich, niet zozeer een probleem van regelgeving.

Normeren van het vak op casusniveau kan via een delphi-methode, consensus, een website en een chat. Mengvormen zijn eveneens denkbaar. Het zal afhankelijk zijn van het te normeren niveau welke vorm het meest gewenst is. Eerdere ervaring met standaardontwikkeling wijst uit dat er bij velen de behoefte bestaat om de standaard zelf uit te vinden. Een werkwijze via een website, zoals dat voor STECR gedaan wordt, is daarvoor een goede optie. De waarde van dit niveau van normeren moet nog blijken in de praktijk. Standaarden worden maar beperkt nageleefd, dat is wel bekend, van normcasuïstiek kan al snel worden gevonden dat die in een bepaalde casus, die immers altijd anders is, niet geldig is.

Uit dit en ander onderzoek komt naar voren dat men het relatief snel eens kan worden over volledige arbeidsongeschiktheid. Daar is de beroepshouding vermoedelijk ook het meest eenduidig. Wil men andere gevallen ook normeren dan is een stroomlijning in beroepshouding (zorgend of beoordelend, medisch model of bio-psycho-sociaalmodel, naar oorzaak of naar doel etc) vermoedelijk onontkoombaar.

De discussies zijn in hoofdstuk 6 beschreven. Wij pikken er uit op dat ze deels verstoord worden door een juridische en een sociale wenselijkheid. Voor twijfel is in het officiële betoog geen plaats en ook niet voor niet-objectieve factoren. Daarmee wordt het werk extra moeilijk gemaakt: twijfel en niet-objectieve factoren bestaan wel degelijk en ze hebben invloed.

8 En verder...?

TNO Arbeid heeft in een ander verband een algemeen model gemaakt van claim-beoordelingen. Dat model is behulpzaam bij het begrijpen van de determinanten tussen de wet en de spreekkamer en het is op diverse beoordelingen toe te passen. Dit model wordt gepresenteerd in het Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden. In dat Vademecum wordt ondermeer een synthese gemaakt van analysemethoden voor beoordelingen: juridisch, organisatorisch, antropologisch, sociaal-psychologisch en cognitief. Dat model lijkt hier ook verhelderend. Vanuit ieder van deze invalshoeken is uit onderzoek bekend dat ze niet eenduidig de beoordelingen gestalte geven en deels zien we dat in dit verslag terug. Van de interactie tussen deze invalshoeken wordt ook duidelijk dat die de beoordeling stuurt.

- De juridische invalshoek betreft de beoordeling zoals die voor de wet gevraagd wordt wat betreft het gedeelte waar de discretionaire ruimte zit. In dit onderzoek vonden we vrij gemakkelijk overeenstemming over de regelgeving. Wel is veel en langdurig discussie mogelijk over de interpretatie van een aantal basisconcepten, hier met name de begrippen Ziek en Normaal en veel van de items van de FML.
- Organisatorisch valt aan iedere beoordeling een script van actoren te onderscheiden waarin regelgever, opdrachtgever, beoordelaar, toetsen en beroepsvereniging alle hun eigen rol en invloed hebben. In dit onderzoek is alleen de beoordelaar in beeld geweest. Te verwachten valt nog veel invloed van de diverse actoren zodat het ijken van het CBBS mogelijk nog invloed zal hebben op de thans bestaande uitkomsten.
- Van de organisatorische invalshoek is ook het thema kwaliteitsborging van beoordelingen. In de discussies is dit element zijdelings aan de orde geweest als zijnde vermoedelijk van invloed op de feitelijke werking. De monitor zal hierin een belangrijke rol kunnen gaan spelen.
- De antropologische invalshoek maakt inzichtelijk hoe de integratie van opdracht aan de individuele beoordelaar en ruimte van die beoordelaar tot stand komt. In dit onderzoek is in de discussies en ook in resultaten van na-meting ten opzichte van eindmeting al indicatie gevonden van het feit dat de bodem waarop het valt van invloed zal zijn op de feitelijke werking.
- De sociaal psychologische invalshoek heeft betrekking op het verantwoording afleggen van cliënten, het vermijden van confrontaties, de persoonlijke ruimte van de beoordelaar en de daaruit voortvloeiende consequenties voor een bepaalde methodiek. Getracht is om dit element er buiten te houden maar in de discussies kwam herhaaldelijk naar voren dat deze toch hun invloed zullen doen gelden.
- De cognitieve invalshoek heeft betrekking op valkuilen in menselijke oordeelsvorming welke eveneens bepalen hoe een beoordeling gedaan wordt en wat daarvan verwacht mag worden. Hier is naar voren gekomen dat de oordelen zelf deels intuïtief lijken te ontstaan en deels achteraf gevormd worden in een proces van legitimatie. De voor een beoordeling idealiter aanwezige vakkennis of “objectieve” instrumentering lijkt op itemniveau nog erg bescheiden.

Tegen deze achtergrond is te overwegen wat vervolgstappen kunnen zijn, in het verlengde van dit onderzoek.

Om te beginnen ligt het voor de hand om na te gaan of genormeerde casuïstiek een functie heeft zoals voorzien en als dat zo is de verzameling uit te breiden, voor gebruik in opleiding en in intervisie. Het is al gebleken dat daar vraag naar is.

De combinatie van delphi en consensus is een behoorlijk effectieve manier gebleken, handhaven daarvan lijkt goed mogelijk.

Iets fundamenteeler dringt zich ook nog een aantal vragen op:

Gezien het feit dat de FML en het CBBS hun eigen werkelijkheid zullen scheppen en dat er ruimte zit in de interpretatie van items en conclusies, is het erg belangrijk om in de startfase veel ruimte te bieden voor intercollegiale afstemming. Aangezien het oordeel voor een belangrijk deel een arbitrair oordeel is is het van groot belang dat een gezaghebbend netwerk zich achter de normen stelt (volgens ook Horstman 1996)

Wil men de beoordelingen in kwaliteit laten groeien en daarvoor bijvoorbeeld een instrument aanbieden zoals het CBBS dan is zicht op hoe die beoordeling feitelijk verloopt en waar de te ondersteunen delen zitten, een voorwaarde. Het werken met een outputspecificatie als de FML is naast beoordeling ondersteunend ook inzichtelijk makend en als zodanig behulpzaam bij het formuleren van vervolgstategieën. Het zou dus de moeite waard zijn om de implementatie van het CBBS vanuit het geschetste model te volgen. We stippen enkele mogelijkheden aan.

Op zoek naar hoe het cognitieve proces van oordeelsvorming echt verloopt zijn verschillende alternatieven denkbaar. Uit rapportageonderzoek weten we dat de overwegingen daar zelden direct in te vinden zijn, het is legitimatie van een conclusie, eerder dan een beschrijving van een onderzoek en analyse. Voor het vinden van echte overwegingen zijn vragenlijsten, al dan niet naar aanleiding van een bijgeleverde casusbeschrijving ook niet heel effectief: wat ontbreekt in de casusbeschrijvingen wordt ingevuld met de fantasie van de lezer en de overwegingen worden meestal in sociaal wenselijke vorm gegeven.

Uit onderzoek van bijvoorbeeld Razenberg (1992) weten we dat het individueel hardop argumenteren over een casus leidt tot fragmenten van overweging maar niet tot het geheel.

Een groepsdiscussie maar dan anoniem kan helpen: het is mogelijk om anoniem via het toetsenbord te chatten over een casus en de discussieleider kan sturen op het oplossen van inconsistenties en het expliciet maken van impliciete regels.

Een ander alternatief is om aan de hand van opnamen van beoordelingen te reconstrueren hoe het oordeel zich in de betreffende casus heeft gevormd. In de psychologie zijn daarvoor modellen ontwikkeld. Daarin zou ook de sociaal psychologische invalshoek kunnen worden meegenomen.

Verder zou het de moeite waard zijn om groepsbesprekingen van casuïstiek te analyseren in termen van team mental models. Besprekingen zoals deze Delphi-exercitie komen ook in het echt voor als intervisie. Daar worden hoe dan ook gemeenschappelijke normen gemaakt en het zou nuttig kunnen zijn om de wijze waarop dat geschiedt aan de dag te brengen.

Het vermoeden dat conclusies niet gebouwd worden op argumenten is nog geen reden om niet te professionaliseren op oorzaakgevolg redeneringen. In het proces van beeldvorming zijn deze redeneringen waarschijnlijk nog steeds van belang. Goed inzicht in hoe vakkennis feitelijk wordt geïntegreerd in het oordeel ontbreekt. Dat is een belemmering voor het gericht ontwikkelen van die vakkennis. In afwachting daarvan is het expliciet hebben van vakkennis en het zo mogelijk empirisch gefundeerd zijn daarvan dan nog steeds een bijdrage aan het maken van valide beoordelingen.

Er is nog wel wat epidemiologische vakontwikkeling nodig om dat op een voldoende niveau te krijgen.

De invloed en ontwikkeling van de factoren op het hogere niveau zijn te volgen middels observaties van de uitvoeringspraktijk. Zicht op de relatieve sterkte van de verschillende invloeden is eigenlijk een voorwaarde voor het verbeteren van de kwaliteit. Het heeft geen zin om de wet te veranderen als zo'n verandering verdwijnt in de tus-

senliggende niveaus. Het heeft geen zin om met vakinhoudelijke details te komen als die de discretie van het oordeelsvermogen(of zoals dat georganiseerd is) overschrijdt.

Het ontwikkelde model van regelgeving is op te vatten als een stap naar actualisering en harmonisering van de standaarden. Het is goed mogelijk dit verder af te ronden en daarmee de brug tussen wet en CBBS te verstevigen en officieel te maken. De gekozen opzet van het model is arbitrair, dit kan zeker anders.

Argumentatie, met name in combinatie van pro en contra, is niet sterk ontwikkeld. Het inzicht in de beoordelingen zou toenemen als argumentatie pro en contra een goed ontwikkelde vaardigheid wordt van de verzekeringsartsen.

Literatuur

- Adler M, en E Ziglio. Gazing into the oracle. Jessica Kingsley. London
- Boer WEL de, en Huvenaars N. Zicht op claimbeoordeling. Lisv, Amsterdam 2000.
- Bont A de, Meus C, en Hazelaar G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering: over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME. CTSV, Zoetermeer 1998.
- Bont AA de, Berendsen L, Boonk MPA, en Brink JC van den. In de spreekkamer van de verzekeringsarts: een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling. Ctsv, Zoetermeer 2000.
- Croon NHTh, en Langius SWT. Arbeid en Gezondheid diss UvA. 1993.
- Horstman K Verzekerd leven. Babylon de Geus Amsterdam 1996
- Horstman K, Berg M, Heusden M, en Plass S. Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen. Een onderzoek naar de werking van standaarden in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de WAO. Lisv, Amsterdam 1997.
- Lisv. Functionele mogelijkheden en voorwaarden voor het verrichten van arbeid: instrument voor verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Lisv, Amsterdam 2000.
- Lisv. I.00.44. Claim Beoordelings- en BorgingsSysteem. Lisv, Amsterdam 2000.
- Lisv. B 3/1177. Project 'Verbetering van de vakinhoudelijke kwaliteit van de claimbeoordeling WAO: een integrale aanpak'. Lisv, Amsterdam 2000.
- Lisv. M.00.105. Standaard "Onderzoeksmethoden". Lisv, Amsterdam 2000.
- Lisv. M.00.039. Verminderde arbeidsduur standaard. Lisv, Amsterdam 2000.
- Lisv. M.99.030. Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde. Lisv, Amsterdam 1999.
- Lisv. M.97.04. Communicatie met behandelaars standaard. Lisv, Amsterdam 1997.
- Lisv. M.96.050. Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS. Lisv, Amsterdam 1996.
- Razenberg PPA. Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming diss UvA. 1992.
- Schellens PJ en WEL de Boer. Argumentatie in de verzekeringsgeneeskunde SSG Utrecht 1988
- Staatsblad 2000. 307. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten.
- Staatsblad 1967. De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Bijlage I: Normontwikkeling per casus

Toelichting algemeen

De casussen worden in 3 groepen beschreven; naar de mate van uitgebreidheid. Onder 1A staan de 5 casussen met uitgebreide argumentatie en een voor- eind- en na-meting. Onder 1B staan de 3 casussen met bescheiden argumentatie en voor- eind en na-meting. Onder 1C staan de 7 casussen met bescheiden argumentatie en alleen een voor- en eind meting. Per casus wordt allereerst gekeken naar de algemene verschillen op conclusie niveau. Vervolgens wordt ingegaan op de specifieke verschillen in uitkomsten op het niveau van rubrieken of items. Ondermeer wordt daarbij gelet op de argumenten die worden ingebracht om deze uitkomsten te ondersteunen. Daarbij wordt zoveel mogelijk een onderscheid gemaakt tussen het aandragen van nieuwe argumenten; het terugrijpen op oude argumenten (argumenten aanwezig bij 0-meting); en/of het gebruik van groepsargumenten (argumenten ontstaan tijdens de Delphi-sessies). Tot slot wordt elke casus afgesloten met een tabel waarin een overzicht wordt gegeven van de uitkomsten op de 0-meting, eind-meting en na-meting.

I.A. De eerst vijf casussen

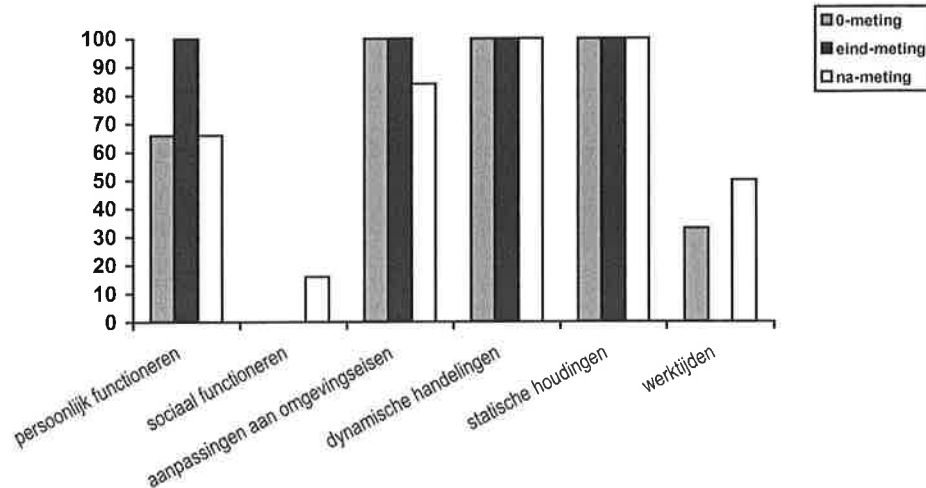
Voor de vijf casussen: mevrouw Broekmans, de heer Verhaak, mevrouw de Vries, de heer Witteveen en mevrouw Zandbergen, wordt in deze tekst per casus een beschrijving gegeven van de resultaten van de drie meetmomenten (0-meting versus eindmeting (consensus bespreking) versus na-meting. Tijdens de consensus bespreking van deze casussen is zoveel mogelijk gestuurd op het verkrijgen van uitgebreide argumentatie. In dat opzicht zijn ze dus het meest uitgebreid.

1. Mevrouw Broekmans

1. Algemene verschillen

Uit de Na-meting komt naar voren dat op het niveau van de hoofdconclusies – GDBM, geschikt voor eigen werk, ‘normaal’ functioneren, of beperkingen in functioneren – de leden van de Delphi-commissie in hun meningen gelijk gestemd blijven. Alle leden van de commissie vinden dat mevrouw Broekmans nog wel mogelijkheden bezit, maar niet ‘normaal’ kan functioneren. De beperkingen die worden geduid op rubrieksniveau en itemniveau in de na-meting, verschillen wel in behoorlijke mate van de 0- en eindmeting. In het algemeen kan worden gesteld dat er na een toename in consensus op rubrieks- en itemniveau -zowel wat betreft de conclusies als de daaraan gekoppelde mate van zekerheid- in de na-meting weer een grotere spreiding is ontstaan in deze uitkomsten. Deze spreiding is zelfs toegenomen ten opzichten van de spreiding die aanwezig was bij aanvang van de beoordeling (0-meting).

In onderstaande figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Broekmans bepaalde beperkingen heeft (per rubriek). Tabel 1 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 1: Percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Broekmans beperkingen bezit op de genoemde rubrieken (n=6 versus n=7 versus n=6)

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

De verschillende visies die in de 0-meting nog bestonden over mevrouw Broekman's persoonlijk functioneren leken tijdens de Delphi-bijeenkomst na een lange discussie redelijk te zijn weggewerkt. De commissie was tot overeenstemming gekomen dat mevrouw Broekmans beperkt moet worden geacht op de rubriek persoonlijk functioneren. Met een gemiddelde zekerheid van 9 werd zij vooral beperkt geacht in haar handelingstempo, hetgeen in ieder geval diende te worden weergegeven in item 9 (specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid, en wel onder 8: aangewezen op werk waarin geen hoog handelingstempo vereist is).

Ondanks deze grote mate van consensus, blijkt in de na-meting weer een verschil in meningen te zijn ontstaan tussen de verschillende leden van de Delphi-commissie. Een aantal leden blijkt nu van mening dat mevrouw Broekmans mogelijk toch niet beperkt hoeft te worden op de rubriek persoonlijk functioneren (gemiddelde zekerheid 6). De leden die in de na-meting vinden dat mevrouw Broekmans niet beperkt is in haar persoonlijk functioneren, zijn niet dezelfde als de leden die in de 0-meting deze conclusie trokken.

De argumenten voor het niet beperken op deze rubriek zijn niet 'hard', maar er zijn volgens hen niet voldoende aanwijzingen voor pathologie op het psychische vlak (relatief normaal dagverhaal).

Resumerend kan dus worden gesteld dat sommige leden hun conclusie hebben gewijzigd ten opzichte van zowel de 0-meting als de eindmeting, andere hebben teruggegrepen op hun eerste mening, hun mening in stand gehouden of aangepast aan de eindmeting van de groep.

Rubriek II: Sociaal functioneren

Ondanks het feit dat alle leden van de commissie het er zowel in de 0-meting als in de eindmeting over eens waren dat mevrouw Broekmans geen beperkingen heeft in haar sociaal functioneren, is in de na-meting toch iemand van mening dat dit mogelijk wel het geval is. Hiertoe wordt een nieuw argument aangevoerd: mogelijk zou mevrouw

Broekmans vanwege haar rechterarm klachten (dominante arm) beperkt kunnen zijn op het item schrijven.

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Evenals voor de rubriek sociaal functioneren geldt dat de leden van de commissie ten aanzien van de rubriek aanpassingen aan fysieke omgevingseisen gelijk gestemd waren in zowel de 0-meting als de eindmeting. Toch blijkt ook hier in de na-meting iemand zijn mening te hebben gewijzigd en te concluderen dat mevrouw Broekmans niet beperkt is op deze rubriek. Reden hiervoor is dat er niet voldoende aanknopingspunten zijn om te concluderen dat zij wel beperkingen heeft op de items die gegeven worden onder aanpassingen aan fysieke omgevingseisen.

Naast het feit dat één commissielid zijn of haar overall conclusie heeft gewijzigd, hebben veel andere leden mogelijk hun conclusie op rubriek niveau wel steeds in stand gehouden. De spreiding op item niveau en de zekerheid waarmee zij mevrouw Broekmans beperkt achten is echter aanzienlijk toegenomen. Veel leden grijpen terug op de argumenten die zij reeds in de 0-meting aandroegen. Met name betreft dit de volgende items:

hitte(1) + koude(2): vrijwel iedereen vindt haar nu toch beperkt op het item hitte. Op koude vindt slechts één lid haar beperkt.

Huidcontact(4) + beschermende middelen(5) + trillingsbelasting(8): vrijwel alle leden hebben haar op tenminste één van deze items beperkt. Argument om haar op deze items te beperken had altijd te maken met de oedeem vorming in haar rechterarm (gevolg van de behandeling van borstkanker).

Op deze items werd mevrouw Broekmans in de 0-meting veelal ook beperkt geacht. Terwijl in de Delphi-sessie besloten werd dat mevrouw Broekmans op veel van deze items geen beperkingen heeft in haar dagelijkse leven, maar mogelijk wel in arbeid. Derhalve werd besloten haar te beperken onder specifieke voorwaarden voor aanpassing aan de fysieke arbeidsomgeving (item 10). Waarbij aan werd gegeven dat zij niet moet worden blootgesteld aan trillingsbelasting; dat intensief huidcontact –dat kan leiden tot beschadiging van de huid– moet worden vermeden of dat er gewerkt moet worden met beschermende middelen.

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Op deze rubriek zijn de meningen van de leden van de Delphi-commissie steeds redelijk gelijk gebleven. Ook in de na-meting vindt iedereen mevrouw Broekmans beperkt in haar dynamische handelingen. Er is nog steeds wel spreiding aanwezig in items waarop zij beperkt moet worden geacht, maar een groot aantal items wordt door iedereen genoemd (hier is men ook zeer zeker van).

Opvallend is echter wel dat in de na-meting alle leden die mevrouw Broekmans in de 0-meting beperkt achten op het item *langdurig lopen(19)*, nu weer terug komen op deze conclusie. Dit om dezelfde reden, namelijk dat er bij mevrouw Broekmans sprake is van een energetische beperking. In de Delphi-bijeenkomst werd dit argument niet voldoende overtuigend bevonden om haar te beperken op het item langdurig lopen. Ondanks dat het argument niet gesteund werd door de hele groep komen de betreffende leden die het argument hebben aangedragen in de na-meting wel terug op hun besluit.

Rubriek V: Statische houdingen

Voor deze rubriek geldt hetzelfde als voor de rubriek dynamische handelingen, namelijk dat alle leden van de Delphi-commissie het nog steeds eens zijn dat mevrouw Broekmans op tenminste één van de items van de rubriek statische houdingen beperkt is te achten. Dit item betreft: *boven schouderhoogte actief zijn (7)*.

Ook onder de rubriek statische houdingen wordt door een aantal leden teruggegrepen op het argument dat mevrouw Broekmans vanwege een energetische beperking beperkt zou zijn op het item *langdurig staan (4)*. Dit, ondanks het feit dat tijdens de Delphi-bijeenkomst was besloten dat er voor een ernstige energetisch beperking niet voldoende aanwijzingen aanwezig zijn. Mevrouw Broekmans functioneert –gezien haar dagverhaal- nog best ‘normaal’.

Rubriek VI: Werktijden

Binnen deze rubrieken zijn de meningen van de Delphi-leden in de na-meting erg verdeeld: 50% geeft beperkingen aan versus 50% geen beperkingen. Na de bereikte consensus tijdens de Delphi-bijeenkomst, zijn de meningen dus volledig uit elkaar gegaan. Dit ondanks het feit dat tijdens de Delphi-sessie besloten werd om mevrouw Broekmans niet te beperken op de rubriek werktijden omdat hier te weinig (overtuigende) argumenten voor waren.

Er worden in de na-meting geen nieuwe argumenten aangedragen waarom mevrouw Broekmans nu toch beperkt moet worden geacht op deze rubriek. De meningen voor wat betreft welke items zij beperkt is variëren verder erg sterk.

Conclusie na-meting

Alle leden van de commissie zijn het er nog steeds over eens dat de mevrouw Broekmans nog over duurzaam benutbare mogelijkheden beschikt.

Nog steeds zijn de meeste leden van de commissie van mening dat toename van mogelijkheden om te functioneren niet te verwachten is.

Tabel 1: casus Mevrouw Broekmans: O-meting versus Eindmeting versus Na-meting

	O-meting (11 artsen)	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eindmeting zekerheid ja	Eindmeting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	-	-	10	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-	100%	10	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	66%	7	7	100%	9	-	66%	7	6
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	0%	-	8	0%	-	10	16%	7	7
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	100%	7	-	100%	8	-	84%	9	8
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	100%	9	-	100%	10	-	100%	10	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	100%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	33%	8	8	0%	7	-	50%	9	6
Conclusie:									
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	100%	10	-	100%	10	-	100%	??	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	16%	??	-	14%	??	-	16%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	84%	??	-	86%	??	-	84%	??	-

2. De heer Verhaak

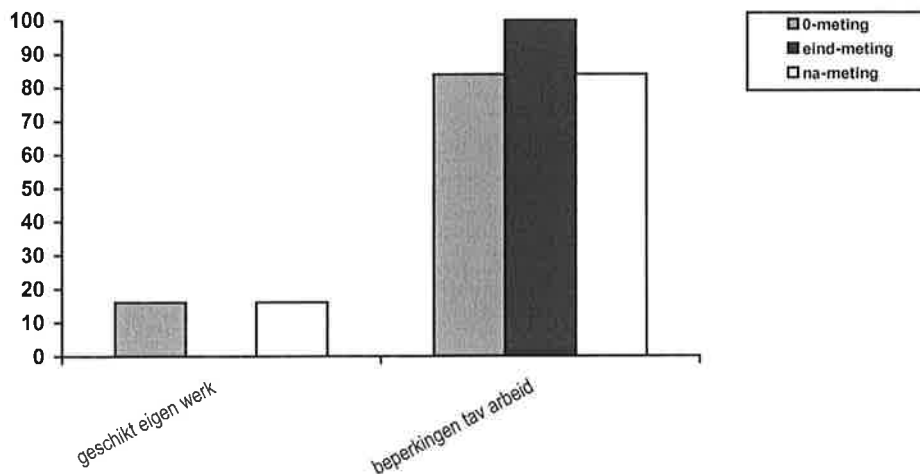
1. Algemene verschillen

Hoewel tijdens de Delphi-bijeenkomst uiteindelijk iedereen het eens was dat de heer Verhaak wel benutbare mogelijkheden heeft, maar hij nog niet 'normaal' kan functioneren en tevens niet geschikt is voor zijn eigen werk, blijkt in de Na-meting iemand van mening te zijn veranderd.

De betreffende arts vindt wel dat er bij de heer Verhaak sprake is van duidelijke beperkingen welke passen bij zijn persoonlijkheid en karakter. Desondanks wordt met een behoorlijke mate van zekerheid (8) geconcludeerd dat hij 'geschikt is voor eigen werk', er is namelijk sprake van voldoende autonomie (tevens geen diagnose gesteld) en daarmee ontbreken er beperkingen als rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek. Vanuit deze context bezien overheerst bij deze arts de gedachte dat de heer Verhaak eigenlijk 'normaal functioneert'. Daarbij wordt aangegeven dat gelet op de afzonderlijke items van het FML dit mogelijk niet de juiste conclusie zal zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat het argument: het ontbreken van beperkingen als rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek dat tijdens de Delphi-studie niet werd geaccepteerd, in de na-meting opnieuw is ingebracht.

In onderstaande figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat de heer Verhaak al dan niet geschikt is voor eigen werk dan wel beperkingen bezit ten aanzien van arbeid (per rubriek). Tabel 2 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 2: Percentage artsen dat aangeeft dat de heer Verhaak geschikt is voor eigen werk versus beperkingen heeft tav werk (n=6 versus n=7 versus n=6)

Naast bovengenoemd verschil op het niveau van het totaal oordeel, kan verder worden geconcludeerd dat op het niveau van de verschillende rubrieken de leden van de commissie erg eensgezind zijn. Er zijn geen verschillen waarneembaar tussen 0-meting, eind-meting en na-meting. Op item niveau is de spreiding groter, dit betreft vooral het aantal items dat geduid wordt -na-meting > eind-meting- soms worden er zelfs volledig nieuwe items toegevoegd.

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Gezien het feit dat er geen verschillen in de resultaten op rubrieksniveau aanwezig zijn, wordt in deze paragraaf enkel ingegaan op de aanvullende argumenten die in dit verband gegeven worden.

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

Opvallend is dat de tijdens de eind-meting benoemde (consensus) beperkingen allen terug komen in de na-meting. Vrijwel alle leden van de commissie vinden de heer Verhaak beperkt op het item *zelfstandig handelen (6)* en iedereen vindt hem beperkt op het item *specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren in arbeid (9)*.

Het merendeel van de artsen geeft naast deze twee items echter nog enkele items aan waarop de heer Verhaak beperkt moet worden geacht. Sommige van deze items werden reeds tijdens de eind-meting genoemd en nu opnieuw ingebracht (items 2, 3, en 4), andere zijn volledig nieuw (item 1, 5 en 7). Ten aanzien van de opnieuw ingebrachte items kan worden gezegd dat het feit dat de destijds aangedragen argumenten om de heer Verhaak op de items 2, 3 en 4 te beperkingen niet als voldoende overtuigend werden beschouwd, de artsen er niet van weerhouden heeft deze items in de na-meting toch te duiden. Voor de nieuw ingebrachte items 1, 5 en 7, kunnen geen duidelijke argumenten worden teruggevonden. Veelal lijkt dit te worden afgeleid van het totaal beeld wat men van de heer Verhaak heeft: een man die zichzelf overschat; zich snel gepasseerd voelt; niet tegen druk kan; makkelijk verbaal en fysiek agressief kan worden; en waarbij sprake is van initiatief verlies en verlies van interesse.

Rubriek II: Sociaal functioneren

In het algemeen worden op het vlak van sociaal functioneren dezelfde items genoemd en vergelijkbare argumenten gegeven om deze items te benoemen.

Verder wordt de heer Verhaak nog door één arts beperkt geacht op het item *overige beperkingen in sociaal functioneren, namelijk...(11)*. Desbetreffende arts geeft daarbij aan dat de heer Verhaak sociaal geïsoleerd is geraakt.

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Rubriek V: Statische houdingen

Rubriek VI: Werktijden

Zowel in de 0-meting, eind-meting als na-meting zijn de leden van de commissie het volledig eens dat de heer Verhaak geen beperkingen heeft op rubriek III t/m VI.

Conclusie na-meting

Ondanks dat de leden van de Delphi-commissie tijdens de eind-meting tot consensus waren gekomen omtrent het totaal oordeel: de heer Verhaak beschikt nog over duurzaam benutbare mogelijkheden, blijkt in de Na-meting één arts de heer Verhaak toch geschikt te achten voor eigen werk.

Nog steeds zijn alle leden van de commissie van mening dat toename van mogelijkheden om te functioneren niet te verwachten is.

Tabel 2: casus de heer Verhaak: 0-meting versus Eind-meting versus Na-meting

	0-meting (6 artsen)	0-meting zekerheid ja	0-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na-meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	16%	6	8	-	-	9	16%	8	9
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	-	-	10	-	-	10	-	-	10
	84%								
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	9	6	100%	9	-	84%	9	8
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	100%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	0%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	0%	-	8	0%	-	10	0%	-	9
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	0%	-	8	0%	-	10	0%	-	8
v. Statische houdingen, zie rubriek V	0%	-	8	0%	-	10	0%	-	8
vi. Werktijden, zie rubriek VI		-	8	0%	-	10	0%	-	9
Conclusie:	16%								
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	84%	-	-	-	-	-	33%	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	-	??	-	100%	10	-	66%	??	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..		-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose:	-								
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....		-	-	100%	10	-	100%	??	-

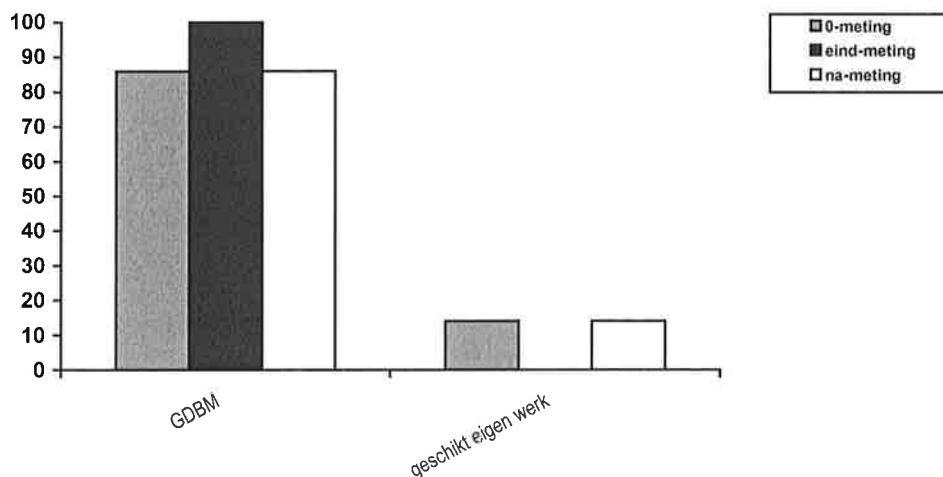
* mits de beperkingen los worden gezien van ziekte of gebreken. Als hier wel een verband tussen moet bestaan dan had men getwijfeld of hier wel sprake was geweest van ziekte!

3. Mevrouw de Vries

1. Algemene verschillen

Tijdens de bespreking van deze casus in de Delphi-commissie is op de FML onder de antwoord categorie GDBM toegevoegd: de cliënt heeft wisselende mogelijkheden/verslechtering van mogelijkheden is binnen afzienbare tijd te verwachten. Na toevoeging van dit item waren alle leden van de commissie het eens dat de mevrouw de Vries geen *duurzaam* benutbare mogelijkheden bezit. Immers over 2 weken wordt zij opgenomen in het ziekenhuis voor een buikoperatie, deze zal tijdelijk forse afname van haar mogelijkheden geven. In de Na-meting blijkt desalniettemin één arts met een grote mate van zekerheid (9) van mening te zijn veranderd en mevrouw de Vries toch in staat acht 'normaal te functioneren'. Het argument dat hiervoor wordt aangedragen is, dat mevrouw de Vries vanwege een operatie wel een periode uit zal vallen maar er niet bij voorbaat van mag worden uitgegaan dat dit langer dan drie maanden zal duren (dit argument werd reeds in de 0-meting aangedragen). De verwachting van deze arts is dat zij voor de vierde maand weer 'normaal' kan functioneren.

In onderstaande figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat de mevrouw de Vries geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft versus geschikt is te achten voor eigen werk. Tabel 3 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 3: Percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw de Vries geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft (GDBM) versus geschikt is te achten voor eigen werk ($n=6$ versus $n=7$ versus $n=6$)

Conclusie na-meting

De leden van de Delphi-commissie waren tijdens de eind-meting tot consensus gekomen omtrent het totaal oordeel. Geconcludeerd werd dat mevrouw de Vries geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft, namelijk: wisselende mogelijkheden/verslechtering van mogelijkheden is binnen afzienbare tijd te verwachten. In de Na-meting blijkt echter één arts toch van mening te zijn veranderd en mevrouw de Vries geschikt te achten voor eigen werk, toename in mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.

Tabel 3: casus Mevrouw De Vries: O-meting versus Eind-meting versus Na-meting

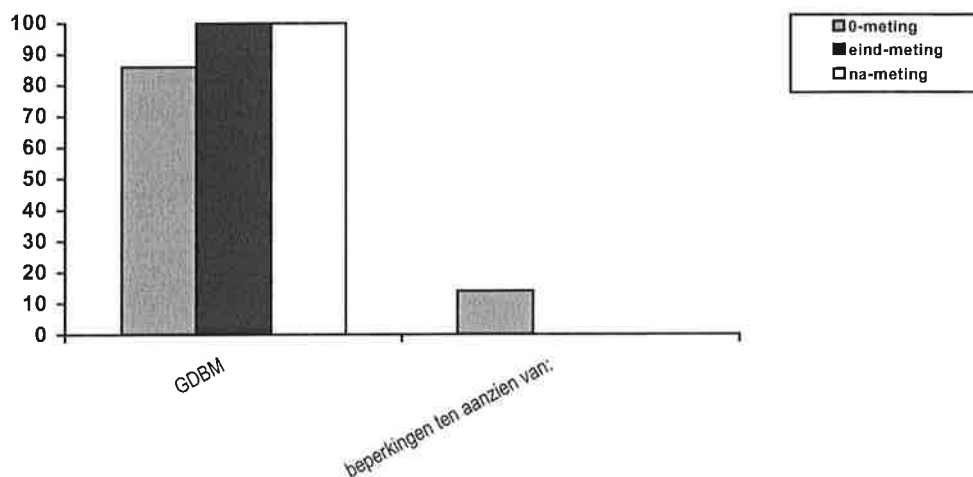
	O-meting (6 artsen)	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	84%*	8	8	100%	10	-	84%	9	-
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	16%	8	8	-	-	-	16%	9	-
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	-	-	10	-	-	10	-	-	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I									
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II									
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III									
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV									
v. Statische houdingen, zie rubriek V									
vi. Werktijden, zie rubriek VI									
Conclusie:									
1.a De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.b De cliënt is in staat om gangbare mogelijkheden te verrichten op datum..	16%	8	-	-	-	-	16%	??	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	84%	8	-	100%	10	-	84%	??	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	-	-	-	100%	-	-

* wel een tekstuele aanpassing geopperd: nu wel mogelijkheden maar niet duurzaam (dat kan je nu niet kwijt)

4. De heer Witteveen

Alle leden van de Delphi-commissie geven in de na-meting aan dat de heer Witteveen geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft vanwege een slechte prognose van zijn ziekte, <1 jaar (terminaal). De argumenten die in dit kader worden gepresenteerd zijn vergelijkbaar met de argumentatie in de eind-meting. Door veel artsen wordt het belang van een goede toelichting bij deze (negatieve) conclusie benadrukt. De heer Witteveen is immers zelf bijzonder optimistisch gestemd (bezit veel wilskracht), dit pleit voor hem en moet zoveel mogelijk intact worden gehouden.

In onderstaande figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat de heer Witteveen geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft versus beperkingen heeft ten aanzien van... Tabel 4 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 4: *Percentage artsen dat aangeeft dat de heer Witteveen geen duurzaam benutbare mogelijkheden heeft (GDBM) versus beperkingen heeft ten aanzien van:.. (n=6 versus n=7 versus n=6)*

Conclusie na-meting

De heer Witteveen heeft geen duurzaam benutbare mogelijkheden.

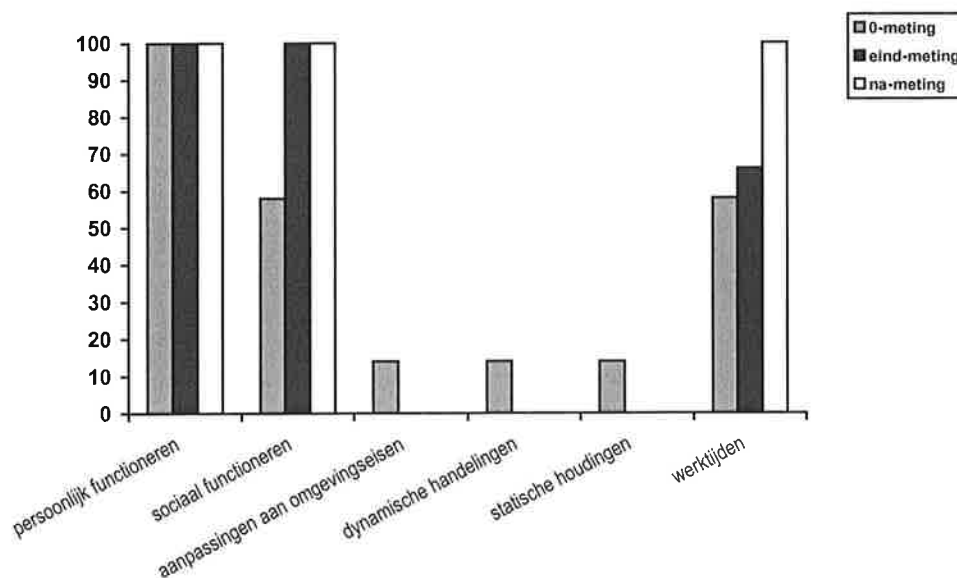
5. Mevrouw Zandbergen

1. Algemene verschillen

Uit de Na-meting komt naar voren dat op het niveau van de hoofdconclusie. De leden van de Delphi-commissie in hun meningen gelijk gestemd zijn en blijven. Alle leden van de commissie vinden dat mevrouw Zandbergen nog wel mogelijkheden bezit, maar niet 'normaal' kan functioneren.

Ook ten aanzien van de beperkingen die worden geduid op rubrieksniveau zijn de commissieleden in de na-meting volledig eensgezind, zelf meer dan tijdens de consensus bespreking het geval was (eind-meting). Op item niveau variëren de meningen daarentegen wel in behoorlijke mate. Opvallend is dat mevrouw Zandbergen in de na-meting over het algemeen op veel meer items beperkt wordt geacht. Meer dan tijdens de consensus bespreking (eind-meting), maar ook meer dan tijdens de 0-meting.

In onderstaande figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Zandbergen bepaalde beperkingen bezit (per rubriek). Tabel 5 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 5: Percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Zandbergens beperkingen bezit op de genoemde rubrieken ($n=6$ versus $n=7$ versus $n=6$)

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

Waar tijdens de consensus bespreking (eind-meting) mevrouw Zandbergen slechts op drie items (item 1, 2 en 9) beperkt werd geacht -waarvan slecht één item door alle leden is genoemd (item 9)- zijn tijdens de na-meting hier een aantal nieuwe beperkingen (items) aan toegevoegd. Dit betreft de volgende items: inzicht in eigen capaciteiten (4); zelfstandig handelen (6); en handelingstempo (7). Er worden geen duidelijke argumenten gegeven waarom mevrouw Zandbergen op één van deze drie

items beperkt te achten is, het aangeven van de items lijkt veelal gepaard te gaan met een zekere mate van twijfel.

Behalve dat er in de na-meting drie nieuwe items zijn benoemd als mogelijke beperking, verschillende de uitkomsten van deze meting verder niet veel van de eind-meting. In het algemeen kan gezegd worden dat sommige leden hebben vastgehouden aan de items die zij reeds in de 0-meting hadden benoemd, andere hebben hun mening in stand gehouden en een aantal hebben nieuwe items aan hun lijst toegevoegd.

Rubriek II: Sociaal functioneren

Net als in de voorgaande rubriek (persoonlijk functioneren) hebben sommige leden ten aanzien van de rubriek sociaal functioneren vastgehouden aan de items die zij reeds in de 0-meting hadden genoemd, andere hebben hun mening in stand gehouden en een aantal hebben nieuwe items aan hun lijst toegevoegd. Tijdens de consensus bespreking (eind-meting) werd mevrouw Zandbergen alleen op de items 8 en 12 beperkt geacht, waarbij ten aanzien van item 12 consensus werd bereikt. Tijdens de na-meting zijn er echter nog een drietal items door een (beperkt) aantal leden aan deze lijst toegevoegd. Dit betreft de volgende items: lezen (5): emotionele problemen van andere hanteren (6); en samenwerken (9). De argumenten die in dit kader genoemd werden zijn over het algemeen vrij summier van aard. Onder andere wordt gezegd dat mevrouw Zandbergen beperkt is op het item lezen omdat zij zich hiervoor onvoldoende zou kunnen concentreren. Ten aanzien van item 6 wordt gezegd dat mevrouw Zandbergen slecht kon omgaan met de problemen van haar zoon en hierdoor beperkt zou zijn in het hanteren van emotionele problemen van anderen. Verder worden er geen argumenten gegeven voor het beperken op item 9.

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Rubriek V: Statische houdingen

Zowel in de eind-meting als na-meting zijn de leden van de commissie het volledig eens dat mevrouw Zandbergen geen beperkingen heeft op rubriek III t/m V.

In de 0-meting was wel één arts die vond dat mevrouw Zandbergen vanwege haar hoge bloeddruk beperkt moest worden op deze rubrieken. Uiteindelijk is tijdens de consensus bespreking (eind-meting) besloten dat dit alleen dient te gebeuren wanneer hierdoor een specialist of behandeld arts op gewezen wordt. In de na-meting wordt dit aspect niet meer ter sprake gebracht.

Rubriek VI: Werktijden

Binnen deze rubrieken zijn de meningen van de Delphi-leden steeds dichter naar elkaar toegegroeid. In de 0-meting gaf slechts 58% van de artsen aan dat mevrouw Zandbergen beperkt moet worden geacht op de rubriek werktijden, versus 66% tijdens de eind-meting, versus 100% in de na-meting. De belangrijkste argumenten die in dit kader gegeven werden zijn vergelijkbaar met de argumentatie in de eind-meting, namelijk: de aanwezigheid van een behoorlijke slaapstoornis.

Ten aanzien van de items waarop mevrouw Zandbergen beperkt moet worden geacht in haar werktijden, zijn grote verschillen waarneembaar. Sommige beperken haar op slechts 1 item ander op vrijwel alle items. Deze uitkomst is vergelijkbaar met de 0-meting en eind-meting.

Conclusie na-meting

Alle leden van de commissie zijn het er nog steeds over eens dat de mevrouw Zandbergen nog over duurzaam benutbare mogelijkheden beschikt. De meeste leden van de commissie zijn van mening dat toename van mogelijkheden om te functioneren wél te verwachten is.

Tabel 5: casus mevrouw Zandbergen: O-meting versus Eind-meting versus Na-meting

	O-meting (7 artsen)	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	-	-	10	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-	100%	10	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	100%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	58%	8	8	100%	8	-	100%	9	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	14%	-	5	0%	-	10	0%	-	9
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	14%	-	5	0%	-	8	0%	-	8
v. Statische houdingen, zie rubriek V	14%	-	5	0%	-	8	0%	-	8
vi. Werktijden, zie rubriek VI	58%	8	8	58%	7	7	100%	8	-
Conclusie:									
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	100%	10	-	100%	10	-	100%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	84%	??	-	84%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	16%	??	-	16%	??	-

I.B. De volgende drie casussen

Voor de drie casussen: de heer Ter haar, mevrouw Leerdam en mevrouw Madretsma, wordt in deze tekst per casus een beschrijving gegeven van de resultaten van de drie meetmomenten (0-meting versus eind-meting (consensus bespreking) versus na-meting). Tijdens de consensus bespreking van deze casussen is in veel mindere mate gestuurd op het verkrijgen van uitgebreide argumentatie. De beschrijvingen van deze casussen zijn in vergelijking met voorgaande beschrijvingen derhalve minder uitgebreid. Hierdoor zal minder aandacht worden besteed aan verschillen op item niveau (hier is soms te weinig informatie over bekend).

De opbouw van de tekst is verder gelijk aan bijlage 1.A.

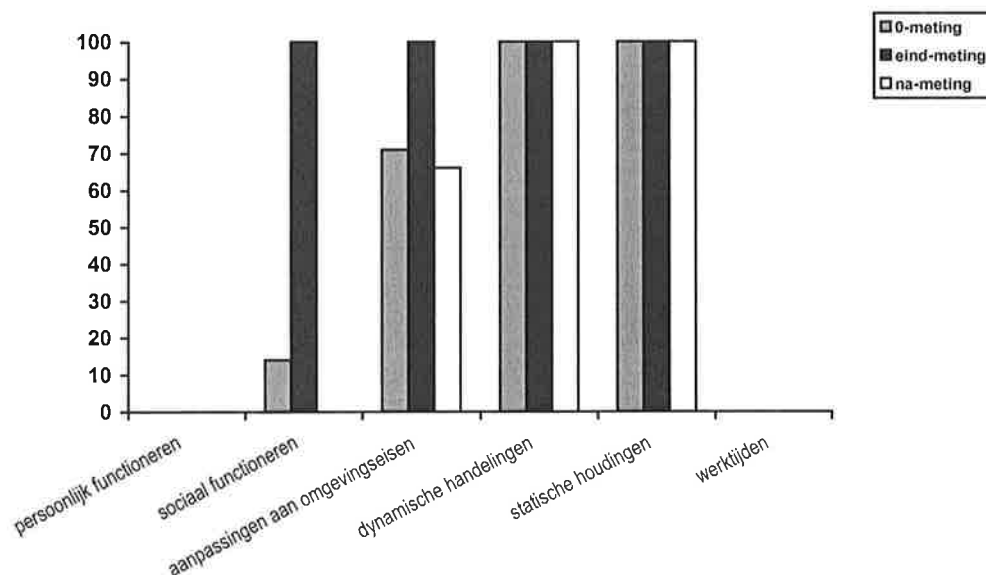
1. De heer Ter Haar

1. Algemene verschillen

Uit de Na-meting komt naar voren dat op het niveau van de hoofdconclusie. De leden van de Delphi-commissie in hun meningen gelijk gestemd zijn en blijven. Alle leden van de commissie vinden dat de heer Ter Haar nog wel mogelijkheden bezit, maar niet 'normaal' kan functioneren.

Ten aanzien van de beperkingen die geduid worden op rubrieksniveau zijn de commissieleden in de na-meting redelijk eensgezind. Niettemin zijn er een aantal afwijkingen ten opzichte van de consensus bespreking (eind-meting) te constateren. Deze afwijkingen zijn goed te relateren aan de verschillen die reeds gevonden werden tussen de 0-meting en eind-meting (zie paragraaf 2).

In onderstaand figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat de heer Ter Haar bepaalde beperkingen heeft (per rubriek). Tabel 1 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 1: Percentage artsen dat aangeeft dat de heer Ter Haar beperkingen bezit op de genoemde rubrieken (n=7 versus n=7 versus n=6)

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

Op het vlak van persoonlijk functioneren wordt in alle metingen aangegeven dat de heer Ter Haar 'normaal' functioneert. Hier blijkt weinig discussie over te zijn.

Rubriek II: Sociaal functioneren

Tijdens de consensus besprekingen (eind-meting) was iedereen het eens dat de heer Ter Haar is aangewezen op werk dat geen leidinggevende aspecten bevat. Dit betreft item 12 in de rubriek sociaal functioneren; *specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid: aspect 5; aangewezen op werk dat geen leidinggevende aspecten bevat*. Tijdens de consensus bespreking was er één arts aanwezig die dit argument heeft aangedragen (zie 0-meting).

In de na-meting blijkt niemand meer van mening te zijn dat de heer Ter Haar beperkt moet worden geacht op één van de items onder de rubriek sociaal functioneren. Van de 6 artsen die hebben deelgenomen aan de na-meting ziet niemand hier aanwijzingen voor. De heer Ter Haar functioneert volgens hen gezien zijn dagstructuur sociaal 'normaal'. Belangrijk is hierbij te vermelden dat de arts die in de 0-meting als enige de heer Ter Haar wel beperkt achtte in zijn sociaal functioneren, niet heeft deelgenomen aan de na-meting. Laatstgenoemde is een mogelijke verklaring voor het feit dat in de na-meting niemand de heer Ter Haar beperkt heeft geacht op deze rubriek. Blijkbaar heeft iedereen het argument dat de heer Ter Haar aangewezen is op werk dat geen leidinggevende aspecten bevat tijdens de consensus bespreking makkelijk overgenomen, echter tijdens de na-meting werd dit aspect over het hoofd gezien. Dit kan ondermeer te wijten zijn aan het feit dat er binnen de Delphi-commissie veel onduidelijkheid is geweest hoe om te gaan met het item specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid.

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Ten aanzien van de rubriek aanpassingen aan fysieke omgevingseisen zijn de meningen in de na-meting verdeeld. Het merendeel van de artsen (66%) vindt dat de heer Ter Haar ter voorkoming van een toename in pathologie niet mag worden blootgesteld aan langdurige trillingsbelasting, en vinden hem dus beperkt op deze rubriek. Een aantal artsen geeft daarbij wel aan te twijfelen over de exacte definitie van trillingsbelasting (hoe dit te interpreteren): moet de beperking op trillingsbelasting nu worden aangegeven onder item 8 (trillingsbelasting) of item 10 (specifieke voorwaarden voor aanpassingen aan de fysieke werkomgeving).? De twee artsen die de heer Ter Haar in de na-meting niet beperkt achten op trillingsbelasting geven aan dat hij geen wezenlijke beperkingen heeft in zijn dagelijkse leven, maar ook zij geven aan dat trillingsbelasting in arbeid niet gewenst is.

Bovenstaande verschillen in mening, welke dus vooral te maken hebben met interpretatie van de definities van de items, kwamen ook tijdens de consensus bespreking (eind-meting) naar voren. Toen werd echter gezamenlijk besloten dat de heer Ter Haar wél beperkt moet worden geacht op deze rubriek, en wel op het item specifieke voorwaarden voor aanpassingen aan de fysieke werkomgeving (item 10): namelijk de heer Ter Haar mag niet worden blootgesteld aan langdurige trillingsbelasting. Zijn pathologie was niet ernstig genoeg om hem beperkt te achten op trillingsbelasting (item 8) in zijn dagelijkse leven.

Resumerend kan worden gesteld dat er veel onduidelijkheid is geweest, en nog steeds is, over het aangeven van een beperking op het item trillingsbelasting, versus het item

specifieke voorwaarden voor aanpassingen aan de fysieke arbeidsomgeving, namelijk geen langdurige trillingsbelasting. De scheidingslijn tussen deze twee items is niet nog niet geheel helder.

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Rubriek V: Statische houdingen

Rubriek VI: Werktijden

Zowel in de 0-meting, eind-meting als na-meting zijn de leden van de commissie het volledig eens dat de heer Ter Haar beperkingen heeft op rubriek IV en V, en geen beperkingen heeft op de rubriek VI. De argumenten die worden aangedragen ter ondersteuning van deze conclusie zijn vergelijkbaar met de reeds in de eind-meting genoemde argumenten.

Conclusie na-meting

Alle leden van de commissie zijn het er nog steeds over eens dat de heer Ter Haar nog over duurzaam benutbare mogelijkheden beschikt. De meeste leden van de commissie zijn daarbij van mening dat toename van mogelijkheden om te functioneren niet te verwachten is.

Tabel 1: casus de heer ter Haar: O-meting versus Eind-meting versus Na-meting

	O-meting (11 artsen)	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na- meting zekerheid ja	Na- meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	-	-	10	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-	100%	9	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	0%	-	10	0%	-	10	0%	-	10
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	14%	10	9	100%	??*	-	0%	-	10
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	71%	8	8	100%	8	-	66%	7	9
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	100%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	100%	8	-	100%	9	-	100%	9	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	0%	-	9	0%	-	10	0%	-	10
Conclusie:									
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	10	-	-	10	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	100%	10	-	100%	10	-	100%	??	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	10	-	-	10	-	-	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	29%	??	-	29%	??	-	33%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	71%	??	-	71%	??	-	66%	??	-

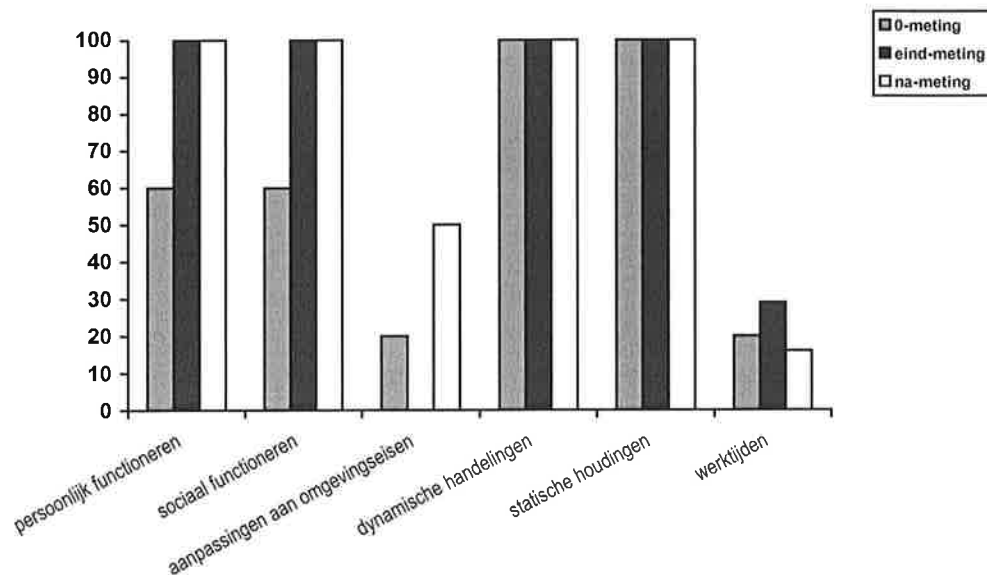
2. Mevrouw Leerdam

1. Algemene verschillen

Uit de Na-meting komt naar voren dat op het niveau van de hoofdconclusies – GDBM, geschikt voor eigen werk, ‘normaal’ functioneren, of beperkingen in functioneren – de leden van de Delphi-commissie in hun meningen gelijk gestemd zijn in de na-meting. Alle leden van de commissie vinden dat mevrouw Leerdam nog wel mogelijkheden bezit, maar niet ‘normaal’ kan functioneren. Dit is overeenkomstig de consensus bespreking (eind-meting).

Ten aanzien van de aanwezigheid van beperkingen zijn de commissieleden het op de meeste rubrieken aardig eens. Volledig eens zijn ze het op de rubrieken dynamische handelingen en statische houdingen. Zowel tijdens de 0-meting, eind-meting als na-meting wordt mevrouw Leerdam op deze rubrieken beperkt geacht. De grootste verschillen in mening tussen de drie metingen worden waargenomen op de rubriek aanpassingen aan omgevingseisen.

In onderstaand figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Leerdam bepaalde beperkingen bezit (per rubriek). Tabel 2 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 2: *Percentage artsen dat aangeeft dat de mevrouw Leerdam beperkingen bezit op de genoemde rubrieken (n=6 versus n=7 versus n=6)*

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

Zowel tijdens de consensus bespreking (eind-meting) als in de na-meting vinden alle leden van de commissie mevrouw Leerdam beperkt op de rubriek persoonlijk functioneren. Daar waar echter nog twijfel was over de aanwezigheid van deze beperkingen tijdens de 0-meting en gedurende de consensus bespreking, is deze twijfel in de eind- en de na-meting volledig verdwenen.

In de eind-meting werd aangegeven dat mevrouw Leerdam in feite in het dagelijkse leven binnen de grenzen van 'normaal' functioneert (dit betreft de eerste acht items binnen de rubriek persoonlijk functioneren). In dat opzicht vonden zij haar dus niet beperkt. Toch werd na enige discussie besloten dat er in haar werksituatie wel rekening moet worden gehouden met een aantal beperkingen, en zij derhalve tenminste op één van de categorieën onder het item 9: specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid' beperkt moet worden geacht.

Bovenstaande lijn van argumentatie wordt in de na-meting door meer dan de helft van de commissieleden gevolgd. Een klein deel van de artsen vindt haar in de na-meting echter niet alleen beperkt op item 9 (specifieke voorwaarden ten aanzien van arbeid), maar tevens op item 4: inzicht in eigen capaciteiten. De reden om haar hier op te beperken heeft te maken met het feit dat mevrouw Leerdam al een keer haar eigen mogelijkheden heeft overschat door een functie als teamleidster aan te gaan. Dit is overeenkomstig met 0-meting, daar werd mevrouw Leerdam door dezelfde arts beperkt geacht op het item inzicht in eigen capaciteiten. Blijkbaar is door deze arts teruggegrepen op zijn of haar oorspronkelijke argument.

Behalve dat in de na-meting item 4 tevens is benoemd als mogelijke beperking, verschillende uitkomsten van deze meting niet veel van de 0 en eind-meting.

Rubriek II: Sociaal functioneren

Net als in de voorgaande rubriek (persoonlijk functioneren) hebben de meeste leden dezelfde lijn van argumentatie gevolgd als in de consensus bespreking (eind-meting). Mevrouw Leerdam functioneert volgens hun in het dagelijkse leven binnen de grenzen van sociaal 'normaal' (dit betreft de eerste 11 items binnen de rubriek sociaal functioneren). In haar werksituatie dient echter wel rekening te worden gehouden met een aantal beperkingen, derhalve wordt zij tenminste op één van de categorieën onder het item 12: specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid' beperkt geacht.

Ondanks deze eensgezindheid, wordt door één arts een aantal nieuwe argumenten aangedragen om mevrouw Leerdam niet alleen te beperken op item 9 (specifieke voorwaarden ten aanzien van arbeid), maar tevens op een aantal andere items, namelijk item 6, 7 en 8. Het argument dat gegeven wordt om haar te beperken op item 6 (emotionele problemen van anderen hanteren) ligt in het feit dat mevrouw Leerdam 's nachts wakker ligt. Ten aanzien van item 7 (eigen gevoelens uiten) wordt aangegeven dat zij somatiseert. Dit zijn argumenten die niet naar voren zijn gekomen in de 0-meting en eind-meting (nieuwe argumenten).

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Ten aanzien van de rubriek aanpassingen aan fysieke omgevingseisen zijn de meningen in de na-meting verdeeld (50% versus 50%). Deze verdeeldheid heeft te maken met de onduidelijkheid die nog steeds aanwezig is omtrent het weergeven van een beperking op het item trillingsbelasting, versus het item specifieke voorwaarden voor aanpassingen aan de fysieke arbeidsomgeving, namelijk geen langdurige trillingsbelasting. Hetzelfde probleem was reeds opgetreden in de casus Ter Haar (zie voorgaande casus).

Verskil met de casus Ter Haar is dat in deze casus tijdens de consensus bespreking besloten is mevrouw Leerdam helemaal niet beperkt te achten op trillingsbelasting (zowel niet in haar dagelijkse leven als in een arbeidsomgeving). Reden hiervoor is dat volgens de commissieleden bij het item 'specifieke voorwaarden voor aanpassing aan de fysieke arbeidsomgeving' uit moet worden gegaan van gangbare arbeid (met in acht name van de Arbo-wet) en dus geen rekening hoeft te worden gehouden met extreme

situaties in arbeid. Immers zou men uitgaan van extreme werksituaties dan valt er voor iedere persoon wel een situatie te bedenken waarop hij of zij beperkt kan worden geacht.

Uit bovenstaande blijkt nogmaals dat er geen duidelijkheid is waar de scheidingslijn ligt voor wel of niet beperken, en welke items dan beperken.

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Rubriek V: Statische houdingen

Zowel in de 0-meting, eind-meting als na-meting zijn de leden van de commissie het volledig eens dat de heer Ter Haar beperkingen heeft op rubriek IV en V. De argumenten die worden aangedragen ter ondersteuning van deze conclusie zijn vergelijkbaar met de reeds in de eind-meting genoemde argumenten.

Rubriek VI: Werktijden

Binnen deze rubrieken zijn en blijven de meningen van de Delphi-leden enigszins verdeeld (volledige consensus wordt niet bereikt). Het merendeel van de commissie vindt echter dat mevrouw Leerdam niet beperkt moet worden geacht op deze rubriek (84%). Dit is overeenkomstig de consensus bespreking (eind-meting).

Conclusie na-meting

Alle leden van de commissie zijn het er nog steeds over eens dat mevrouw Leerdam over duurzaam benutbare mogelijkheden beschikt. De meeste leden van de commissie zijn daarbij van mening dat een toename van mogelijkheden om te functioneren niet te verwachten is.

Tabel 2: casus mevrouw Leerdam: 0-meting versus Eind-meting versus Na-meting

	0-meting (10 artsen)	0-meting zekerheid ja	0-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	-	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	-	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	16%	5	8	-	-	8	-	-	9
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	84%	8	-	100%	8	-	100%	9	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	60%	8	5	100%	7	-	100%	9	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	60%	8	8	100%	9	-	100%	8	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	20%	7	8	0%	-	8	50%	7	8
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	100%	8	8	100%	8	-	100%	9	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	100%	7	-	100%	8	-	100%	8	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	20%	6	-	29%	8	7	16%	10	8
			8						
Conclusie:									
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	84%	??	-	100%	10	-	100%	??	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	60%	??	-	71%	8	-	33%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	20%	??	-	29%	8	-	66%	??	-

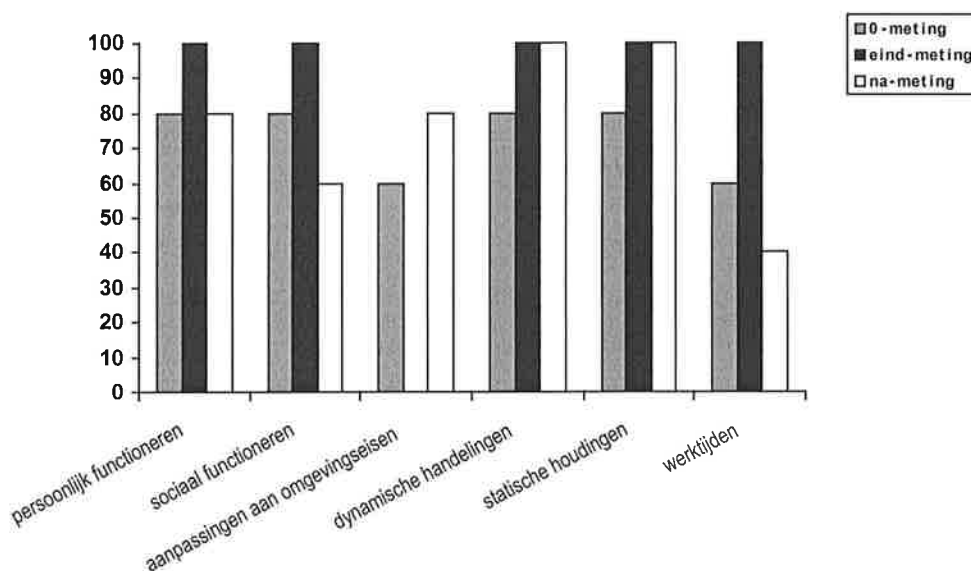
3. Mevrouw Madretsma

1. Algemene verschillen

Uit de Na-meting komt naar voren dat op het niveau van de hoofdconclusies – GDBM, geschikt voor eigen werk, ‘normaal’ functioneren, of beperkingen in functioneren – de leden van de Delphi-commissie in hun meningen gelijk gestemd zijn in de na-meting. Alle leden van de commissie vinden dat mevrouw Madretsma nog wel mogelijkheden bezit, maar niet ‘normaal’ kan functioneren. Dit is overeenkomstig de consensus bespreking (eind-meting).

Wel verschillen de beperkingen die worden geduid op rubrieksniveau en itemniveau in de na-meting in behoorlijke mate van de 0- en eind-meting. In het algemeen kan worden gesteld dat er na een toename in consensus op rubrieks- en itemniveau, in de na-meting weer een grotere spreiding is ontstaan in deze uitkomsten. Deze spreiding is op sommige rubrieken zelfs toegenomen ten opzichten van de spreiding die reeds aanwezig was bij aanvang van de beoordeling (0-meting).

In onderstaand figuur wordt een grafisch overzicht gegeven van het percentage artsen dat aangeeft dat mevrouw Madretsma bepaalde beperkingen bezit (per rubriek). Tabel 3 geeft daarnaast per rubriek weer in welke mate de artsen zeker waren van het betreffende oordeel.



Figuur 3: *Percentage artsen dat aangeeft dat de mevrouw Madretsma beperkingen bezit op de genoemde rubrieken (n=5 versus n=7 versus n=6)*

2. Verschillen op rubrieksniveau nader omschreven

Rubriek I: Persoonlijk functioneren

Hoewel tijdens de Delphi-bijeenkomst iedereen het redelijk snel eens was dat mevrouw Madretsma beperkingen heeft op de rubriek persoonlijk functioneren, blijkt in de na-meting één arts van mening te zijn veranderd. De betreffende arts geeft aan dat er bij mevrouw Madretsma mogelijk wel lichte beperkingen in haar persoonlijk functioneren aan te wijzen zijn. De vraag is echter of deze beperkingen passen bij haar

persoonlijkheid dan wel karakter en in hoeverre er daarmee sprake is van beperkingen als rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek? Vanuit deze context bezien twijfelt de betreffende arts of er al dan geen beperkingen moeten worden aangegeven. Ondanks de vele discussies die hieromtrent hebben plaatsgevonden en het besluit om beperkingen los te zien van ziekte of gebreken, wordt door de arts aangegeven dat mevrouw Madretsma geen beperkingen heeft in haar persoonlijk functioneren.

De overige leden van de commissie die mevrouw Madretsma wél beperkt achten in haar persoonlijk functioneren, vinden haar tenminste beperkt op het item (9) specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid. Het merendeel vindt haar tevens beperkt in het concentreren van de aandacht (item 1) en een groot deel op het item (3) herinneren. Deze uitkomsten zijn redelijk vergelijkbaar met de 0-meting en de eind-meting. In de na-meting worden naast de items 1, 3, en 9 door een enkele arts echter tevens aangegeven dat mevrouw Madretsma beperkt is in het verdelen van de aandacht (item 2) en inzicht in eigen capaciteiten (item 4). Laatstgenoemde twee items zijn in de eind-meting niet of slechts één maal benoemd. Het argument dat gegeven wordt om mevrouw Madretsma te beperken op het item inzicht in eigen capaciteiten, houdt verband met het beeld dat door de huisarts wordt geschetst, namelijk dat mevrouw Madretsma problemen en leed aantrekt als een magneet: ze gaat er tegenaan en krijgt dan weer de pin op de neus!

Rubriek II: Sociaal functioneren

Nog minder dan bij de voorgaande rubriek (persoonlijk functioneren) wordt er in de na-meting overeenstemming bereikt op de rubriek sociaal functioneren. Mevrouw Madretsma functioneert volgens 60% van de commissieleden niet 'normaal' op deze rubriek tegenover 40% 'normaal'. Ondanks de volledige consensus die aanwezig was tijdens de consensus bespreking (eind-meting), blijken de meningen nu dus weer verdeeld te zijn.

De argumenten die worden aangedragen om mevrouw Madretsma niet beperkt te achten in haar sociaal functioneren hebben te maken met het gebrek aan aanwijzingen om dit wel aan het te nemen. Overigens gebeurt dit met enige mate van onzekerheid. Door één arts wordt zelfs aangegeven dat mevrouw Madretsma ten aanzien van arbeid geen leiding kan geven, toch geeft deze arts aan dat mevrouw Madretsma geen beperkingen heeft in haar sociaal functioneren.

De overige leden van de commissie die aangeven dat mevrouw Madretsma wel beperkt is in haar sociaal functioneren, geven met name aan dat zij beperkt is op de items: (5) lezen (6) emotionele problemen van andere hanteren; (7) eigen gevoelens uiten; (8) omgaan met conflicten; en (12) specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid. Sommige van deze items werden reeds aangedragen in de 0-meting en/of eind-meting, andere zijn nieuw (item 5 en 7) of zijn weggelaten (item 9: samenwerken). De meeste argumenten om haar te beperken op de genoemde items hebben te maken met het feit dat mevrouw Madretsma zich vaak niet goed los kan maken van de patiënten die zij verzorgt (trekt zich alles persoonlijk aan), en zegt moe te worden van dingen die emotioneel zijn. Dit is overeenkomstig de eind-meting. Het argument dat wordt gegeven om mevrouw Madretsma te beperken op item 7; eigen gevoelens uiten, heeft te maken met het feit dat zij -met name negatieve- emoties vertaalt in lichamelijke klachten. Over item 5: lezen wordt gezegd, dat zij geen moeilijkere kost dan flodderboekjes kan lezen.

Rubriek III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

Mevrouw Madretsma heeft een allergie voor huisstofmijt, derhalve wordt door het merendeel van de commissie aangegeven dat een aanpassing aan fysieke omgevingseisen (namelijk: overige beperkingen van fysieke aanpassingsmogelijkheden) gewenst is. In de consensus bespreking (eind-meting) was echter besloten dat zij medicijnen tegen deze allergie gebruikt waardoor zij hier weinig last ondervindt: zelfs heeft zij weinig last tijdens haar werk als gezinsverzorgster (waar van verwacht mag worden dat er in veel huizen wel huisstofmijt aanwezig zal zijn). Om deze reden werd destijds door de commissieleden besloten dat -met medicatie- zij in feite geen last heeft van haar allergie en er dus geen specifieke aanpassingen nodig zijn in de fysieke werkomgeving.

Aangezien in de na-meting een aantal artsen terugkomen op hun mening in de 0-meting, is er blijkbaar nog geen duidelijkheid over hoe om moet worden gegaan met de aanwezigheid van een allergie (mogelijke beperkingen) die met medicatie geen klachten oplevert?

Buiten het feit dat mevrouw Madretsma een allergie heeft voor huisstofmijt en er om deze reden aanpassingen aan omgevingseisen noodzakelijk zouden kunnen zijn, wordt door een tweetal artsen aangegeven dat zij mogelijk tevens beperkt moet worden geacht ten aanzien van zware trillingsbelasting in arbeid. Dit item werd niet eerder genoemd. Reden om haar op dit aspect te beperken komt voort uit de aanwezigheid van artrose in de nek.

Rubriek IV: Dynamische handelingen

Rubriek V: Statische houdingen

Zowel in de eind-meting als na-meting zijn de leden van de commissie het volledig eens dat mevrouw Madretsma beperkingen heeft op rubriek IV en V. De argumenten die worden aangedragen ter ondersteuning van deze conclusie zijn vergelijkbaar met de reeds in de eind-meting genoemde argumenten. Met name worden genoemd: de lichte cox-arthrose en PHS. Net als in de eind-meting vinden de commissieleden verder dat het op basis van de aanwezige informatie moeilijk is exact aan te geven op welke items mevrouw Madretsma beperkt is. Sommige artsen beperken haar op 10 van de 24 items andere slechts op 2 items. Ook in de na-meting is dus veel variatie aanwezig in de hoeveelheid beperkingen die mevrouw Madretsma heeft op de rubrieken IV en V.

Rubriek VI: Werktijden

De verschillende visies die in de 0-meting nog bestonden omtrent de rubriek werktijden leken tijdens de consensus bespreking (eind-meting) na een lange discussie redelijk te zijn weggewerkt. De commissie was -met een zekere mate van onzekerheid- tot overeenstemming gekomen dat de casus beschrijving van mevrouw Madretsma's een legitiem en integer beeld schetst is, waarin door verschillende professionals gezegd wordt dat deze mevrouw 'op is'. Ze is steeds minder gaan werken -van 32uur naar 16uur naar 8uur- om nu te verwachten dat zij weer volledig aan het werk kan gaan, vonden de commissieleden tijdens de Delphi-bijeenkomst niet realistisch.

Ondanks deze grote mate van consensus, blijkt in de na-meting weer een verschil in meningen te zijn ontstaan tussen de verschillende leden van de commissie. Een merendeel van de leden blijkt nu toch van mening dat mevrouw Madretsma niet beperkt hoeft te worden op de rubriek werktijden. Zij geven aan dat mevrouw Madretsma in haar dagelijkse leven te veel "in touw" is en zij geen specifieke

rustbehoefte nodig heeft. Om deze reden zijn er geen duidelijke argumenten aan te geven waarom haar werktijden moeten worden aangepast.

Conclusie na-meting

Alle leden van de commissie zijn het er nog steeds over eens dat mevrouw Madretsma over duurzaam benutbare mogelijkheden beschikt. De meeste leden van de commissie zijn daarbij van mening dat een toename van mogelijkheden om te functioneren niet te verwachten is.

Tabel 3: casus mevrouw Madretsma: O-meting versus Eind-meting versus Na-meting

	O-meting ^(5 artsen)	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind- meting (7 artsen)	Eind- meting zekerheid ja	Eind- meting zekerheid nee	Na- meting (6 artsen)	Na-meting zekerheid ja	Na-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10	16%	7	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlageN)	-	-	10	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-	84%	10	7
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	80%	7	6	100%	9	-	80%	8	8
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	80%	8	5	100%	9	-	60%	9	8
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	60%	8	7	0%	-	8	80%	8	8
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	80%	9	5	100%	8	-	100%	8	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	80%	8	5	100%	8	-	100%	8	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	60%	7	6	100%	6	-	40%	10	8
Conclusie:									
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderz.	100%	10	-	100%	10	-	84%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose:									
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	20%	??	-	14%	??	-	16%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	80%	??	-	86%	??	-	84%	??	-

I.C De volgende 7 casussen

Voor de zeven casussen: mevrouw Bakker, mevrouw Beukering, de heer De Brouwer, De heer Koelman, de heer Lijnen, Mevrouw van der Looi, en de heer Maassen, wordt in deze tekst per casus een overzicht gegeven van de resultaten van de twee meetmomenten (0-meting versus eind-meting (consensus bespreking)). Gezien het feit dat er voor deze zeven casussen geen na-meting is uitgevoerd, is er te weinig informatie aanwezig om de uitkomsten van de verschillende metingen met elkaar te vergelijken. In deze bijlage wordt derhalve alleen een schematisch overzicht gegeven van de uitkomsten van de 0-meting en de eind-meting.

Tabel 1: casus mevrouw Bakker: O-meting versus Eind-meting

	O-meting artsen) ⁽¹¹⁾	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind-meting artsen) ⁽⁷⁾	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	84%	9	7	100%	9	-
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	16%	7	9	-	-	9
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I						
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II						
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III						
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV						
v. Statische houdingen, zie rubriek V						
vi. Werktijden, zie rubriek VI						
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn eigen werk volledig uit te voeren op datum onderzoek	16%	??	-	-	-	-
2. De cliënt is in staat om zijn eigen werk volledig uit te voeren op datum eindwachttijd	66%	??	-	100%	8	-
3. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum....	16%	7	-	-	-	-
4. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	-	-	-

Tabel 2: casus mevrouw Beukering: 0-meting versus Eind-meting

	0-meting artsen) ⁽¹⁾	0-meting zekerheid ja	0-meting zekerheid nee	Eind-meting artsen) ⁽⁷⁾	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	16%	7	9	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	84%	9	7	100%	10	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	80%	9	9	100%	10	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	100%	8	-	100%	10	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	100%	9	-	100%	10	-
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	50%	7	8	0%	-	10
v. Statische houdingen, zie rubriek V	20%	9	9	0%	-	10
vi. Werktijden, zie rubriek VI	50%	6	8	50%	7	7
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	16%	7	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderzoek	84%	9	-	100%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	50%	??	-	57%	??	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	50%	??	-	43%	??	-

Tabel 3: casus de heer De Brouwer: O-meting versus Eind-meting

	O-meting artsen) ⁽¹¹⁾	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind-meting artsen) ⁽⁷⁾	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	14%	6	9	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	29%	8	8	42%	7	6
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	57%	9	7	58%	6	7
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	50%	8	8	100%	9	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	100%	7	-	100%	9	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	0%	-	9	0%	-	10
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	0%	-	9	0%	-	10
v. Statische houdingen, zie rubriek V	0%	-	9	0%	-	10
vi. Werktijden, zie rubriek VI	0%	-	9	0%	-	10
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	14%	6	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderzoek	86%	??	-	100%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	100%	??	-	100%	10	-

Tabel 4: casus de heer Koelman: 0-meting* versus Eind-meting

	O-meting artsen)	⁽⁸⁾ O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind-meting ⁽⁷⁾ artsen)	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	*	*	*	-	-	-
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	-	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	-	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	-	100%	10	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	*	*	*	-	-	-
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	*	*	*	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	*	*	*	-	-	10
i. persoonlijk functioneren, zie rubriek I						-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II						-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III						-
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV						-
v. Statische houdingen, zie rubriek V						-
vi. Werktijden, zie rubriek VI						-
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	*	*	*	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum.....	-	-	-	-	-	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum eindewachttijd	-	-	-	100%	10	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per ?????	*	*	*	100%	10	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	-	-	-

* twee uitzonderingscategoriën van GDBM –*waaronder de cliënt heeft wisselende mogelijkheden/verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten*- waren in eerste instantie niet in het voorblad FML opgenomen. Daarom wordt de nul-meting hier niet gepresenteerd. Immers deze is nu niet meer vergelijkbaar met de eind-meting.

Tabel 5 : casus de heer Lijnen: O-meting versus Eind-meting

	O-meting artsen) ⁽⁹⁾	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind-meting artsen) ⁽⁷⁾	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	20%	8	8	-	-	8
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	80%	8	8	100%	8	-
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	-	-	-	-	-	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	-	-	-	-	-	-
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	-	-	-	-	-	-
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	-	-	-	-	-	-
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	-	-	-	-	-	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	-	-	-	-	-	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	-	-	-	-	-	-
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderzoek	-	-	-	100%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	100%	10	-

Tabel 6: casus mevrouw Van der Looi: O-meting versus Eind-meting

	O-meting artsen) ⁽¹⁰	O-meting zekerheid ja	O-meting zekerheid nee	Eind-meting (7 artsen)	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	0%	-	10	0%	-	10
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	16%	8	9	66%	7	7
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	33%	9	9	86%	8	5
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	83%	8	?	100%	10	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	83%	8	?	100%	9	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	100%	8	-	100%	8	-
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn/haar eigen werk volledig uit te voeren op datum...	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum onderzoek	100%	10	-	100%	10	-
3. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	83%	??	-	90%	8	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	17%	??	-	10%	6	-

Tabel 7: casus de heer Maassen: 0-meting versus Eind-meting

	0-meting artsen)	⁽⁵⁾ 0-meting zekerheid ja	0-meting zekerheid nee	Eind-meting ⁽⁶⁾ artsen)	Eind-meting zekerheid ja	Eind-meting zekerheid nee
1. De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling	-	-	10	-	-	10
2. De cliënt is bedlegerig	-	-	10	-	-	10
3. De cliënt is ADL-afhankelijk	-	-	10	-	-	10
4. De cliënt heeft wisselende mogelijkheden/ verslechtering mogelijkheden binnen afzienbare tijd te verwachten	-	-	10	-	-	10
5. De cliënt is thans geschikt voor eigen werk	-	-	10	-	-	10
6. De cliënt heeft gangbare mogelijkheden (kan functioneren volgens bijlage N)	-	-	10	-	-	10
7. De cliënt heeft beperkingen ten aanzien van:	100%	10	-	100%	10	-
i. Persoonlijk functioneren, zie rubriek I	0%	-	8	0%	-	8
ii. Sociaal functioneren, zie rubriek II	20%	6	9	0%	-	8
iii. Aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III	100%	8	-	100%	9	-
iv. Dynamische handelingen, zie rubriek IV	100%	8	-	100%	9	-
v. Statische houdingen, zie rubriek V	60%	9	8	100%	9	-
vi. Werktijden, zie rubriek VI	0%	-	9	0%	-	10
Conclusie:						
1. De cliënt is in staat om zijn eigen werk volledig uit te voeren op datum onderzoek	-	-	-	-	-	-
2. De cliënt is in staat om zijn eigen werk volledig uit te voeren op datum eindwachtijd	-	-	-	-	-	-
3. De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum...	100%	10	-	100%	10	-
4. De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden op datum..	-	-	-	-	-	-
Prognose:						
1. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per.....	-	-	-	-	-	-
2. Afname van de mogelijkheden om te functioneren is te verwachten per...	-	-	-	-	-	-
3. Toename van de mogelijkheden om te functioneren is niet te verwachten.....	-	-	-	-	-	-

Bijlage II: Delphi-vragenlijst

In deze Delphi-vragenlijst wordt u gevraagd per casus de FML in te vullen en de vragen te beantwoorden (zie tekstblok). Naast de beantwoording van de vier vragen bent u vrij welke opmerking dan ook te maken. Alles wat kan bijdragen aan een constructieve discussie is welkom.

Delphi-vragenlijst

1. Wat is uw oordeel? Vul de FML in!
2. Welke argumenten hebben geleid tot uw oordeel? In steekwoorden weergeven op de Delphi-vragenlijst!
3. Hoe zeker bent u van uw oordeel (1 is helemaal niet zeker en 10 is volledig zeker)?
4. Welke aspecten of onduidelijkheden maken dat u niet geheel zeker bent van uw oordeel?

Wij verzoeken u bij het beantwoorden van de bovenstaande vragen gebruik te maken van bijgevoegde schema's.

Inhoudelijk zijn de schema's gecategoriseerd naar potentiële uitkomst van uw oordeel, te weten:

1. Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM);
2. In staat tot normaal functioneren en;
3. Beperkingen ten aanzien van functioneren.

Laatstgenoemde categorie is onderverdeeld in de zes rubrieken die hiertoe behoren (de FML):

- a. persoonlijk functioneren, zie rubriek I FML
- sociaal functioneren, zie rubriek II FML**
- b. aanpassing aan omgevingseisen, zie rubriek III FML
- c. dynamische handelingen, zie rubriek IV FML
- d. statische houdingen, zie rubriek V FML
- werktijden, zie rubriek VI FML**

Indien de betreffende categorie, of rubriek volgens u niet van toepassing is dan hoeft u het bijbehorende schema niet in te vullen. Vanzelfsprekend moet u het schema wel invullen indien dit wel het geval is, daarbij gebruikmakend van de bovenstaande vragenlijst (vraag 2 t/m 4). Bij het formuleren en rapporteren van uw argumenten moet u gebruik maken van de items die in de FML worden weergegeven.

Wij wensen u veel succes toe met het invullen van de vragenlijst-schema's!

Schema 1: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden

Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden

Oordeel

Argumenten

Zekerheid (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 2: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel in staat tot normaal functioneren

In staat tot normaal functioneren

Oordeel

Argumenten

Zekerheid (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 3: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen op het vlak van persoonlijk functioneren

Beperkingen: persoonlijk functioneren

Oordeel

Argumenten

Zekerheid

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 4: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen op het vlak van sociaal functioneren

Beperkingen: sociaal functioneren

Oordeel

Argumenten

Zekerheid

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 5: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen ten aanzien van aanpassingen aan omgevingseisen

Beperkingen: aanpassingen aan omgevingseisen

Oordeel

Argumenten

Zekerheid

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 6: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen op het vlak van dynamisch handelen

Beperkingen: dynamisch handelen

Oordeel

Argumenten

Zekerheid

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 7: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen ten aanzien van statische houding

Beperkingen: statische houding

Oordeel

Argumenten

Zekerheid (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 8: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel beperkingen ten aanzien van werktijden

Beperkingen: werktijden

Oordeel

Argumenten

Zekerheid (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid

Schema 9: Delphivragenlijst-schema bij het oordeel in staat om het werk volledig uit te voeren.

Oordeel

Argumenten

Zekerheid

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Argumenten zekerheid
