

Kwaliteit van oordeelsvorming

Een verkennend onderzoek naar kwaliteits-
beleid bij periodiek arbeidsgezondheidskundig
onderzoek **PAGO**, medische aanstellings-
keuringen en **WAO**-claimbeoordeling

C.A.M. Mul
H.E.M. Verkleij
A.M. Hazelzet
F. de Roos

Kwaliteit van oordeelsvorming

Een verkennend onderzoek naar kwaliteitsbeleid
bij periodiek arbeidsgezondheidskundig
onderzoek PAGO, medische aanstellingskeuringen
en WAO- claimbeoordeling

C.A.M. Mul
H.E.M. Verkleij
A.M. Hazelzet
F. de Roos

Verkoop

Elsevier bedrijfsinformatie bv

Postbus 16400, 2500 BK 's Gravenhage

Telefoon 070-38 19 900. telefax 070-33 38 399

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Lijst van afkortingen	5
DEEL 1	7
1. Introductie	9
<i>1.1 Waarom kwaliteit van oordeelsvorming een belangrijk thema is</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Doel en inhoud rapport</i>	<i>10</i>
<i>1.3 Vraagstelling, definities en methodiek</i>	<i>11</i>
<i>1.4 Leeswijzer</i>	<i>12</i>
2. Overzicht van kwaliteitsstrategieën	15
2.1 Begrippen	15
2.1.1 Outputkwaliteit	16
2.1.2 Proceskwaliteit	19
2.1.3 Systeemkwaliteit	20
2.1.4 Professionalkwaliteit	20
2.1.5 Kwaliteitszorg en -borging	21
2.2 Vaststelling criteria en normen	22
2.3 Beoordeling van kwaliteit	23
2.3.1 Visitatie	23
2.3.2 Certificatie	24
2.4 Infrastructuur	25
2.5 Kosten en baten	27
2.5.1 Baten/voordelen van kwaliteitszorg	27
2.5.2 Kosten/nadelen van kwaliteitszorg	28
2.5.3 Voor- en nadelen van certificatie	29
2.5.4 Per saldo	30
2.6 Visies op kwaliteit	30

3. Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid	33
3.1 <i>Algemene voorwaarden</i>	33
3.2 <i>Voorwaarden in de kennisintensieve dienstverlening</i>	34
3.2.1 Professionele eisen aan oordeelsvorming	35
3.2.2 Brede basis voor kwaliteitsbeleid	36
3.2.3 Commitment van de professional	36
4. Keuzemogelijkheden bij oordeelsvorming	39
4.1 <i>Klanten en eisen</i>	39
4.2 <i>Rol wetgever/overheid als klant oordeelsvormingsprocessen</i>	40
4.3 <i>Rol professionals</i>	40
4.4 <i>Richten op output, proces of professional?</i>	40
4.5 <i>Borgen en/of verbeteren?</i>	42
4.6 <i>Beoordeling en infrastructuur</i>	42
4.7 <i>Kosten/baten</i>	42
5. Conclusies deel 1	45
5.1 <i>Samenhang in kwaliteitstrategieën</i>	45
5.2 <i>Randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming</i>	46
DEEL 2	49
Inleiding	51
6. Het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek	53
6.1 <i>Introductie</i>	53
6.1.1 Oorsprong en doel van het PAGO	53
6.1.2 Relevante actoren vormgeving en uitvoering van het PAGO	54
6.1.3 Duur, kosten en frequentie van het PAGO	62
6.2 <i>Kwaliteit van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek</i>	63
6.2.1 Eisen aan PAGO	63
6.2.2 Gehanteerde kwaliteitsborgings- en kwaliteitsverbeteringsstrategieën	66
6.2.3 Kwaliteit van het PAGO: de huidige stand van zaken	69
6.2.4 Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsborging en -verbetering	72

6.3 Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij PAGO; conclusies en aanbevelingen	73
6.3.1 Ontwikkelingsstadium	73
6.3.2 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij de arbodiensten	74
6.3.3 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij professionals	74
6.3.4 Bereidheid tot gezamenlijk ontwikkelen van criteria	75
6.3.5 Aanbevelingen	76
7. De medische aanstellingskeuring	77
7.1 <i>Introductie</i>	77
7.1.1 Doel van de medische aanstellingskeuring	77
7.1.2 Actoren en aard van het keuringsproces	78
7.1.3 De toepassing van aanstellingskeuringen	79
7.1.4 Afkeuringen	82
7.1.5 Trends in aanstellingskeuringen	83
7.2 <i>Kwaliteit van medische aanstellingskeuringen</i>	84
7.2.1 Eisen aan medische aanstellingskeuringen	84
7.2.2 Kwaliteit van medische aanstellingskeuringen: de huidige stand van zaken	88
7.2.3 Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsverbeterings- en/of borgingsstrategieën bij aanstellingskeuringen	90
7.2.4 Conclusie	94
7.3 <i>Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij medische aanstellings-keuringen; conclusies en aanbevelingen</i>	95
7.3.1 Voorwaarden	95
7.3.2 Aanbevelingen	96
8. De WAO-claimbeoordeling	97
8.1 <i>Introductie</i>	97
8.1.1 Inleiding	97
8.1.2 Oorsprong en doel van de WAO-claimbeoordeling	98
8.1.3 Wettelijk kader en ontwikkelingen	100
8.1.4 Aard van het claimbeoordelingsproces en actoren	103
8.2 <i>Kwaliteit van de WAO-claimbeoordeling</i>	109
8.2.1 Benodigde elementen kwaliteitsborgingssysteem	110
8.2.2 Overzicht van kwaliteitsmaatregelen voor de WAO-claimbeoordeling	113
8.2.3 Effecten kwaliteitsmaatregelen: een verkenning van de huidige stand van zaken bij de WAO-claimbeoordeling	137
8.2.4 Eindoordeel huidige kwaliteit	149
8.3 <i>Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij de WAO-claimbeoordeling: conclusies en aanbevelingen</i>	151
8.3.1 Ontwikkelstadium	151
8.3.2 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij Uvi's	152
8.3.3 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij professionals	153
8.3.4 Bereidheid tot gezamenlijk ontwikkelen van criteria	153
8.3.5 Aanbevelingen	153

DEEL 3	157
9. Conclusies en aanbevelingen	159
<i>9.1 Kwaliteitsbeleid</i>	<i>159</i>
<i>9.2 Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek</i>	<i>160</i>
<i>9.3 Medische aanstellingskeuring</i>	<i>161</i>
<i>9.4 WAO-claimbeoordeling</i>	<i>162</i>
Nawoord	165
Verantwoording	169
Literatuur	173

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van het project 'Kwaliteit van oordeelsvorming'. Doel van het project was de overheid en andere betrokkenen te informeren over de totstandkoming van kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming over individuele arbeidsmogelijkheden. Het project is gestart in 1997, had een looptijd van twee jaar en is uitgevoerd in het kader van het TNO Doelfinancieringsprogramma Arbeid en Handicap, thema 5b Assessment.

Oordeelsvorming is gedefinieerd als het verzamelen en interpreteren van informatie teneinde uitspraken te doen over de arbeidsmogelijkheden van individuen.

Voor de overheid ligt het belang van het thema kwaliteit van oordeelsvorming hierin, dat een wetsconforme en efficiënte uitvoering van wet- en regelgeving over sociale zekerheid, arbozorg en arbeidsbemiddeling onmogelijk is zonder kwalitatief goede oordeelsvorming over individuele arbeidsmogelijkheden. Een goed functionerend systeem van kwaliteitsborging zou de overheid - en anderen - een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van deze diensten kunnen bieden. In het project 'Kwaliteit van oordeelsvorming' wordt deze problematiek op innovatieve wijze behandeld. Getracht is kennis te integreren uit twee verschillende domeinen: de kwaliteitszorg en de oordeelsvorming. Allereerst is een overzicht gemaakt van basisprincipes uit de kwaliteitszorg die vervolgens zijn beoordeeld op hun merites voor oordeelsvorming. Daarna zijn drie specifieke beoordelingsprocessen, te weten periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en medische aanstellingskeuring (in 1997) en de WAO-claimbeoordeling (in 1998) geanalyseerd. Laatste stap is het formuleren van aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitsbeleid bij deze drie processen. Deze aanpak wordt weerspiegeld in de driedeling van dit rapport.

Deel 1 is een introductie in de kwaliteitszorg. Het blijkt dat twee elementen uit de kwaliteitszorg bij uitstek geschikt zijn voor het domein van de oordeelsvorming, namelijk de kwaliteitsstrategieën die zich richten op het voortbrengingsproces (proceskwaliteit), maar vooral de strategieën gericht op de deskundige die de oordeelsvorming doet (professionalkwaliteit). De reden hiervoor is dat oordeelsvorming een kennisintensieve dienst is die niet verleend kan worden zonder de actieve inbreng van de deskundige. Hieruit volgt dat commitment van de professional uiterst belangrijk is voor een effectief kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming. Naast de betrokkenheid van de professionals blijken nog enkele andere voorwaarden van belang voor een succesvolle ontwikkeling en invoering van kwaliteitsbeleid.

Deze zijn:

- Een heldere productomschrijving: het specifieke beoordelingsproces is voldoende uitontwikkeld.
- De uitvoerende organisaties en de professionals zijn bereid kwaliteitsbeleid in te voeren.
- Alle betrokken klantgroepen zijn bereid gezamenlijk met de uitvoerende organisaties kwaliteitseisen te ontwikkelen.

Deel 2 van het rapport schetst een actueel beeld van aard, toepassing en kwaliteit van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), medische aanstellingskeuringen (beide situatie eind 1997) en de WAO-claimbeoordeling (situatie eind 1998). Ook komt aan de orde in hoeverre bij deze processen voldaan wordt aan de drie randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid. Het blijkt dat niet voldoende duidelijk is welke eisen gelden voor het per 1 januari 1994 in wetgeving opgenomen PAGO instrument; dit geldt ook voor de eisen die het Projectbureau Certificering Arbodiensten hanteerde in het kader van de certificatie van arbodiensten. Tot op heden is zeer weinig onderzoek gepubliceerd naar de toepassing van PAGO en de kwaliteit die daarbij geleverd wordt: er zijn slechts enkele fragmentarische gegevens beschikbaar.

Over medische aanstellingskeuringen is veel meer bekend. Zo is duidelijk dat het gebruik van medische keuringen bij vacaturevervulling in de jaren negentig flink is toegenomen. Voorts bestaat algemene consensus over het feit dat een medische keuring geen betrouwbare, noch valide voorspelling kan doen van toekomstig (verzuim)gedrag: gebruik van de keuring als instrument voor risico-selectie is daarom niet zinvol. Sinds de inwerkingtreding van de Wet op de medische keuringen, 1 januari 1998, is deze toepassing van keuringen verboden: aanstellingskeuringen zijn nog slechts toegestaan voor die functies die specifieke eisen stellen aan de medische geschiktheid. De keuringen dienen bovendien beperkt te blijven tot het doel waarvoor ze worden verricht (het zogenaamde functie-gericht keuren). Het is aan het veld om nadere invulling te geven aan de kaders die de Wet op de medische keuringen stelt. Inhoudelijk probleem hierbij is dat er nog geen methodiek voorhanden is voor invulling van het concept functie-gericht keuren. Procesmatig zijn de verschillen tussen betrokken actoren in waardering van de nieuwe Wet een belangrijk aandachtspunt: dit zal zich eerst moeten uitkristalliseren. Een branchebreed overleg over een gezamenlijk kwaliteitsbeleid voor medische aanstellingskeuringen lijkt op dit moment nog niet haalbaar.

Bij de WAO-claimbeoordeling zijn de vier hoofd-criteria bekend: tijdigheid, juridische rechtmatigheid, vakinhoudelijke rechtmatigheid en cliëntgerichtheid. Op tijdigheid en juridische rechtmatigheid wordt sterk gestuurd; de gestelde normen worden echter nog niet gehaald. De vakinhoudelijke rechtmatigheid is een complex criterium, waar op diverse fronten aan wordt gewerkt, zoals door

conceptontwikkeling van centrale begrippen, standaardisatie van werkprocessen en bevordering van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van professionals. Er dienen echter nog diverse inhoudelijke, organisationele en procesmatige belemmeringen te worden weggenomen voordat hier van daadwerkelijke kwaliteitsborging sprake zal zijn. De cliëntgerichtheid tenslotte lijkt nog wat onderbelicht. Met name rond deze twee laatste criteria, vakinhoudelijke rechtmatigheid en cliëntgerichtheid, lijken de criteria voor de uitvoeringspraktijk niet voldoende helder en men wordt ook niet systematisch aangeproken op prestaties op deze aspecten. Er zijn dan ook nog volop kansen tot verbetering.

Deel 3 van het rapport formuleert op basis van een overzicht van de mate waarin bij PAGO, medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling voldaan is aan de gestelde randvoorwaarden voor kwaliteit, een aantal aanbevelingen. Vastgesteld is dat vooral bij de eerste twee processen de randvoorwaarden maar zeer ten dele vervuld zijn. De belangrijkste belemmeringen liggen daar op het vlak van de productomschrijving en bij het door alle betrokken partijen gezamenlijk (willen) ontwikkelen en vaststellen van kwaliteitseisen. Bij de WAO-claimbeoordeling lijkt er wel bereidheid te zijn om aan kwaliteitsverbetering te werken en dienen de diverse initiatieven en het kwaliteitsbeleid verder ontwikkeld te worden. Omdat tevens duidelijk is dat de besproken oordeelsvormingsprocessen gebaat zouden zijn bij een krachtige kwaliteitsimpuls wordt de overheid geadviseerd een stimuleringsbeleid te voeren dat uit de volgende elementen zou kunnen bestaan:

- Het stimuleren van de totstandkoming van overleg tussen alle betrokken actoren.
- Het initiëren van onderzoek gericht op instrumentontwikkeling.
- Het inventariseren en stimuleren van initiatieven tot kwaliteitsverbetering vanuit het veld.

Leidraad bij alle te overwegen initiatieven zou moeten zijn dat een succesvol en effectief kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming alleen tot stand kan komen indien dit ontwikkeld en uitgevoerd wordt in gezamenlijk overleg tussen alle betrokken actoren, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de uitvoerende professionals.

NIA TNO BV is per 1 januari 1999 voortgezet als TNO Arbeid. Omdat het onderzoek in 1998 is afgerond wordt in het rapport de naam NIA TNO gebruikt.

Lijst van afkortingen

ABV	Algemene Bedrijfsverkenning
ABW	Algemene Wet Bestuursrecht
AI	Arbeidsinspectie
BOA	Branche Organisatie Arbodiensten
BGD	Bedrijfs Gezondheids Dienst
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
COTAN	Commissie voor testaangelegenheden Nederland
Ctsv	College van toezicht sociale verzekeringen
ECG	electrocardiogram
FIS	Functie Informatie Systeem
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GBW	Gezondheidsbevordering op de werkplek
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
ICD	International Classification of Diseases
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
LRF	Landelijk Referentiebestand
KID	kennisintensieve dienstverlening
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
MAOC	Medisch Arbeidsongeschiktheids Criterium
MvT	Memorie van Toelichting
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NVP	Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid
NVSE	Nederlandse vereniging voor supported employment
NVvA	Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
OR	ondernemingsraad
PAGO	periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek
PBGO	periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek
PCA	Projectbureau Certificering Arbodiensten
Pemba	Premiëdifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheids-verzekeringen
REA	Reïntegratie Arbeidsgehandicapten
RI&E	risicoinventarisatie en -evaluatie

SGRC	Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie, gelieerd aan de KNMG
SKB	Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg
SRA	Stichting Registratie Arbeidsdeskundigen, gelieerd aan de NVvA
SV	Sociale Verzekeringen
SWI	Samenwerking Werk en Inkomen
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBA	Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen
Tica	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming
TZ/Arbo	(wet) Terugdringing Ziekteverzuim en de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet
Uvi	Uitvoeringsinstelling
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WHO	World Health Organization
WMK	Wet op de medische keuringen
Wulbz	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
ZARA-werkgeverspanel	Een werkgeverspanel over de onderwerpen ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie en arbeidsongeschiktheid
ZBO	zelfstandig bestuursorgaan

DEEL 1

KWALITEIT, BORGING, VERBETERING

1. *Introductie*

1.1 *Waarom kwaliteit van oordeelsvorming een belangrijk thema is*

Dit rapport beschrijft de resultaten van het project 'Kwaliteit van oordeelsvorming'. Het project is gestart in 1997, had een looptijd van twee jaar en is uitgevoerd in het kader van de onderzoekslijn 'Assessment', onderdeel van het TNO Doelfinancierings-programma Arbeid en Handicap 1996-1999. Doel van het project is de overheid en anderen betrokkenen te adviseren over de totstandkoming van kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming bij de uitvoerende organisaties. 'Kwaliteit van oordeelsvorming' beschrijft de resultaten van de in 1997 en 1998 verrichte werkzaamheden.

Assessment, of oordeelsvorming over individuele arbeidsmogelijkheden (kortweg oordeelsvorming, zie verder), vindt in toenemende mate plaats. De uitkomsten ervan hebben meer dan voorheen financiële gevolgen voor de direct betrokkenen. Bij oordeelsvorming over arbeid en gezondheid van individuen is een groeiend aantal instanties betrokken waardoor diversificatie in de uitvoering toeneemt terwijl coördinatie en centrale sturing van deze activiteiten over het algemeen afnemen. Ook het zicht op de kwaliteit van de oordeelsvorming ontbreekt.

Verschillende actoren stellen, ieder vanuit de eigen invalshoek, een groeiend belang in het thema kwaliteit van oordeelsvorming. Zo buigt het Lisv zich thans over de vraag welke kwaliteitseisen zij als opdrachtgever dient te stellen aan de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten. Tevens bestudeert zij de mogelijkheden voor kwaliteitsborging: onder welke condities is het vertrouwen gerechtvaardigd dat de uitvoering voldoet aan de gestelde criteria?

Marktwerving in de sociale zekerheid gaat gepaard met grotere concurrentie onder organisaties die assessments uitvoeren. Duidelijkheid en enige mate van zekerheid over de aard en de kwaliteit van de dienstverlening van deze organisaties wordt in deze situatie steeds belangrijker. Daarnaast anticiperen Uvi's en andere organisaties die hun diensten in deze 'markt' aanbieden op de ontwikkelingen bij het Lisv: veel (potentiële) leveranciers houden zich nu bezig met het maken en implementeren van een kwaliteitsbeleid voor hun eigen organisatie. In sommige gevallen richt men zich op het behalen van een algemeen erkend kwaliteitsbewijs (certificaat, bijvoorbeeld ISO - certificering). Andere richten vooralsnog hun energie op verbetering en onderlinge afstemming van de

eigen dienstverlening, eventueel gebaseerd op een (deels) zelf ontwikkeld stelsel van eisen.

Het specifieke belang van de overheid bij kwaliteit van oordeelsvorming betreft zeker twee zaken. Ten eerste staat of valt een wetsconforme en doelmatige uitvoering van de wet- en regelgeving omtrent sociale zekerheid, arbozorg en arbeids-bemiddeling bij een kwalitatief goede oordeelsvorming. Toepassing van deze regels vergt namelijk vaak een inhoudelijke beoordeling van arbeids-mogelijkheden van individuen. Dit is bijna altijd een complex, niet (volledig) te standaardiseren proces van besluitvorming dat alleen door goed opgeleide professionals en meestal niet alleen op basis van geautomatiseerde administratieve procedures kan worden uitgevoerd. Kwalitatief goede oordeelsvorming is dus cruciaal voor een goede toepassing van wet- en regelgeving. Het onterecht afwijzen of toekennen van een WAO-claim, het verkeerd inschatten van de afstand tot de arbeidsmarkt, scholingsadviezen die te hoog gegrepen zijn, grote verschillen tussen gemeenten in de instroomkans voor de Wsw, het zijn voorbeelden van niet-bedoelde en ongewenste uitkomsten van wet- en regelgeving die verband houden met een oordeelsvorming waarvan de kwaliteit onduidelijk is.

De tweede reden waarom kwaliteit van oordeelsvorming voor de overheid een belangrijk thema is, heeft te maken met het principe van scheiding tussen beleid en uitvoering. De overheid bepaalt het beleid, verantwoordelijkheid voor de uitvoering ervan ligt bij de betrokken actoren. Anderzijds kan de wetgever zich niet volkomen los zien van die praktijk: als eindverantwoordelijke moet men immers op een of andere manier kennis hebben van die uitvoeringspraktijk opdat vastgesteld kan worden of die praktijk conform haar doelstellingen functioneert. Meer nog dan informatieverzameling zou de overheid gebaat zijn met instrumentarium dat daarnaast vooral een zekere garantie biedt omtrent de kwaliteit van de geleverde diensten. Een goed functionerend systeem van kwaliteitsborging zou de overheid - en anderen - inzicht bieden in aard en kwaliteit van de dienstverlening en maakt dat men een gerechtvaardigd vertrouwen kan hebben in de kwaliteit van de geborgde diensten.

Het stimuleren van kwalitatief goede oordeelsvorming en van adequate kwaliteitszorg vormen voor de overheid dus interessante opties om de werking van wet- en regelgeving te doen verbeteren.

1.2 *Doel en inhoud rapport*

Doel van de activiteiten van het project 'Kwaliteit van oordeelsvorming' is de overheid en anderen betrokkenen te adviseren over de totstandkoming van kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming bij de uitvoerende organisaties.

Voor de onderbouwing van deze adviezen dienen de volgende stappen te worden gezet (herzien werkplan project Assessment, 2 april 1997):

- het maken van een samenhangend overzicht van kwaliteitsstrategieën, inclusief randvoorwaarden, slaag- en faalfactoren en kosten en baten van deze strategieën
- het verkrijgen van inzicht in aard en kwaliteit van een aantal specifieke oordeelsvormingsprocessen en hoe de verantwoordelijke actoren in het veld omgaan met kwaliteits-issues
- verkrijgen van helderheid omtrent de mogelijke rol van de rijksoverheid in haar streven actoren te stimuleren tot zelfwerkzaamheid bij formulering, ontwikkeling, uitvoering en monitoring van kwaliteitsbeleid inzake diverse processen van oordeelsvorming.

Dit rapport bevat de resultaten van werkzaamheden die in het kader van dit project verricht zijn: het vervaardigen van een overzicht van kwaliteitsstrategieën en de bestudering van drie processen van oordeelsvorming, te weten periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling.

Het doel van onderhavig rapport is drieledig:

1. de wetgever informeren over aard, doel, inhoud en condities van kwaliteitsstrategieën alsmede over de geschiktheid van deze strategieën voor het domein van de oordeelsvorming;
2. het verschaffen van een globaal overzicht in aard, kwaliteit en kwaliteitsbeleid van de oordeelsvormingsprocessen periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling;
3. het formuleren van aanbevelingen voor de overheid over de manier waarop zij kwaliteitsbeleid bij PAGO, medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling kan stimuleren.

1.3 *Vraagstelling, definities en methodiek*

Leidende vraagstelling voor het samenstellen van het overzicht van kwaliteitsstrategieën is geweest: welke alternatieven zijn er voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming. Subvragen hadden betrekking op de consequenties, voor- en nadelen en randvoorwaarden van deze kwaliteitsstrategieën.

De bestudering van medische aanstellingskeuringen en periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek is gericht op de beantwoording van de volgende vragen:

- met welk doel vindt deze vorm van oordeelsvorming plaats?

- wie zijn de betrokken actoren?
- wat zijn kosten, frequentie en resultaten?
- welke voorschriften gelden?
- welke kwaliteitsstrategieën worden (reeds) gehanteerd?
- wat is bekend over de huidige kwaliteit?
- hoe staat het bij deze processen met de in deel 1 geformuleerde randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid?

Een veel gehanteerde *definitie* van *kwaliteit* is: het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften. Hoofdstuk 2 begint met een bespreking van deze en andere gangbare definities.

Assessment, hier verder *oordeelsvorming* genoemd, wordt gedefinieerd als het volgens methodisch onderbouwde richtlijnen verzamelen en interpreteren van informatie teneinde uitspraken te kunnen doen over huidige en toekomstige arbeidsmogelijkheden van individuen.

De *maatschappelijke context* van dit rapport over oordeelsvorming over arbeid en gezondheid betreft de sociale zekerheid, de arbozorg en de praktijk rond arbeidsbemiddeling- en arbeidstoeleiding, in dit rapport meestal aangeduid als sociale zekerheid, arbozorg en arbeidstoeleiding.

Literatuurstudie en gesprekken met sleutelinformanten zijn de belangrijkste *methoden van onderzoek* geweest.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit drie delen, voor elk van de in paragraaf 1.3 genoemde doelstellingen één. Deel 1 bevat een inleiding in de kwaliteitszorg met een overzicht van kwaliteitsstrategieën (hoofdstuk 2), voorwaarden en slaag- en faalfactoren (hoofdstuk 3). Het volgende hoofdstuk legt de relatie tussen kwaliteitsstrategieën en processen van oordeelsvorming (hoofdstuk 4). Een grafische weergave van deze relaties is opgenomen in hoofdstuk 5 dat afrondt met de formulering van randvoorwaarden voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid bij processen van oordeelsvorming. Dit hoofdstuk slaat de brug tussen deel 1 en deel 2 van het rapport: het is een zeer beknopte samenvatting van de voorgaande hoofdstukken en geeft een interpretatiekader voor de resultaten van de verkenning van drie specifieke processen van oordeelsvorming. Deel 2 bevat uitgebreide beschrijvingen van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) (hoofdstuk 6), van medische aanstellingskeuringen (hoofdstuk 7) en de WAO-claimbeoordeling (hoofdstuk 8). Na een beschrijving van aard en

kwaliteit wordt voor deze drie processen de vraag behandeld in welke mate voldaan wordt aan de voorwaarden voor kwaliteitsbeleid zoals die in hoofdstuk 5 zijn geformuleerd. De indeling van deze drie delen is grotendeels gelijk. Het WAO-onderzoek is echter uitgevoerd na afronding van het deel over PAGO en de medische aanstellingskeuring. Dit had tot gevolg dat de onderzoekers bij dit onderzoek inmiddels meer inzicht hadden opgebouwd in de materie. Bovendien was de problematiek bij de WAO-claimbeoordeling complexer dan bij de andere twee processen en was er meer materiaal beschikbaar. Dit heeft geresulteerd in een iets andere opbouw van dit deel van de rapportage.

Deel 3 van het rapport presenteert tenslotte conclusies en aanbevelingen hoe de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid bij de beschreven processen verder gestalte kan krijgen.

2. *Overzicht van kwaliteitsstrategieën*

2.1 *Begrippen*

In dit hoofdstuk worden eerst enkele centrale begrippen geïntroduceerd. In de daarop volgende paragrafen worden diverse onderdelen van kwaliteitsstrategieën beschreven: het vaststellen van criteria en normen, het beoordelen van die normen en tenslotte de afspraken en procedures voor uitvoering van die beoordeling. Vervolgens worden de kosten en baten van kwaliteitsbeleid geïnventariseerd, met bijzondere aandacht voor de financiële implicaties van certificatie. Het hoofdstuk sluit af met een korte weergave van actuele ontwikkelingen binnen de kwaliteitszorg.

Van kwaliteit zijn diverse definities in omloop. De officiële definitie volgens NEN-ISO 8402 is:

Kwaliteit is het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften.

NEN ISO 8402 is een serie termen en definities over kwaliteit van het Nederlands Normalisatie Instituut, die daarbij aansluit op de internationale ISO-definities.

Een andere omschrijving, die ook veel gehanteerd wordt, is:

De kwaliteit van een product of dienst, intern of extern geleverd, is de mate waarin het geheel van eigenschappen voldoet aan de gebruikersverwachting van de klant, begrensd door de prijs die hij wil betalen en de levertijd die hij wil accepteren. (Maas, 1995)

Uit beide definities blijkt dat kwaliteit niet gaat over een absolute vorm van uitmuntendheid, 'het beste'. Het voldoen aan bepaalde behoeften staat centraal. Daarbij wordt wel het optimale nagestreefd binnen de randvoorwaarden van de klant.

Overigens gaat het niet alleen om de eisen die de klant zelf kan formuleren. In veel gevallen is de klant immers niet goed in staat, niet deskundig genoeg, om alle relevante eisen zelf te benoemen. Een voorbeeld: een patiënt wil van zijn tandarts (doorgaans) een behandeling die zijn gebit zo lang mogelijk in stand houdt, tegen zo laag mogelijke kosten en met zo min mogelijk pijn. Welke behandelingsmethode daarvoor de meest geschikte is, kan de patiënt/klant vaak niet zelf beoordelen. Het is de taak van de tandarts, die immers vanwege diens

deskundigheid wordt ingeschakeld, om de algemene eisen van de klant te vertalen in specifieke behandelingseisen, de mogelijkheden hiervoor aan de klant voor te leggen en zo, binnen de financiële randvoorwaarden, samen tot afspraken te komen. Algemene klant-eisen worden dus naar detailniveau vertaald met inbreng van de deskundigheid van de leverancier.

Bij kwaliteit staat dus het voldoen aan behoeften, aan verwachtingen centraal. Het gaat om het stellen van normen en het vergelijken van prestaties met die normen. Meetbaarheid is daarbij een vereiste. Hierbij wordt wel onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde 'harde' en 'zachte' criteria. Harde criteria zijn aspecten die zonder meer kunnen worden gemeten, zoals een gewicht, de levertijd, het aantal keren dat de telefoon overgaat voordat deze wordt opgenomen etc. Zachte factoren zoals bijvoorbeeld tevredenheid of motivatie zijn niet direct waarneembaar en niet goed meetbaar als absolute grootheden. Een veel toegepaste strategie bij deze factoren is het vergelijken van scores. Door bijvoorbeeld op gezette tijden dezelfde vragenlijsten aan klanten voor te leggen kan men trends in de ontwikkeling in tevredenheid min of meer vaststellen.

Kwaliteitscriteria en gestelde normen kunnen betrekking hebben op diverse niveaus. Achtereenvolgens komen aan de orde: outputkwaliteit, proces- en systeemkwaliteit en professionalkwaliteit. De invulling hiervan verschilt voor producten/productie of dienstverlenende processen. We gaan in het navolgende vooral in op elementen die van belang zijn voor dienstverlenende processen, omdat het daar bij oordeelsvorming om gaat. Daarna gaan we in op wie deze eisen vaststelt.

Bij kwaliteit en de zorg voor kwaliteit gaat het steeds over de organisatie die bepaalde producten of diensten levert, en diens klanten. In ons betoog gebruiken we voor de leverende, producerende of dienstverlenende organisatie de benaming '*leverancier*' en de opdrachtgevers, cliënten, klanten en eindgebruikers zullen we als '*klant*' aanduiden.

2.1.1 *Outputkwaliteit*

Hierbij gaat het om de kwaliteit van het eindproduct of de geleverde dienst, die met eindkeuring (voor alle output of steekproefsgewijs) wordt vastgesteld. Dit is vooral toepasbaar bij tastbare, materiële producten, waarbij alle klant-normen, alle belangrijke aspecten die de kwaliteit bepalen, ook daadwerkelijk meetbaar zijn en dus gekeurd kunnen worden.

Output-keuring is relatief simpel en kan geschieden zonder bemoeienis met het bedrijfsproces en de rest van het bedrijf. Er zijn echter nadelen. Keuring van de gehele output is meestal te kostbaar, en steekproefkeuring houdt het risico in dat

er ondeugdelijke eenheden tussendoor glippen; goedkeuring van de ene output-eenheid heeft geen voorspellende waarde voor de kwaliteit van de volgende eenheid. Bovendien betekent output-keuring, dus keuring aan het einde van het voortbrengingsproces, dat fouten pas heel laat opgemerkt worden en dat er dus veel verspilling plaats vindt; elke afgekeurde eenheid output betekent verlies (faalkosten).

Oordeelsvorming is een vorm van dienstverlening. De output bij dienstverlening wordt ook wel prestatie genoemd. In de dienstverlening is outputbeoordeling minder geschikt (en soms zelfs ongeschikt). De redenen waarom de prestatie/output moeilijk te beoordelen is, zijn dat:

- de output 'dienst' niet direct waarneembaar is, hetgeen meten en keuren erg lastig maakt
- het proces van totstandkoming van de dienst een belangrijk deel van de kwaliteitsbeoordeling door de klant bepaalt en outputkeuring dus te beperkt is
- productie en consumptie van diensten gelijktijdig plaatsvinden, zodat niet gekeurd kan worden (en ondeugdelijke exemplaren verwijderd) vòòrdat de klant de dienst krijgt
- diensten heterogeen zijn: elke dienst is klantspecifiek en bij veel diensten is de klant zelf van invloed op het eindresultaat omdat de dienst in interactie van dienstverlener en klant tot stand komt; hierdoor is het niet zinvol om standaard-output-eisen te formuleren.

Het stellen van outputnormen bij dienstverlening is daarom vaak zeer complex.

Als voorbeeld nemen we de adviessector. Hoe kan men de kwaliteit van een advies toetsen?

Hiervoor zijn diverse mogelijkheden, elk met hun beperkingen:

- Men kan meten of de klant tevreden is. Daarbij speelt echter de eerder genoemde kwestie of de klant deskundig genoeg is voor een inhoudelijke beoordeling. Bovendien is uit onderzoek bekend dat klanten dienstverlening vaak beoordelen op aspecten die de inhoudelijk deskundigen van minder belang achten, zoals betrouwbaarheid, geloofwaardigheid, competentie en hulpvaardigheid, respect, tact, communicatievermogen etc. De menselijke input, het relationele aspect domineert de meeste vormen van dienstverlening en bepaalt bijvoorbeeld bij de tandarts grotendeels de ervaren kwaliteit. Tegelijkertijd zijn juist deze relationele dimensies van dienstverlenings-kwaliteit moeilijk te specificeren en normeren. Dit is eigenlijk alleen te meten door de klant direct naar diens oordeel te vragen.
- Daarnaast kan de zogenaamde 'outcome' van een advies beoordeeld worden. Het gaat daarbij niet om het advies zelf, maar om het effect ervan. Het effect van een advies is echter niet alleen afhankelijk van het advies zelf; er kunnen allerlei andere, onbeheersbare factoren van invloed zijn. Zo is het effect van

een advies aan een arbeidsgehandicapte om een bepaalde scholing te gaan volgen om daarmee zijn kansen op de arbeidsmarkt te vergroten, ook afhankelijk van de ontwikkelingen in de gezondheidssituatie van de klant/cliënt, veranderingen op de regionale arbeidsmarkt, de opstelling van individuele werkgevers etc. De outcome zegt dus slechts in beperkte mate iets over de kwaliteit van het advies.

- Ook kan het advies inhoudelijk beoordeeld worden, bijvoorbeeld door bestudering van een geschreven rapportage. In dit verband wordt wel gesproken van contra-expertise of second opinion. Op die manier kan in elk geval een deel van het advies beoordeeld worden, bijvoorbeeld: zijn alle factoren die van belang zijn meegewogen, is de adviseur zorgvuldig te werk gegaan en is het advies voldoende onderbouwd? Ook kan, aanvullend, de adviseur bevraagd worden over de gehanteerde methode, zijn overwegingen etc.

Overigens zijn ook voor dergelijke aspecten geen keiharde normen te stellen en is het voor een belangrijk deel een kwestie van individuele visie. De adviseur en diens beoordelaar kunnen van mening verschillen, en wie heeft dan 'gelijk'? Ander probleem van deze aanpak is dat er geen 1- op -1 relatie is tussen het advies en de rapportage erover. Meestal is niet bekend hoe een rapport zich verhoudt tot de werkelijkheid waarover het verslag uitbrengt.

- Een andere manier van contra-expertise of second opinion is om een adviesproces geheel door een andere adviseur over te laten doen en die ook een advies te laten uitbrengen. Vanuit een vergelijking van beide adviezen kan men tot een beoordeling van het eerste advies komen. Verschillen tussen beide adviezen kunnen echter een gevolg zijn van een andere opstelling van de betrokken klant of van een andere persoonlijke opvatting van de adviseur. Ook deze methode geeft dus geen absolute beoordelingsmogelijkheid.

Samengevat: klanttevredenheid heeft als outputnorm bij dienstverlening een grote relevantie.

Maar indien de klant niet voldoende inhoudelijk deskundig mag worden geacht, of bevooroordeeld, blijft daarnaast ook een inhoudelijke beoordeling van de output geboden. In het voorgaande is betoogd dat bij dienstverlening een dergelijke beoordeling diverse complicaties oplevert.

In geval outputkeuring onmogelijk is, onvoldoende informatie geeft of ongewenst is, en men toch inzicht wil hebben in de geleverde kwaliteit, is beheersing/borging van het voortbrengings- of dienstverleningsproces een alternatieve mogelijkheid.

2.1.2 *Proceskwaliteit*

Hierbij gaat het om het voortbrengingsproces dat tot producten of diensten leidt. Door daar normen voor te stellen, bijvoorbeeld wat de afspraken per schakel in het proces dienen te zijn (procedures, werkmethoden, instructies aan medewerkers etc.) én te controleren in welke mate ieder zich aan deze normen/afspraken houdt, kan men in voorspellende zin iets zeggen over de uiteindelijke output van het proces. Anders geformuleerd: als vastligt wat in het proces gebeurt, sluit men daarmee allerlei toevallige invloeden uit en ligt de output vast. Hierbij dient de aandacht vooral uit te gaan naar de kritische punten in het proces, dus die aspecten die van uitstekend belang zijn voor de kwaliteit van de output.

Aandacht voor proceskwaliteit heeft twee aspecten:

- voldoen de vastgelegde procedurebeschrijvingen (de manier waarop men zegt dat men werkt) aan de gestelde normen?
én
- werkt men ook daadwerkelijk volgens deze procedurebeschrijvingen?

In dit kader zijn de procesbeschrijvingen derhalve niet alleen descriptief, maar ook prescriptief: beschrijvend en voorschrijvend. Bovendien gaat het proces van beschrijving van werkprocessen vaak (en wenselijk) gepaard met verbetering van die processen: tijdens het beschrijven van werkprocessen worden deze geëvalueerd, verbeteringen worden aangebracht en uiteindelijk noteert men de nieuwe, verbeterde werkmethode om daar vervolgens naar te handelen.

Onder procedurebeschrijvingen vallen ook werkstandaarden, methodieken, protocollen, instructies en dergelijke. Al deze vormen van vastlegging van de methode van werken zijn gericht op een zo goed mogelijk resultaat en daartoe op beheersing van het proces. Door het zoveel mogelijk uitsluiten van toeval en willekeur wordt een zo goed mogelijk eindresultaat, van een constante kwaliteit, bereikt.

Borging van proceskwaliteit betekent dat er niet alleen af en toe gecontroleerd wordt of er volgens de normen wordt gewerkt, maar dat men te werk gaat volgens een vast protocol van regelmatige controles en doorlichtingen, ook wel audits genoemd, door eigen mensen en eventueel door externen (zie paragraaf 2.3). Tevens is onderdeel van een dergelijk borgingsprotocol een afspraak wat er wordt ondernomen als er tijdens audits afwijkingen van de normen wordt geconstateerd. Ook zogenaamde verbeteringsacties als gevolg van geconstateerde tekortkomingen worden op hun beurt gecontroleerd.

De voordelen van gerichte aandacht voor proceskwaliteit zijn:

- constante kwaliteit van de output (borging)

- minder storingen, betrouwbaarder bedrijfsproces
- vermindering faalkosten.

Nadelen zijn:

- het vergt veel investeringen in tijd en geld van de organisatie: opstellen procedure-handboeken, interne controles, bijstellingen
- als er geen consensus/motivatie is bij management en medewerkers is het een zeer moeizaam proces
- de organisatie dient openheid van zaken te geven over hoe men werkt en bij onenigheid daarover met de klant dient men bemoeienis met/verandering van de werkwijze te accepteren.

Overigens betekent beheersing van het proces niet dat er zekerheid gegeven kan worden over de kwaliteit van de output. Er kunnen ook andere, soms onbeheersbare factoren in het spel zijn.

Dit geldt vooral als een belangrijke factor in het proces wordt gevormd door een persoonlijke visie, inschatting van een medewerker, in dat geval vaak professional genoemd. Niet in alle dienstverleningsprocessen beschikt men over vaste methoden die alle vragen oplossen; vaak is de persoonlijke inschatting van een professional en vervolgens de inzet van diens persoonlijke kennis en vaardigheid van minstens zo'n groot belang dan de beschikbare methodiek. Dit is onder meer het geval bij processen van oordeelsvorming.

In dergelijke gevallen is procesbeheersing in de vorm van procedure-beschrijvingen geen garantie voor een bepaalde kwaliteit van de output en is de persoon van de professional eveneens, of zelfs meer, van belang. Hierover gaat paragraaf 2.1.4.

2.1.3 *Systeemkwaliteit*

Naast proces-kwaliteit spreekt men ook wel van systeemkwaliteit. Formeel is het verschil dat proceskwaliteit één specifiek proces kan betreffen, terwijl het bij systeemkwaliteit gaat om een samenhangende groep processen of zelfs de gehele organisatie. Ook wordt met systeemkwaliteit wel geduid op het systeem dat de beheersing van het proces borgt. In de praktijk worden deze termen vaak door elkaar gebruikt. In dit rapport maken we ook geen nader onderscheid.

2.1.4 *Professionaliteit*

Als het kritische punt in een proces het persoonlijk handelen van een medewerker is, kan men overwegen eisen te stellen aan die professional en deze eisen vervolgens borgen.

Als men de kwaliteit van de professional wil borgen, zijn er twee mogelijkheden: men kan kiezen voor een persoonsgerichte dan wel een procesgerichte vorm van borgen.

Persoonsgerichte borging heeft ook weer twee mogelijkheden. Dit kan met een vak/beroepsregister, veelal door de beroepsgroep zelf ingesteld. Voorbeeld hiervan is het register SGRC voor sociaal geneeskundigen. Ook kan men kiezen voor een certificaat (zie ook paragraaf 2.3.2.) waarbij volgens de EN 45013-normen wordt gewerkt zodat in een College van Deskundigen alle relevante partijen (dus ook bijvoorbeeld werkgevers en klanten) betrokken zijn bij het opstellen van eisen.

Om in aanmerking te komen voor opname in een register of voor een certificaat dient men meestal aan meer eisen te voldoen dan alleen het hebben van een relevant diploma. Andere eisen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op regelmatige bijscholing, recente relevante werkervaring en intervisie.

Als men kiest voor *procesgerichte borging* van professionaliteit, stelt men voorwaarden in het werkproces om deze kwaliteit te verkrijgen en op peil te houden. Het gaat dan om een apart aspect van procesbeheersing, met elementen als werving en selectie, functioneringsbegeleiding en -beoordeling, bijscholing, intercollegiale uitwisseling en toetsing.

Onderstaande tabel vat de verschillende typen kwaliteit samen.

Kwaliteit van:	betreft:
output	het product/de dienst als resultaat van een voortbrengings- of dienstverleningsproces
proces	het voortbrengings- of dienstverleningsproces zelf, met speciale aandacht voor kritische aspecten van dat proces
systeem	een samenhangende groep processen of een gehele organisatie
professional	de medewerker die van cruciaal belang is in het voortbrengings- of dienstverleningsproces

2.1.5 *Kwaliteitszorg en -borging*

Kwaliteitszorg is een begrip dat veel omschrijvingen kent. Soms wordt kwaliteitszorg gebruikt als aanduiding voor alle vormen van aandacht voor kwaliteit, zodat ook een systeem van alleen outputkeuring daaronder valt. In het spraakgebruik worden de termen kwaliteitszorg, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsborging nogal eens door elkaar gebruikt.

We geven hier eerst de officiële definities volgens NEN-ISO 8402:

Kwaliteitsbeleid:

De doelstellingen van een (bedrijfs)organisatie ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en de middelen daartoe, zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring van de directie.

Kwaliteitszorg:

Dat aspect van de totale management-functie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt.

Kwaliteitsborging:

Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

In het navolgende hanteren wij deze definities. Wij gebruiken kwaliteitszorg dus niet in de zeer brede betekenis van 'zorg voor kwaliteit', maar in iets beperktere zin, namelijk als een gestructureerde vorm van aandacht voor kwaliteit, waarvan beheersing van het werkproces steeds onderdeel uitmaakt. De term kwaliteitsstrategie verwijst naar maatregelen, instrumenten of processen gericht op verbetering en/of borging van kwaliteit.

2.2 *Vaststelling criteria en normen*

Indien men gericht wil werken aan de kwaliteit van een product of dienst zal eerst moeten worden bepaald welke eigenschappen relevant of kritisch zijn voor die kwaliteit. Deze kritische kwaliteitskenmerken zijn de *criteria*. Vervolgens wordt bepaald aan welk niveau deze criteria (minimaal) moeten voldoen: het vaststellen van *normen*.

Uitgangspunt van kwaliteit is dat criteria en normen in principe worden vastgesteld door de klanten in overleg met de leverancier. Uiteraard is het afhankelijk van de krachtsverhouding in een bepaalde branche/markt hoe dit proces er precies uitziet en wiens mening de doorslag geeft. Het vaststellen van criteria en daaraan gekoppelde normen kan op de volgende manieren tot stand komen:

- door individuele klanten, dus individuele eisen (bijvoorbeeld in de automobielenindustrie, waar de bedrijven zelf direct eisen opleggen aan de toeleveranciers)
- in overleg tussen een individuele klant en een individuele leverancier tezamen
- branchegewijs - door een groep klanten, bijvoorbeeld de petrochemie, die van alle toeleveranciers eist dat zij voldoen aan de normen van het veiligheids-certificaat VCA
- branchegewijs - door een groep leveranciers zelf, bijvoorbeeld de Erkende Verhuizers die zelf hun eigen erkenningsregeling hebben vastgesteld, of het visitatiesysteem in het Hoger Onderwijs

- branchegewijs - in overleg door klanten en leveranciers tezamen
- door geaccrediteerde certificerende instellingen, waar volgens internationaal vastgestelde richtlijnen alle betrokken partijen (zoals klanten, leveranciers, inhoudsdeskundigen) in een College van Deskundigen werken aan het vaststellen van eisen. Dergelijke normen kunnen voor een individuele branche worden vastgesteld, maar ook algemeen geldig zijn. Een belangrijk voorbeeld daarvan zijn de normen van de ISO 9000-serie voor systeemkwaliteit. Zie ook paragraaf 2.3.2.

2.3 *Beoordeling van kwaliteit*

Het beoordelen of inderdaad aan de normen wordt voldaan kan een organisatie zelf doen, door zelf-controle/interne audits door eigen mensen. Zelf-controle is uiteraard uitstekend, maar heeft weinig externe waarde. Als men vooral gericht is op verbetering, hoeft dit geen bezwaar te zijn.

Als de externe waarde wel van belang is, omdat klanten het belangrijk vinden of zelfs eisen dat aan bepaalde normen wordt voldaan, bestaan er drie vormen van externe controle:

- audit door klant, vanuit diens norm
- branche-visitatiecommissie
- externe onafhankelijke certificeerder.

Een audit door een klant heeft, behalve voor de leverancier zelf, alleen waarde voor die specifieke klant. Dit komt bijvoorbeeld voor in de auto-industrie, waar toeleveranciers van cruciale onderdelen worden gecontroleerd.

Beoordelingen die een bredere werking hebben zijn de visitatiecommissie en (branchegewijze of algemene) certificering.

Overigens hebben alle procesbeheerssystemen als verplicht onderdeel dat men ook regelmatig aan zelfcontrole doet en bij afwijkingen van de norm maatregelen neemt. Het is dus niet zo dat externe controle interne controle overbodig maakt!

2.3.1 *Visitatie*

Visitatie betreft vrijwel altijd een branchegewijze systematiek van keuring en/of borging. De gehanteerde criteria en normen zijn tevoren door de te visiteren organisaties zelf gezamenlijk vastgelegd, meestal in overleg met klanten. De doorlichtingen/audits worden uitgevoerd door een commissie van deskundigen, men wordt beoordeeld door 'collega's'.

Visitatie vindt in allerlei branches plaats waar de leveranciers gezamenlijk aan de kwaliteit van hun branche willen werken. Soms wordt daarbij gewerkt met harde normen en met een erkenningsregeling als men aan die normen voldoet (een vorm van certificatie, zie paragraaf 2.3.2).

Een bijzonder soort visitatie is die in branches waar men (nog) niet werkt met harde, eenduidige normen, omdat eenduidige normen niet (of niet over de hele linie) beschikbaar zijn (vergelijk de uiteenzetting over outputkwaliteit in de dienstverlening, paragraaf 2.1.1). Daar gaat het vooral om een deskundigenoordeel of er sprake is van goede of mindere kwaliteit. Als bekende voorbeelden gelden het hoger onderwijs en de gezondheidszorg. In deze gevallen behelst de visitatie-toetsing meestal een breed oordeel waarin goede en zwakkere punten worden benoemd, waarmee de gevisiteerde organisatie wordt aangespoord tot verbetering. Dit type visitatie zou men kunnen beschouwen als een organisatiebrede vorm van intercollegiale toetsing.

Visitatie is er veelal op gericht om de branche als geheel op een bepaald niveau te brengen, steeds te verbeteren en ook wel op het ontmaskeren van beunhazen.

2.3.2 *Certificatie*

Een certificaat is een verklaring door een bevoegd geachte instantie die aangeeft dat het onderwerp van certificatie voldoet aan bepaalde, vooraf vastgestelde eisen. Er wordt ook wel gesproken van keurmerk in plaats van certificaat, hoewel dit een wat minder formele betekenis heeft.

Een certificaat geeft dus een oordeel over te verwachten kwaliteit. Certificaten bestaan voor output-, proces- en professionalkwaliteit.

Voorbeelden van output-certificaten zijn de *product*certificaten KEMA-keur en de goedkeuring door de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen. Zoals reeds is gesteld, is een eenduidige beoordeling van de output van diensten niet mogelijk, zodat daar ook geen certificaten voor bestaan.

Indien men de kwaliteit van diensten wil borgen, bestaat de mogelijkheid van procesbeheersing en dus ook van procescertificatie.

Wat betreft proces-kwaliteit zijn er vele branche-erkenningsregelingen, die een enkel *proces* of enkele aspecten van de gehele organisatie/het *systeem* betreffen, zoals de auto-herstelbedrijven met een FOCWA-erkenning, de Keurslager en binnen het domein van dit onderzoek: de certificatieregeling voor de arbo-diensten.

De bekende certificaten van de ISO-9000-serie zijn vrijwel de enige algemeen geaccepteerde, dus niet branchegebonden *systeemcertificaten*, in twee varianten: 9001 voor bedrijven die zelf ontwerpen en ontwikkelen en produceren en 9002 voor alleen de productie. (NB: Overigens bestaat er ook een ISO-norm in de 9000-serie, 9003, voor productkeuring).

De ISO-9000-serie borgt kwaliteitssystemen: het betreft een bepaalde systematiek van vastlegging van processen, waarbij regelmatig wordt gecontroleerd of er inderdaad volgens de vastgelegde procedures wordt gewerkt, zowel door zelfcontrole als door externe controle. De output-eisen van ISO zijn algemeen

gesteld en gericht op het transparant maken en beheersen van het bedrijfsproces. Een ISO-certificaat staat dus niet garant voor het voldoen aan de specifieke eisen die een bepaalde klant stelt. Ook schenkt de ISO-systematiek geen aandacht aan zaken als interne efficiëntie. Uiteraard kan men naast de eis van een ISO-certificaat nog aanvullende eisen stellen. Zo zijn er op basis van ISO veel branchespecifieke beheerssystemen met bijbehorend certificaat gebouwd.

Een ander voorbeeld, dat niet echt geldt als een certificaat maar wel een grote waarde heeft, is de Nederlandse Kwaliteitsprijs, waar alle organisaties naar kunnen meedingen. Bij deze prijs wordt het gehele systeem, alle processen beoordeeld en daarbij wordt een zeer brede opvatting van kwaliteit gehanteerd: er dient zo goed mogelijk voldaan te worden aan normen van klanten, medewerkers, aandeelhouders en andere partijen in de samenleving (zie ook paragraaf 2.6).

Een ander object van certificatie betreft vakbekwaamheid, de kwalificaties van bepaalde functionarissen. De Hogere Veiligheidskunde is een voorbeeld van een professie waarvoor een dergelijk *professional- of vakbekwaamheidscertificaat* is ontwikkeld.

Zoals reeds in paragraaf 2.1.4 is aangegeven is een alternatief voor zo'n certificaat een beroeps- of vakregister. Alternatief voor dit certificaat vormt een *vakregister*, waarin professionals worden opgenomen indien zij voldoen aan gestelde eisen op het vlak van opleiding, ervaring, nascholing, intervisie etc. Voorbeeld van dit systeem is het register SGRC voor de arbodienstverleners.

Ook voor het certificeren zelf bestaan weer normen. Als overkoepelende instantie bestaat de Raad voor Accreditatie, die een certificerende instelling accrediteert als deze de eigen deskundigheid en onpartijdigheid bij certificeringsactiviteiten heeft aangetoond. Daarbij wordt gewerkt met de normen EN 45011, EN 45012 en EN 45013 voor certificering van respectievelijk kwaliteitssystemen, producten en vakbekwaamheid.

Bij deze accreditatie is onder andere van belang het certificatieschema: het eisenstellend document op grond waarvan een certificerende instelling een certificaat mag afgeven. Daarbij spelen diverse aspecten een rol, zoals een goede samenstelling van het College van Deskundigen, dat een correcte afspiegeling dient te zijn van het totale veld aan betrokkenen.

2.4 *Infrastructuur*

Met infrastructuur wordt hier het geheel van afspraken, procedures en instanties bedoeld waarmee de uitvoering van een bepaalde kwaliteitsstrategie wordt geregeld. Keuzes voor borging en/of verbetering op output, proces/systeem of

professional-niveau hebben alle hun consequenties voor de benodigde infrastructuur. Afhankelijk van te maken keuzes behelst de infrastructuur in grote lijnen, voor borging van output en/of proces/systeem:

- vastgestelde (certificatie)criteria
- vastgestelde normen
- afspraken over hoe vastgesteld kan worden of aan die normen wordt voldaan (zgn. verificatie-punten of prestatie-indicatoren)
- een controle/auditprotocol
- afspraken over wat te doen bij afwijking van de normen, herkansing en sancties, beroepsprocedures
- benoeming beoordelende/keurende instantie.

Indien men tevens aandacht wil schenken aan de professional:

- extra criteria en normen betreffende kwalificatie-eisen, kwalificatiestructuur met vastgestelde initiële eisen, selectie-profiel, bijscholingsstructuur, borgingssysteem opleiders en opleidingen.
- soms ook afspraken over intercollegiale toetsing professionals, systeem second opinion.

Ook dient een systeem ontwikkeld te worden om de normen en protocollen steeds te evalueren en zonodig bij te stellen.

Voor ISO-certificatie bestaat reeds een uitgebreide infrastructuur. Er zijn basishnormen en ervaren certificerende instellingen. Er worden eisen gesteld aan de manier van totstandkoming van een zogenaamd certificeringschema, zoals het instellen van een college van deskundigen of waarborgcommissie waarin vertegenwoordigers van alle betrokkenen zitting hebben, dus ook potentiële klanten.

Als men daarnaast ook heel gericht wil werken aan verbetering zijn er meer mogelijkheden. Dit is ook nodig: verbetering laat zich slechts ten dele afdwingen door normen, beoordelingen en sancties. Hier zullen waarschijnlijk tevens positieve stimulansen ingezet dienen te worden.

Het visitatiesysteem biedt hier goede kansen voor, aangezien dit gebaseerd is op intercollegiale toetsing, een oordeel door mede-deskundigen. Bij visitaties worden veel discussies gevoerd over mogelijke verbeterpunten waarbij men informatie en suggesties krijgt van deskundige collega's. Dit kan stimuleren tot verbetering.

Ook de jaarlijkse strijd om de Nederlandse Kwaliteitsprijs (zie par. 2.6) kan men in dit kader zien.

Andere vormen zijn bijvoorbeeld een jaarlijkse branchecompetitie om een 'verbeteringstrofee' of stimuleringsbudgetten.

2.5 *Kosten en baten*

Kwaliteitszorg heeft altijd financiële implicaties, zowel in positieve als in negatieve zin. De vraag of een organisatie financieel uiteindelijk beter of minder goed af is door de invoering van kwaliteitszorg, is echter lastig te beantwoorden. Dit geldt uiteraard niet als de klanten kwaliteitszorg of een certificaat eisen, of als dit wettelijk verplicht is - dan is de vraag naar kosten en baten minder relevant en is kwaliteitszorg gewoon een bestaansvoorwaarde.

Voor het overige hebben de diverse kwaliteitsstrategieën verschillende voor- en nadelen, kosten en baten. In het algemeen zijn hier slechts globale uitspraken over te doen.

Zo treedt er in bedrijven die aan kwaliteit gaan werken altijd een verschuiving op tussen typen kosten: preventie- en keuringskosten stijgen, faalkosten dalen. Of dit per saldo echter voor- of nadeel oplevert, is niet bij voorbaat duidelijk.

Er zijn, ondanks vele onderzoeken, geen absolute uitspraken te doen of kwaliteitszorg in het algemeen financieel positief uitwerkt of negatief. Dit is van vele factoren afhankelijk. Zo valt in een verouderde industrie veel efficiëntievoordeel te behalen door de productie te gaan stroomlijnen en beheersen (proceskwaliteit) waardoor minder uitval ontstaat. Bij een dienstverlenend bedrijf waar in het kader van kwaliteit meer aandacht aan service aan de klant wordt besteed, kan kwaliteitszorg echter een kostprijsverhogende factor betekenen. Anderzijds kan door die hogere service de klantenkring wellicht weer groeien.

Een centraal probleem is bovendien dat het vaak niet of nauwelijks mogelijk is om kosten en baten direct toe te rekenen aan een kwaliteitssysteem. Vele posten kunnen vanuit diverse variabelen verklaard worden. Ook zijn er meestal niet alleen financiële voor- en nadelen, maar ook immateriële of emotionele voor- en nadelen, zoals imago en motivatie.

In het navolgende noemen we enkele aspecten die een rol spelen. Tenslotte noemen we apart enkele voor- en nadelen van certificatie.

2.5.1 *Baten/voordelen van kwaliteitszorg*

Intern:

- Aandacht voor proces/systeemkwaliteit maakt het werkproces transparanter en beter beheersbaar; toevalligheden en storingen krijgen minder kans. Het werkproces kan daardoor verbeteren en efficiënter worden.
- Kwaliteitskeurings kunnen als stok achter de deur werken om goed werk te leveren.

- Kwaliteitszorg leidt vaak tot een cultuurverandering, meer communicatie en kwaliteitsbewustzijn; zoals collega's die elkaar op hun gedrag en prestaties aanspreken.

Extern:

- Zoals reeds gesteld, vraagt de klant in sommige branches om een keuring of borging, soms zelfs als dwingende eis. Dan is kwaliteitszorg simpelweg een commerciële noodzaak.
- In branches waarin de klant minder dwingend is, kan een certificaat/erkenningsregeling altijd nog brede herkenbaarheid geven, een goed imago en dus concurrentievoordeel: extra klanten.
- Er komt vaak meer aandacht voor klanttevredenheid, een hoger servicebewustzijn.
- Een kwaliteitssysteem dat in overleg met klanten is ontwikkeld, kan leiden tot een goede relatie met die klanten, waardoor die bijvoorbeeld eerder commentaar leveren bij fouten, hetgeen weer tot verbetering kan leiden.
- Soms betekent een goed kwaliteitssysteem dat een leverancier een betere rechtspositie heeft bij aansprakelijkheidsstellingen.

2.5.2 *Kosten/nadelen van kwaliteitszorg*

Intern:

- Intern is de belangrijkste kostenpost vooral tijd: meer voorbereiding, overleg, controle, interne audits. Ook dient er meer geregistreerd en vastgelegd te worden: meer administratie.
- Minder individuele vrijheid: de werkprocessen zijn vastgelegd en daar dient men zich aan te houden.
- Men dient veelal bemoeienis van derden te accepteren: van hetzij (een vertegenwoordiger) van klanten, hetzij een certificeerder of een visitatie-commissie.
- Het moeten voldoen aan aantoonbaarheids-eisen in borgingssystemen kan leiden tot verstarring en vermindering van flexibiliteit.

Extern:

- Invoering van aandacht voor kwaliteit gaat meestal gepaard met externe kosten voor adviseurs, de certificerende instantie en opleidingen.

2.5.3 *Voor- en nadelen van certificatie*

Voordelen/baten:

- Certificatie biedt duidelijkheid. Gecertificeerde organisaties zijn herkenbaar en het is bekend aan welke normen zij dienen te voldoen. Dit maakt selectie door opdrachtgevers gemakkelijker. Zo zijn gecertificeerde professionals ook herkenbaar; het maakt selectie voor werkgevers gemakkelijker. Vervolgens vormt gecertificeerd personeel weer concurrentievoordeel bij acquisitie: de opdrachtgever weet dat gekwalificeerd, want gecertificeerd personeel wordt ingezet.
- Certificatie dwingt alle betrokkenen: opdrachtgevers én uitvoerders/ leveranciers tot overeenstemming te komen over te stellen normen in de zogenaamde waarborgcommissie of de visitatiecommissies. Dit leidt tot eenduidigheid in te stellen normen.
- Bij persoonscertificatie kan dit leiden tot een eenduidige kwalificatiestructuur voor het betreffende werk.

Nadelen:

De belangrijkste is de schijnzekerheid.

- Een certificaat wordt vaak opgevat als een waarborg voor alle belangrijke aspecten van de organisatie, terwijl het niet meer of minder behelst dan dat wat er is vastgelegd. Het kan dus zijn dat een opdrachtgever heel andere eisen stelt dan door het certificaat geborgd wordt.
- Met certificatie zijn grote commerciële belangen gemoeid. Het is in het belang van certificeerders om zoveel mogelijk certificaten af te geven. Dit kan botsen met het belang van zorgvuldigheid. Ook zijn er al vele signalen dat de deskundigheid van auditors/certificerende instellingen te wensen overlaat. Een college van deskundigen of waarborgcommissie lijkt een garantie voor goede inhoudelijke certificatie-eisen en toetsing, maar is dat niet altijd door de financiële belangen. Opdrachtgevers en ondernemers weten dat zij bij een flink opgetuigd systeem uiteindelijk zelf de kosten moeten dragen. Zij werken dus mee bij het stellen van eisen, maar koersen daarbij op compromissen tussen inhoud en kosten.
- Certificatie, beheersing van het proces wil nog niet zeggen dat een goede output én daarmee een goede outcome gewaarborgd is.
- Ook bij persoonscertificatie speelt de schijnzekerheid. Zo is een goede beroepsbeoefening niet alleen afhankelijk van kennis en kunde, maar ook van attitude en motivatie - en hoe toets je die? Bovendien is een goede beroepsbeoefening ook afhankelijk van de omstandigheden en voorwaarden waaronder de persoon moet werken, en die maken geen deel uit van de persoonscertificatie. Veel werkgevers stellen dat een certificaat hen te weinig

zegt en dat ze medewerkers heel goed zelf kunnen beoordelen bij selectie en functioneren.

Tot slot: de financiële aspecten.

De kosten (tijd en geld) voor regelmatige audits, toetsingen en registratie kunnen flink oplopen. Zeker als er zowel kosten gemaakt moeten worden voor proces/systeem- én persoonscertificatie. De kosten zijn in kleine bedrijven relatief meestal het hoogst.

Sommige branches kiezen voor een certificaat dat gebaseerd is op de ISO-reeks. Indien de ISO-normen ook relevant zijn, is dat meestal een goede keuze. Als een deel van de ISO-normen echter van minder belang is, vormt dat in wezen overbodige ballast die toch tot kosten leidt.

2.5.4 *Per saldo*

Uit het voorgaande blijkt al dat de voor- en nadelen, kosten en baten van kwaliteitszorg en/of certificering zeer breed kunnen liggen en dat een eenduidige uitspraak daarover vrijwel niet mogelijk is. Toch laten de ontwikkelingen zien dat vele belangrijke partijen de voordelen en baten duidelijk vinden opwegen tegen de nadelen en de kosten. De trend tot kwaliteitszorg en certificering trekt nog steeds aan; het einde is nog niet in zicht.

Ingewijden schrijven dit vooral toe aan een nog steeds toenemende behoefte aan inzichtelijkheid en beheersing van bedrijfsprocessen, waardoor risico's verminderd worden. Ook het vastleggen van ieders verantwoordelijkheden wordt steeds belangrijker, onder meer in het kader van de verscherpte aansprakelijkheidswetgeving.

Binnen de sociale zekerheid, de arbozorg en de arbeidstoeleiding neemt het directe toezicht op de uitvoering af. Kwaliteitsstrategieën en certificering kunnen in deze context enige mate van zekerheid bieden omtrent de aard en de kwaliteit van de dienstverlening.

2.6 *Visies op kwaliteit*

Het kwaliteitsdenken heeft in de loop van de afgelopen decennia diverse ontwikkelingen doorgemaakt. Van keuring van outputkwaliteit kwam de nadruk te liggen op het beheersen van het voortbrengingsproces. Een volgende stap was de verlegging van aandacht van beheersing van kernprocessen naar beheersing van de gehele organisatie.

Het moderne kwaliteitsdenken gaat niet alleen over keuring of borging. Kwaliteit op een bepaald, vast, niveau wordt vaak niet voldoende geacht: voortdurende

verbetering is het doel. Uitgangspunt is dat het altijd beter kan en dat werken aan kwaliteit dus betekent dat men permanent verbetert.

In dit kader wordt wel gesproken over Integrale Kwaliteitszorg, of Total Quality Management.

Een andere ontwikkeling is de groeiende aandacht voor de eisen en verwachtingen van de externe klant, waarbij de laatste jaren in bepaalde gevallen zelfs de gehele buitenwereld, de samenleving, als klant wordt gezien (bijvoorbeeld het voorkomen van ziekte van werknemers en milieuschade, rechtvaardige lonen etc.). Ook de financieel belanghebbenden worden als partij gezien: een doelmatige aanwending van middelen wordt ook als kwaliteit beschouwd.

Deze visie op kwaliteit komt onder andere tot uiting in het model van de Nederlandse Kwaliteitsprijs. Kandidaten hiervoor worden op vele aspecten beoordeeld. Hierin gaat men uit van een groeimodel: de actuele score is niet het enige dat telt, de mate waarin men zich blijft verbeteren op de diverse aspecten wordt ook van groot belang geacht.

Recent is weer een verschuiving te zien van gedetailleerde procesbeheersing naar algemene richtlijnen en een grotere rol voor de individuele medewerker, wiens vakbekwaamheid dan wel geborgd moet zijn (vakregister of persoons-certificering). We zullen zien dat deze ontwikkeling juist voor oordeelsvorming van bijzondere relevantie is.

3. Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid

3.1 Algemene voorwaarden

Uit de karakteristieken van kwaliteitszorg en -borging zoals in het voorgaande beschreven, vloeit een aantal voorwaarden voort waaraan voldaan moet zijn voordat bij een leverancier of in een hele sector aan een kwaliteitsborgings-systeem gewerkt kan worden.

We noemen ze hier, met de risico's die er zijn als niet aan deze voorwaarden voldaan wordt.

Voor het proces/product zelf:

- Er dient sprake te zijn van enige mate van 'volwassenheid' van het proces of product.

Kwaliteitszorg leunt sterk op het beheersen van werkprocessen. Indien een proces nog niet is uitontwikkeld betekent dit dat er vaak bijstellingen nodig zullen zijn. Om te beginnen is een zekere mate van overeenstemming over de aard van het proces (productdefinitie) essentieel. We zullen zien dat bij oordeelsvorming over arbeid en gezondheid van individuen dit niet altijd het geval is. Voorts is consensus nodig over de manier waarop de producten of diensten het best tot stand kunnen komen. Bij oordeelsvorming vormen de stand van zaken in de wetenschappelijke theorievorming en instrumentontwikkeling hiervoor belangrijke, maar niet de enige graadmeters. Wanneer (ook) over deze zaken geen overeenstemming is, kan men beter kiezen voor een proces van verbetering dan voor beheersing. Strategieën voor de verbetering van de professionele kwaliteit van de oordeelsvorming zijn bijvoorbeeld het stimuleren van theorievorming en instrumentontwikkeling.

Aan de kant van de leverende organisaties:

- Er dient bereidheid te zijn om tegemoet te komen aan de eisen van de klant. Men moet bereid zijn om een geregelde en beheerste werkwijze te gaan hanteren en om geregeld te blijven verbeteren. Dit betekent verantwoording afleggen, inzage geven in werkmethoden etc. en deze desgewenst aanpassen. Kwaliteitszorg - het vastleggen van procedures en het zich daaraan houden - en het afleggen van verantwoording over de eigen werkwijze vergen consensus en commitment in de hele organisatie. Indien deze bereidheid er niet is en men toch aan kwaliteitszorg begint, is er grote kans dat het systeem een papieren tijger wordt. Een nog groter risico is dat er verstarring optreedt: het kwaliteitssysteem wordt niet onderhouden, men evalueert vastgelegde

procedures niet, zodat deze een eigen leven gaan leiden; de flexibiliteit om aan echte kwaliteit te werken ontbreekt dan.

Ook komt het vaak voor dat er een aparte staf wordt ingesteld die de zorg voor kwaliteit tot taak krijgt. Andere medewerkers en het management kunnen dan in de verleiding komen te denken dat die stafmedewerkers wel voor de kwaliteit zorgen en dat zij zelf geen bijdrage hoeven te leveren. Ook, of juist, bij een aparte stafafdeling voor kwaliteit, dient men te blijven werken aan een breed draagvlak in de organisatie.

Dit betekent dat de bereidheid tot kwaliteitsbeleid er moet zijn zowel bij het **management** als bij de **medewerkers/professionals**.

Aan de kant van de klanten:

- bereidheid om als verschillende klantgroepen samen en in overleg met de leverende organisatie kwaliteitseisen te formuleren.

Er kan een probleem kan zijn als er sprake is van verschillende klantgroepen, die wellicht zelfs tegengestelde belangen hebben. Is men bereid om gezamenlijk met andere klantgroepen criteria en normen te ontwikkelen? De kans bestaat dat de klant(groep) met de meeste macht de eisen bepaalt, of dat men tot onevenwichtige compromissen komt. Het risico hiervan is dat de klant(groep) die niet tevreden is, andere of aanvullende normen gaat stellen, zodat de eenduidigheid in criteria en normen verloren gaat.

Ook kan een klant(groep) die voldoende macht heeft, ervoor kiezen om eenzijdig het eisenpakket vast te stellen. Dit kan tot gevolg hebben dat de organisatie zich voor het blok gesteld voelt en kwaliteitszorg als verplichting invoert. Zoals eerder reeds besproken werkt dit minder positief uit dan als men zelf voor kwaliteitszorg kiest.

Alleen als alle partijen: klanten en leverende organisaties, bereid zijn om met elkaar aan criteria en normen te werken, is er kans op consensus over de te hanteren criteria en normen. Daarnaast is er consensus nodig over de te hanteren keuringssystematiek en gezamenlijke bouw van een infrastructuur.

3.2 *Voorwaarden in de kennisintensieve dienstverlening*

De basis-systematiek van kwaliteitszorg, borging en verbetering is afkomstig uit de industrie en is derhalve niet zonder meer over te planten naar de dienstverlening. Dit geldt temeer bij de zogenaamde kennisintensieve dienstverlening (KID), waarvan de definitie is: "het verlenen van diensten door personen die geacht worden door langdurige opleiding en/of ervaring verkregen specifieke competentie te bezitten in een bepaald kennisgebied en over de

vaardigheden te beschikken om deze kennis in de praktijk toe te passen" (Maas, 1995).

3.2.1 *Professionele eisen aan oordeelsvorming*

In de kennisintensieve dienstverlening gelden extra voorwaarden bij de invoering van kwaliteitszorg. Traditioneel werd hier meestal uitgegaan van de beroepskwalificatie van de professional en diens beroepsethiek als voldoende borging voor kwaliteit. Dit geldt ook voor de in dit rapport behandelde processen van oordeelsvorming. Het gewicht van de bijdrage van de professional hangt samen met de factoren die de professionele kwaliteit van oordeelsvormingsprocessen bepalen. Zo stellen De Bruyn e.a. (1995) dat de kwaliteit van diagnostische besluitvorming bepaald wordt door:

- de aanwezigheid van wetenschappelijke theorieën over de te beoordelen eigenschappen
- de beschikbaarheid van goede instrumenten en
- de ingebrachte attitudes, kennis en vaardigheden door de beoordelaar.

De Bruyn e.a. doen deze uitspraken over een specifiek domein van oordeelsvorming. Echter, deze uitgangspunten zijn in onze visie overdraagbaar naar de oordeelsvorming over individuele arbeidsmogelijkheden, onderwerp van deze studie. Hetzelfde geldt voor de opvatting van De Bruyn e.a. dat oordeelsvorming een proces is dat idealiter bestaat uit de volgende onderdelen (zie ook par. 5.1):

- intake,
- verheldering van probleemstelling,
- maken van een onderzoeksplan,
- uitvoering van dat plan
- interpretatie van de onderzoeksresultaten welke tenslotte leidt tot een
- conclusie.

In elke fase neemt de beoordelaar beslissingen en beïnvloedt hij/zij het verloop en dus ook de uitkomst van het proces. De Bruyn e.a. (1995) ontwikkelden een methodiek die erop is gericht de ongewenste invloed van de beoordelaar zoveel mogelijk te minimaliseren of anderszins onder controle te brengen. Vanuit deze methode is het voor dit betoog relevant het volgende vast te stellen:

1. de professionele kwaliteit van oordeelsvorming hangt naast de vakkundigheid van de beoordelaar af van de beschikbaarheid van goede theorieën en instrumenten, protocollen etc.
de professionele kwaliteit van oordeelsvorming hangt voorts af van de wijze waarop de beoordelaar het oordeelsvormingsproces inricht en hanteert.
2. Verondersteld mag worden dat naarmate theorievorming verder gevorderd is en er meer goede instrumenten, protocollen etc, beschikbaar zijn, het werkproces meer gestandaardiseerd kan worden en daarmee de invloed van de

individuele professional beter beheerst kan worden.

3.2.2 *Brede basis voor kwaliteitsbeleid*

Zoals gezegd vormen de beroepskwalificatie van de professional en diens beroepsethiek in de kennisintensieve dienstverlening traditioneel belangrijke kwaliteitsstrategieën.

Deze opvatting heeft risico's:

- de kans bestaat dat men teveel naar binnen gekeerd is, op de eigen normen focust in plaats van op het externe resultaat en de beoordeling door de klant
- ook andere factoren zijn van belang; de klant beoordeelt de kwaliteit niet alleen op de professional, maar op het gehele dienstverleningsproces
- het effect van professioneel handelen wordt niet alleen door de professional bepaald, het is ook afhankelijk van de ondersteunende processen, zeker in grote organisaties
- bij te grote vrijheid kunnen verschillende professionals heel verschillend werken. Het werkproces is daardoor niet inzichtelijk en onbeheersbaar.

Het is daarom van belang om naar een kwaliteitssysteem te zoeken dat een bredere basis heeft. De kwaliteit van de professional dient daarin zeker geborgd worden, maar het is ook van groot belang het algemene werkproces, de voorwaarden waaronder de professional moet werken en enkele aspecten van zijn werkproces (gedragsregels) vast te leggen en te borgen.

De mogelijkheden daartoe verschillen voor de twee typen KID: de routinematige KID, waar weliswaar veel specifieke competenties voor nodig zijn, maar waar toch via strikte methoden gewerkt dient te worden (bijv. blinde darm-operaties) en de maatwerk-KID waar steeds anders gewerkt wordt, afhankelijk van de klant en de omstandigheden (bijv. organisatie-adviseurs).

In de routine-KID zijn per definitie meer mogelijkheden tot standaardisering dan in de maatwerk-KID.

3.2.3 *Commitment van de professional*

In beide typen dienstverlening dient men echter terdege rekening te houden met de professional. Diens toegevoegde waarde ligt in zaken als visie, integriteit, onafhankelijkheid, creativiteit en vernieuwing. Tegelijkertijd zijn veel professionals, globaal gezien:

- meer gericht op de inhoud dan op het werkproces
- meer gericht op de eigen normen dan op die van de klant
- meer gericht op het eigen werk dan op de hele organisatie.

Professionals hebben de individuele deskundigheid, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid hoog in het vaandel en zijn vaak wars van standaardisering en controle. Ze zijn vaak niet gewend openheid van zaken te geven en te moeten

aantonen wat voor resultaat is geboekt. Bovendien is men weinig geneigd waarde te hechten aan het oordeel van een niet-collega.

Vanwege deze kenmerken is kwaliteit in de kennisintensieve dienstverlening onmogelijk zonder steun van de professionals. Ook bij het invoeren van kwaliteitszorg is het van groot belang rekening te houden met een goed draagvlak. Gemotiveerde medewerkers zijn uiteraard overal van belang, maar dit geldt des te meer in de KID: het draait hier om persoonlijke inzet van alle kennis en vaardigheden en om een goede relatie met de klant. Hiervoor is motivatie een eerste voorwaarde.

Het is daarom belangrijk om creativiteit en andere waarden van de professional niet onnodig in te perken maar juist elementen in te brengen die de professional aanspreken.

Dit betekent dat kwaliteitsborging in de kennisintensieve dienstverlening vrijwel onlosmakelijk verbonden is met permanente verbetering, wat goed aansluit bij een professionele beroepshouding. Permanente verbetering is ook nodig omdat kennis (een centraal element in de KID!) snel veroudert in de huidige steeds veranderende samenleving.

Kortom:

Naast de voorwaarden die algemeen gelden voor een kwaliteitsborgings-systematiek gelden in de kennisintensieve dienstverlening bovendien:

- blijvend commitment van de professionals, dus veel aandacht voor het managen van deze professionals
- niet alleen borgen, maar ook veel aandacht voor verbetering.

4. *Keuzemogelijkheden bij oordeelsvorming*

De specifieke aspecten van oordeelsvorming en de situatie in de 'markt' van oordeelsvormende organisaties en hun opdrachtgevers/klanten, hebben gevolgen voor de kwaliteitsstrategieën die men hierbij kan inzetten. Op sommige aspecten zijn er diverse keuzemogelijkheden. Deze schetsen we in deze paragraaf.

4.1 *Klanten en eisen*

Bij oordeelsvorming over arbeid en gezondheid van individuen is sprake van verschillende soorten klanten en dus partijen die eisen stellen: de opdrachtgever, de gebruiker/cliënt en de wetgever.

Als basis gelden steeds de wettelijk gestelde eisen. Deze zijn doorgaans echter zeer algemeen gesteld, zodat er veel ruimte bestaat voor interpretatie. Meestal is er, ook wettelijk, een instantie aangewezen om deze wettelijke eisen verder uit te werken, te operationaliseren en te bewaken, zoals het Lisv deze taak bijvoorbeeld heeft bij de WAO-claimbeoordeling. Bij andere oordeelsvormingsprocessen zijn dat andere instanties, die elk weer hun eigen interpretaties hebben.

Indien men aan kwaliteitszorg wil gaan werken, ligt het echter in de rede om niet alleen de formeel aangewezen instantie normbepalend te laten zijn, maar ook (andere) klantgroepen een stem in het kapittel te geven. Afhankelijk van het specifieke proces kunnen dit diverse partijen zijn: werkgevers, werknemers, (potentiële) uitkeringsgerechtigden, overheid. Elke klant(groep) zal eigen eisen stellen: een rechtmatig oordeel, een vriendelijke behandeling, doelmatige aanwending van middelen, een zo hoog mogelijke uitkering, een goede voorspelling voor iemands toekomstige arbeidsmogelijkheden - om maar enkele van de mogelijke eisen te noemen. Er zijn dus verschillende en bovendien op sommige aspecten tegenstrijdige eisen.

Bij het vaststellen van eisen aan oordeelsvorming is het dus van belang wie hier als klanten worden beschouwd, wie zichzelf als klanten beschouwen en wie de grootste macht heeft om de normen te bepalen.

De kandidaat over wie een oordeel gevormd wordt is zelden de betalende klant en als zodanig is diens macht beperkt. Dit wil echter niet zeggen dat diens eisen niet aan bod komen. Andere klantgroepen, zoals de werkgevers of de overheid, zouden zich ten doel kunnen stellen om ook de eisen van de kandidaten als richtsnoer te gebruiken.

Het proces van het vaststellen van kwaliteitseisen (in het vervolg ook criteria genoemd) kan derhalve zeer gecompliceerd zijn.

4.2 *Rol wetgever/overheid als klant oordeelsvormingsprocessen*

De overheid heeft in dit geheel een aparte positie. Het directe belang bij oordeelsvorming is beperkt. De wetgever hanteert het uitgangspunt zo veel mogelijke distantie te houden ten aanzien van de uitvoering en de verantwoordelijkheid daarvoor te leggen bij betrokken actoren. Maar omdat het algemene belang van een rechtmatige en doelmatige uitvoering van wet- en regelgeving maakt dat de rijksoverheid wel degelijk belanghebbende is, zou zij deze rolopvatting wellicht moeten combineren met het aandachtig volgen van het gehele proces van het formuleren van normen en de bouw van een kwaliteitsstrategie. Afhankelijk van de situatie zoals die zich in de branche ontwikkelt, zou zij wellicht haar rolopvatting in heroverweging moeten nemen. Zij kan zich op de achtergrond houden als de branche zelf initiatieven neemt. Maar als de branche passief blijft zou zij zich moeten beraden op haar positie en overwegen om ten aanzien van kwaliteitsbeleid bij (aspecten van) oordeelsvorming een meer actieve rol op zich te nemen.

Van de overheid afgeleide instanties zoals het Lisv of andere ZBO's hebben daarnaast een zelfstandige rol in de kwaliteitsbevordering van de betreffende diensten.

4.3 *Rol professionals*

Zoals in de paragraaf over de kennisintensieve dienstverlening is aangegeven, is draagvlak bij professionals van essentieel belang, zowel bij de invoering van kwaliteitszorg als bij de inrichting van de hele systematiek. Dit geldt ook bij processen van oordeelsvorming, waarbij de rol van de professional een zeer centrale is. Voor de meeste professionals is standaardisatie van het werkproces en het afleggen van verantwoording over de eigen werkwijze vrij nieuw en dit kan zeer bedreigend lijken voor de professionele autonomie. Het is dus belangrijk om hen intensief te betrekken bij de keuze voor kwaliteitszorg en de grote waarde daarvan, ook voor henzelf te benadrukken en verduidelijken.

4.4 *Richten op output, proces of professional?*

Veel dienstverlenende organisaties die zich (moeten) transformeren van een taakgerichte naar een marktgerichte opstelling, gaan hun diensten aanduiden met 'producten' die 'verkocht' moeten worden. Ook oordeelsvorming wordt wel als een product aangeduid. Dit productdenken heeft veelal een positieve werking bij de noodzakelijke en gewenste cultuuromslag naar marktgerichtheid. Bij het invoeren van kwaliteitszorg bestaat echter het risico, dat men meent de diensten ook als producten te kunnen beoordelen.

In het voorgaande is reeds betoogd, dat output-beoordeling bij dienstverlening een lastige zaak is. Bij oordeelsvorming over arbeidsmogelijkheden zijn er wel mogelijkheden voor, maar die hebben alle hun beperkingen. We sommen de mogelijkheden nog een keer op:

- klanttevredenheid
- outcome, effect, bruikbaarheid in de praktijk
- second opinion/contra-expertise op de uitkomsten van de oordeelsvorming
- second opinion/contra-expertise door de gehele oordeelsvorming opnieuw te laten uitvoeren en de beide uitkomsten te vergelijken.

Geen enkele aanpak is alomvattend en zonder problemen. Klanttevredenheid als criterium heeft z'n beperkingen vanwege de specifieke belangen en de ondeskundigheid van de klant. Beoordeling van de outcome gaat voorbij aan de andere variabelen die de outcome van oordeelsvorming mede beïnvloeden. Bij second opinions speelt het probleem van visie- en interpretatieverschillen tussen de betrokken professionals, de invloed van de klant, de wellicht gewijzigde situatie tussen de eerste en de tweede oordeelsvorming. Harde meetcriteria zijn er niet. Ook kan men zich voorstellen dat het erg bezwarend kan zijn voor de te keuren persoon als WAO-claimbeoordelingen werden beoordeeld door ze steekproefsgewijs over te laten doen door een andere beoordelaar. Ook kan men van mening zijn dat claimbeoordelingen van te groot belang zijn om steekproefsgewijs te keuren: men zou meer zekerheid willen hebben over de rechtmatigheid van alle beoordelingen.

Kortom: er zijn manieren om de kwaliteit van de output van oordeelsvorming te keuren, en die hebben ook zeker hun waarde, maar daarnaast zal men zich toch vooral ook dienen te richten op procesbeheersing en op de kwaliteit van de professional.

Wat betreft proces-gerichtheid kan men denken aan werkstandaarden en -methodes, protocollen en procedure-afspraken. Van belang daarbij is de mate waarin het werkproces is uitontwikkeld, of er al vaste methodes beschikbaar zijn, of er consensus over kritische aspecten is en of standaardisatie mogelijk is. (zie ook par. 3.2.3 over het verschil tussen routinematige en maatwerk-KID.). We zullen zien dat in vele sectoren van de oordeelsvorming sprake is van (nog) onvoldoende theorievorming om het oordeelsproces te kunnen 'vangen' met meetmethodieken, werkstandaarden en procedures. De inbreng van de professional, diens interpretatie van een complexe hoeveelheid gegevens en diens deskundig oordeel bepalen het uiteindelijke resultaat.

Hoe meer dit het geval is, des te meer men zich zal dienen te richten op de kwaliteit van de professional. Deze kan geborgd worden door middel van specifieke aspecten in het werkproces, zoals werving en selectie, functioneringsbegeleiding en -beoordeling en bijscholing. Een ander belangrijk aspect is

intercollegiale uitwisseling en toetsing (intervisie) als een permanente manier van deskundige controle op elkaars werk, uitwisseling van inzichten en een streven naar vergelijkbaarheid in werkmethode tussen diverse professionals. Uiteindelijk kan dit leiden tot meer standaardisatie en dus grotere beheersbaarheid.

Tot slot bestaat de mogelijkheid van een persoons-certificatiesysteem, waarbij men niet alleen een bepaalde opleiding/diploma verplicht stelt, maar tevens vraagt om regelmatige bijscholing en recente werkervaring.

4.5 *Borgen en/of verbeteren?*

Zoals in paragraaf 3.2.3 is betoogd, is kwaliteitszorg in de kennisintensieve dienstverlening vrijwel onlosmakelijk verbonden met permanente verbetering. Dit geldt zeker indien het proces nog niet is uitontwikkeld, als er (te) weinig elementaire theoretische inzichten en bruikbare methodieken zijn. Aangezien dat bij vrijwel de gehele oordeelsvorming geldt, is er in deze sector veel te zeggen voor een blijvend zoeken naar nieuwe inzichten, werkmethoden en protocollen. Ook dit blijft echter een keuze van de betrokkenen, waaronder de overheid.

4.6 *Beoordeling en infrastructuur*

Voor de beoordeling van de kwaliteit van oordeelsvormingsprocessen kan men kiezen uit visitatie (al dan niet met een erkenningsregeling) of certificatie. Bij certificatie kan men kiezen voor een geheel eigen certificaat, het algemene ISO-certificaat, of een mengvorm daarvan. Verschillende vormen van certificatie zijn mogelijk: persoons- of systeemcertificatie, of certificatie van onderdelen van de organisatie, zoals bijvoorbeeld een specifiek proces van oordeelsvorming.

Afhankelijk van de keuze die men maakt, zal men een bijbehorende infrastructuur moeten bouwen. Bij een beslissing voor een eigen certificaat zal o.a. een certificerende instelling gekozen en een certificatieschema ontwikkeld moeten worden. Bij een besluit tot interne audits en intercollegiale toetsing moeten interne afspraken gemaakt en organisatorische maatregelen genomen worden, etc. Indien men ook kiest voor permanente verbetering, zal men ook hiervoor instrumenten dienen te kiezen, bijvoorbeeld visitaties daar specifiek op richten.

4.7 *Kosten/baten*

Bovenstaande keuzes zullen sterk beïnvloed worden door wat de betrokken partijen als kosten en baten beschouwen, wat men als voor- en nadelen ziet. Deze beoordeling hangt van vele rationele en irrationele factoren af.

Eén aspect is echter van groot belang, en wel of men verwacht dat invoering van kwaliteitszorg tot kostprijsverhoging leidt. Bij overheidsgefinancierde diensten zal dit waarschijnlijk een van de besliscriteria zijn.

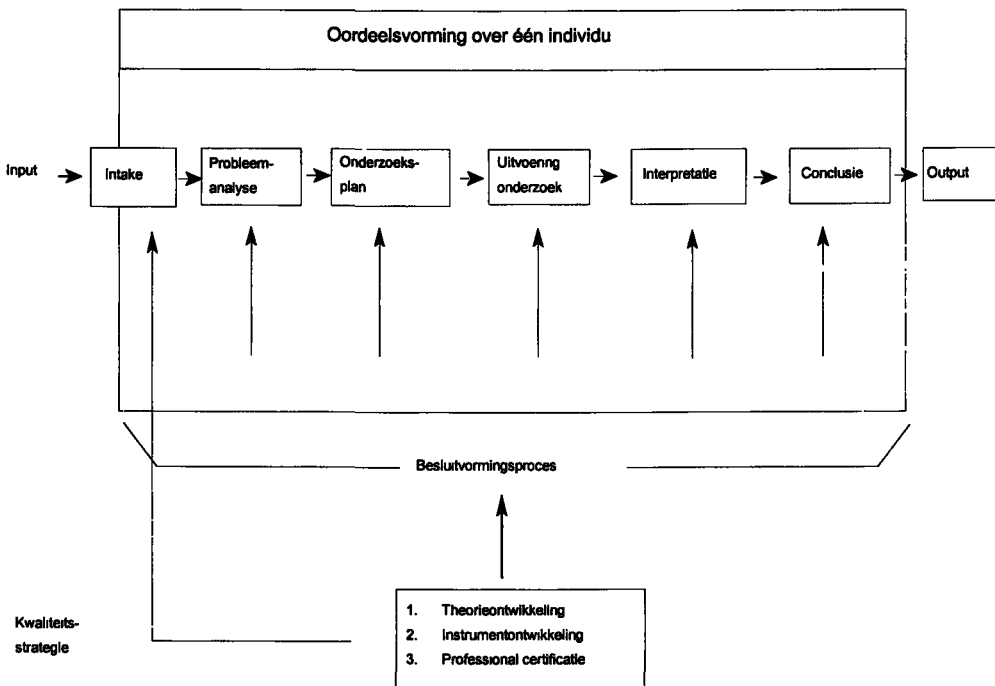
Maar als het belang van kwalitatief goede oordeelsvorming breed gedragen wordt en indien zou blijken dat er op dat vlak veel verbeteringen te realiseren zijn, zou dat legitimeren dat er wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van oordeelsvorming. Pas wanneer op termijn blijkt dat deze investering niet leidt tot aantoonbare verbeteringen op het vlak van de oordeelsvorming zou de vraag gesteld moeten worden in hoeverre deze kostenfactor verdedigbaar blijft.

5. Conclusies deel 1

5.1 Samenhang in kwaliteitsstrategieën

De introductie van kwaliteitsstrategieën wordt nu afgesloten met twee afbeeldingen waarin de beschreven kwaliteitsstrategieën in samenhang worden getoond. Afbeelding 1 toont het verband tussen professionele kwaliteit van oordeelsvorming en mogelijke kwaliteitsstrategieën. Analyseniveau is de individuele interactie tussen beoordelaar en beoordeelde.

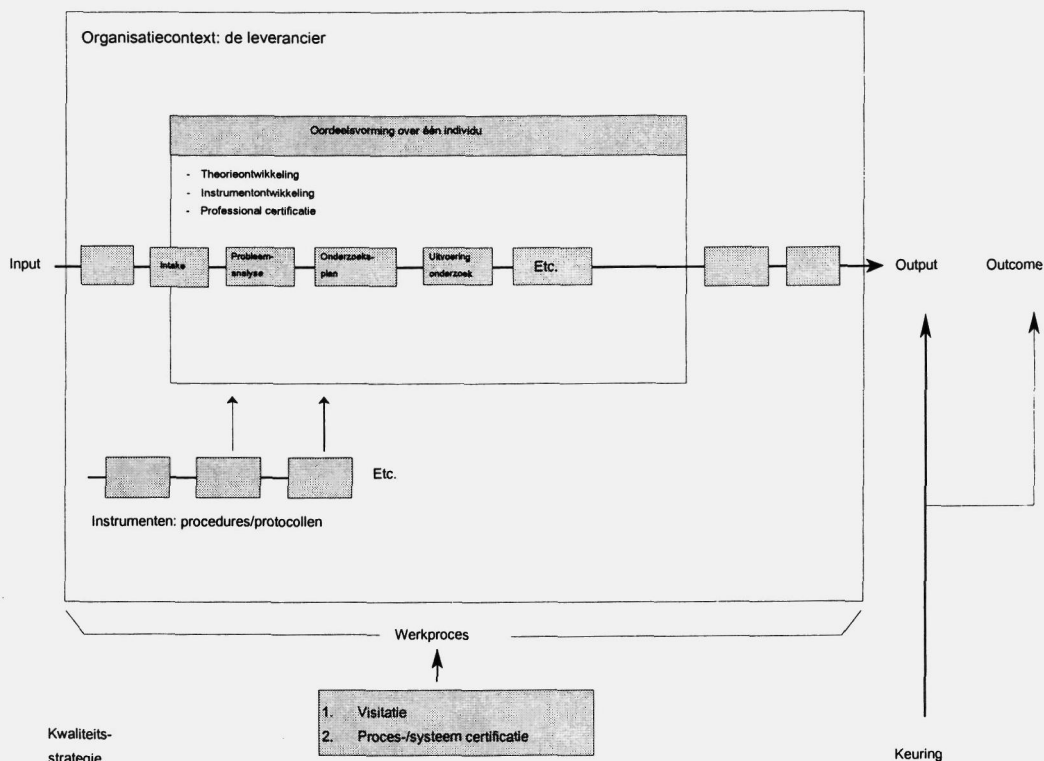
De hier getoonde kwaliteitsstrategieën zijn toepasbaar op twee niveaus: op het besluitvormingsproces als geheel, maar ook op elk van de onderdelen van dat proces.



Afbeelding 5.1 Professionele kwaliteit van oordeelsvorming

Afbeelding 2 laat de samenhang zien tussen deze gegevens en het totale proces van dienstverlening inclusief mogelijke kwaliteitsstrategieën. Het perspectief

verschuift hierbij van het consult in de spreekkamer naar de organisatorische context waarbinnen de oordeelsvorming plaatsvindt.



Afbeelding 5.2 De kwaliteit van het totale proces van dienstverlening

5.2 Randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming

Verspreid in de voorafgaande hoofdstukken zijn uitspraken gedaan over de voorwaarden die gelden bij het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming. Ter afronding van het eerste deel van dit rapport wordt op deze plaats een overzicht gegeven van die randvoorwaarden. In deel 2 zal de stand van zaken bij de kwaliteit van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling in het licht van deze voorwaarden beoordeeld worden. Het onderstaande kader vormt daarmee de verbindende schakel tussen het eerste en het tweede deel van dit rapport.

- Het ontwikkelingsstadium van het specifieke oordeelsvormingsproces dient
- enigszins uitontwikkeld te zijn
- Er moet sprake zijn van bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende organisaties/management
- Er moet sprake zijn van bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende professionals
- De verschillende klantgroepen moeten bereid zijn om gezamenlijk en in overleg met de oordeelsvormende organisaties kwaliteitseisen te formuleren.

Afbeelding 5.3 Randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming

DEEL 2

PERIODIEK ARBEIDSGEZONDHEIDSKUNDIG ONDERZOEK

MEDISCHE AANSTELLINGSKEURING

WAO-CLAIMBEOORDELING

Inleiding

In dit deel van het rapport worden drie verschillende processen van oordeelsvorming beschreven: periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek (PAGO, hoofdstuk 6), medische aanstellingskeuringen (hoofdstuk 7) en de WAO-claimbeoordeling (hoofdstuk 8). De indeling van deze drie hoofdstukken is identiek: de eerste paragraaf beschrijft het doel van deze oordeelsvormingsprocessen, aard, betrokken actoren, duur, kosten en toepassing. De tweede paragraaf legt de relatie met kwaliteitsaspecten. Allereerst wordt geanalyseerd welke eisen gesteld worden aan het oordeelsvormingsproces. Daarna wordt behandeld welke kwaliteitsstrategieën reeds worden toegepast en welke kwaliteitsprestaties in de in de huidige praktijk worden behaald.

In de slotparagraaf worden de randvoorwaarden voor kwaliteitsbeleid besproken: in welke mate is bij deze processen van oordeelsvorming voldaan aan de gestelde voorwaarden? Ook worden hier aanbevelingen geformuleerd.

Het gedeelte over de WAO is, met name vanwege de veelheid aan gegevens, binnen deze globale indeling wat anders opgebouwd. Het is ook het gevolg van het feit dat dit deel later is geschreven dan dat over PAGO en de medische aanstellingskeuring, en inmiddels dus meer inzicht in deze materie was opgebouwd.

6. *Het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek*

6.1 *Introductie*

Het in dit hoofdstuk beschreven proces van oordeelsvorming, het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek, kortweg PAGO, is onderdeel van de arbodienstverlening. Het PAGO wordt toegepast met een (diagnostisch) preventief oogmerk.

PAGO heeft als vertrekpunt de arbeidsgebonden gezondheidsrisico's. Deze kunnen vastgesteld worden met een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E); de RI&E is dan richtinggevend voor inhoud van het onderzoek en de groep werknemers aan wie het wordt aangeboden.

Anders dan bij een (negatief) advies in het kader van een medische aanstellingskeuring of een WAO-claimbeoordeling mag bij het PAGO de uitspraak dat het niet verantwoord is om een persoon het werk onder dezelfde omstandigheden te laten voortzetten, niet leiden tot rechtspositionele gevolgen.

6.1.1 *Oorsprong en doel van het PAGO*

De oorsprong van het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) is gelegen in artikel 14 van de EG-kaderrichtlijn uit 1989. Dit artikel is vervolgens afgestemd op de Nederlandse situatie en per 1 januari 1994 als artikel 24a opgenomen in de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet. Sinds de invoering van die nieuwe wet (TZ/Arbo) is iedere werkgever verplicht om al zijn werknemers periodiek in de gelegenheid te stellen een arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan.

Het doel van het PAGO wordt door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid omschreven als het zoveel mogelijk beperken van de risico's van werk en werkomstandigheden (Van Werven & Van Heitling, 1997). De Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB), een stichting die zich kwaliteitsbevordering van de aangesloten arbodiensten als doel stelt, vindt de omschrijving van het ministerie te weinig specifiek aangezien deze van toepassing is op vele (arbeidsgezondheidskundige) activiteiten die een Arbodienst uitvoert. De doelstelling van het PAGO volgens het SKB luidt als volgt (Fortuin & Goedhart, 1997):

Door bij werknemers belastingsverschijnselen en vroege gezondheidseffecten op te sporen die in relatie kunnen staan met het werk en die kunnen leiden tot (ir)reversibele aandoeningen te komen tot:

- primaire preventie (bijvoorbeeld taak of werkplekaanpassing, advies aan klantorganisatie inzake arbeidsplaats verbetering, organisatieverandering, gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW))
- secundaire/tertiaire preventie (bijvoorbeeld persoonlijke beschermingsmiddelen, begeleiding, verwijzing naar curatieve sector).

In deze formulering van het doel van het PAGO staat de relatie tussen arbeid en gezondheid centraal; met behulp van PAGO moet een disbalans tussen arbeidsbelasting enerzijds en gezondheid en verwerkingvermogen anderzijds kunnen worden opgespoord.

Zowel in de optiek van het ministerie als in de optiek van het SKB is PAGO een preventie-instrument dat beoogt gezondheidsklachten die verband houden met het werk en met de werkomstandigheden tijdig op te sporen en maatregelen te treffen die uitval van de werknemer voorkomen.

6.1.2 *Relevante actoren vormgeving en uitvoering van het PAGO*

Cremer, Mul & Wevers (1997) geven een overzicht van actoren die betrokken zijn bij oordeelsvorming over individuele werknemers. Deze kunnen onderscheiden worden naar partijen die een voorwaardenscheppende of een uitvoerende rol vervullen. Van dit overzicht is gebruik gemaakt bij de vaststelling van de actoren die relevant zijn voor de vormgeving en uitvoering van het PAGO (zie tabel 1).

In het nu volgende wordt de rol van de voorwaardenscheppende en uitvoerende instanties nader toegelicht.

6.1.2.1 *De voorwaardenscheppende instanties*

Ministerie als wetgevende instantie: Artikel 24a van de Arbeidsomstandighedenwet

Zoals in de inleiding reeds is aangegeven, zijn de verplichtingen inzake arbeidgezondheidskundig onderzoek die voortvloeien uit artikel 14 van de EG-kaderrichtlijn uit 1989 aan de Nederlandse situatie aangepast en als artikel 24a opgenomen in de Arbowet. Artikel 24a geeft voor iedere werkgever de verplichting aan om zijn werknemers periodiek in de gelegenheid te stellen een arbeidgezondheidskundig onderzoek te ondergaan. Bij een dergelijk onderzoek gaat het om de beoordeling van alle gezondheidsaspecten die verband (kunnen) hebben met de werkzaamheden die de werknemer verricht en de risico's die daaraan verbonden zijn.

Tabel 1: Overzicht van voorwaardenscheppende en uitvoerende instanties bij het PAGO

Voorwaardenscheppende instanties	Uitvoerende instanties
Landelijke overheid, de ministeries: - SZW (ministerie als wetgevende instantie vlg. Artikel 24a)	- Werkgevers - OR - Arbodiensten
Sociale partners: - CAO-afspraken op bedrijfs- of brancheniveau	Organisaties die Arbodiensten ondersteunende diensten aanbieden: - Data-verwerkende en onderzoeksbureaus
Organisaties sociale zekerheid: - geen	
Handhavende organen - Projectbureau Certificering Arbodiensten (PCA) ¹ - Arbeidsinspectie (AI)	
Koepels, belangenorganisaties: - Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) - Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB)	
Consumenten/cliëntenorganisaties: - geen	

In het Arbeidsomstandighedenbesluit zijn op diverse plaatsen, op grond van het derde lid van artikel 24a nadere voorschriften gegeven die betrekking hebben op bepaalde categorieën van werknemers die door de werkgever periodiek in de gelegenheid moeten worden gesteld om een arbeidsgezondheidkundig onderzoek te ondergaan. In dit besluit staan richtlijnen voor met name periodiciteit en inhoud van het arbeidsgezondheidkundig onderzoek voor diverse categorieën werknemers:

- jeugdige werknemers (indien uit RI&E is gebleken dat zij arbeid moeten verrichten waarin specifieke gevaren zijn verbonden)
- werknemers die voor de eerste keer arbeid in nachtdienst gaan verrichten
- werknemers die worden blootgesteld aan gevaarlijke stoffen en biologische agentia (zoals kankerverwekkende stoffen, vinylchloriodemonomeer, asbest, lood)
- beeldschermwerkers
- werknemers die worden blootgesteld aan een bepaald geluidsniveau.

¹ Per 14/09/98 is certificatie van de arbodiensten overgedragen aan private certificerende instellingen.

Uit het bovenstaande blijkt dat het deelonderzoeken betreft die betrekking hebben op slechts één specifiek gezondheidsrisico waaraan een bepaalde categorie werknemers wordt blootgesteld. Indien wordt voldaan aan de bovenstaande nadere voorschriften betreffende het arbeidsgezondheidskundige onderzoek, wordt daarmee niet automatisch voldaan aan de verplichtingen die zijn opgenomen in het eerste lid van artikel 24a. Dit artikellid heeft namelijk betrekking op alle aan de arbeid verbonden gezondheidsrisico's.

De overheid wil nadrukkelijk niet dat het PAGO een algemene gezondheidskeuring wordt, maar is van mening dat het gericht onderzoek moet doen naar de effecten van arbeidsgebonden gezondheidsrisico's (Van Werven & Van Heitling, 1997). Het PAGO dient betrekking te hebben op alle arbeidsgebonden gezondheidsrisico's. De verplichting die in de Arbowet, artikel 24a wordt aangegeven is gebaseerd op (Fortuin & Goedhart, 1997):

- de risico's van het werk
- vrijwilligheid van de deelnemer
- de mogelijkheid risico's zo veel mogelijk te voorkómen of beperken.

De uitkomsten van het PAGO leveren informatie op over mogelijke of dreigende verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid (Fortuin & Goedhart, 1997). Aangezien de werknemer op vrijwillige basis mee doet aan het onderzoek mogen er aan de uitkomsten geen rechtspositionele gevolgen, zoals afkeuring of ontslag, verbonden worden. In de praktijk kan dit echter anders uitpakken: wanneer aandoeningen worden geconstateerd die de veiligheid en gezondheid van derden gevaar in gevaar kunnen brengen (bijvoorbeeld epilepsie bij vliegers of chauffeurs) en de werknemer toestemming geeft dat dit aan de werkgever wordt gemeld of, wanneer de werknemer dit niet toestaat maar de bedrijfsarts vanuit zijn beroepsethiek besluit om het wel te melden, dan kan de uitkomst van het PAGO uiteindelijk wel degelijk leiden tot afkeuring of ontslag.

CAO-afspraken op bedrijfs- of brancheniveau

In de CAO's zijn zowel op branche- als op bedrijfsniveau afspraken gemaakt die betrekking hebben op het PAGO. Een voorbeeld van een bedrijfstakspecifieke invulling van de PAGO-verplichting is de afspraken die door de sociale partners in de bouwnijverheid zijn gemaakt. Overeengekomen is dat werknemers vanaf de leeftijd van 20 jaar elke 5 jaar een uitnodiging krijgen voor een PAGO. Deze CAO's zijn in het kader van dit rapport niet bestudeerd zodat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de mate van concreetheid of de mate waarin afspraken zijn gemaakt die verder gaan dan de wettelijke voorschriften.

6.1.2.2 *Handhavende organen*

Projectbureau Certificering Arbodiensten (PCA)

De Arbowet en het Besluit arbodiensten stellen eisen aan arbodiensten die werkgevers bijstand verlenen bij het uitvoeren van het in artikel 18 van de Arbowet verplicht gestelde basispakket. Om aan te tonen dat de arbodiensten aan de wettelijke eisen voldoen moeten zij een arbocertificaat kunnen overleggen. Deze certificaten worden verstrekt door de Minister van SZW. In de overgangperiode wordt de uitvoering van de certificatie verricht door het PCA, dat onderdeel uitmaakt van het departement. De beoordeling van de uitvoering van het PAGO is hierin als onderdeel opgenomen. De certificatie van de arbodiensten is per 14 september 1998 aan de markt overgedragen. Dit rapport beschrijft van PAGO de situatie eind 1997.

Het PCA van het ministerie van SZW stelt de vraag 'past de werkbelasting bij belastbaarheid van de werknemer?' in het PAGO centraal (Van Werven-Bruijne & Van Heitling, 1997). Dit is meer een individu-gerichte benadering dan een organisatie-gerichte benadering. Een vragenlijst is hierbij als onderzoeksmethode geen vanzelfsprekendheid. Een vijftal onderzoeksvormen worden onderscheiden:

1. Screening van de belastbaarheid. Werknemers bij wie in de toekomst wellicht problemen kunnen ontstaan door arbeidsbelasting, worden opgespoord met behulp van arbeidsbelevings- en gezondheidsvragenlijsten. Van Werven & Van Heitling (1997) vinden dat zo'n onderzoek tot PAGO kan worden gerekend, mits er geen sprake is van overbodig medisch handelen.
2. Biologische monitoring. Bij deze vorm wordt de opname van een stof (bijvoorbeeld lood, cadmium, bestrijdingsmiddelen) of de verandering van samenstelling in een biologisch medium (bloed, urine, zweet, uitademingslucht, etc.) gemeten bij een werknemer.
3. Biologische effectmonitoring. Bij deze vorm worden veranderingen in biologische parameters die wijzen op aandoeningen, bepaald. Deze veranderingen hoeven geen blijvende schade tot gevolg te hebben: het zijn voortekenen en bij verminderde blootstelling zullen deze veranderingen verdwijnen.
4. Opsporing vroege effecten. Sommige ziekten en afwijkingen kunnen nog gestopt worden als zij in een vroegtijdig stadium worden ontdekt. Hoewel er dan wel al sprake is van gezondheidsschade, kan bij vroegtijdige ontdekking verdere schade voorkomen worden. Een voorbeeld is de aantasting van de longfunctie door graanstof.
5. Opsporen veranderende belastbaarheid. Diverse omstandigheden (veroudering, allergieën) kunnen ertoe leiden dat de belastbaarheid van werknemers verminderd wordt. Wanneer deze veranderingen vroegtijdig worden vastgesteld, kan de functie worden aangepast nog voordat er problemen zijn ontstaan.

Voor de screening van de belastbaarheid zijn uitgebreide vragenlijsten ontwikkeld (van toepassing op onderzoeksvorm 1). Voor gericht PAGO bij blootstelling aan chemische stoffen (van toepassing bij onderzoeksvorm 2 en 3) kan de arbodienst gebruik maken van toxicologische literatuur die bij de onderbouwing van de MAC-waarden is gebruikt, volgens 'Protocollen voor de bedrijfsgezondheidszorg' van het ministerie van SZW (S 30-1 t/m S 30-39) en naar de Duitse 'Biologische Arbeitsstoff Toleranzwerte' (BAT). Voor andere vormen van arbeidsbelasting zijn nauwelijks richtlijnen voorhanden (Van Werven & Van Heitling, 1997).

Niet alle onderdelen hoeven bij elke PAGO te worden uitgevoerd. De keuze is gebaseerd op de uitkomsten van het RI&E, verzuimcijfers, kennis van verzuimbegeleiding en arbeidsgezondheidskundig onderzoek.

Van Putten (1997) is van mening dat de inspecteurs/auditors van het PCA een weinig heldere koers volgen bij het inhoudelijk richting geven aan het PAGO. In eerste instantie volgen zij een lijn waarin het PAGO wordt opgevat als een medische handeling op basis van een gedegen onderbouwde indicatie bij strikt omschreven risico-groepen en ook strikt te onderscheiden van de RI&E. Maar vervolgens stellen zij dat het 'niet zinnig is om veel energie te steken in een waterdichte afbakening tussen RI&E en PAGO' (Van Werven & Van Heitling, 1997).

6.1.2.3 *De belangenorganisaties*

Het Branche Overleg Arbodiensten (BOA) heeft zich als belangenorganisatie nauwelijks gemengd in de discussie over wat het PAGO nu eigenlijk zou moeten inhouden. De Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg heeft zich daarentegen hierin wel actief opgesteld.

Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB)

Het SKB heeft als doel een kwaliteitsbevordering van de aangesloten arbodiensten. Het PAGO is in de optiek van het SKB de opvolger van het Periodiek Bedrijfsgeneeskundig Onderzoek (PBGO). In de loop der jaren voldeed het PBGO niet meer aan de wensen van de organisaties en hun arbo-adviseurs omdat de instrumenten die t.b.v. het PBGO zijn ontwikkeld, met name geschikt waren voor toepassing in de industrie en bouw en minder geschikt voor bijvoorbeeld beroepen in niet-industriële branches als de dienstverlening en zorgsector (Kamp, 1995). Daarom heeft de SKB in 1991 een ontwikkelplan opgezet waarbij gekozen is voor een modulaire structuur: een basisdeel voor iedereen en vervolgmodes (aanvullingen) voor specifieke arbeidssituaties. In de periode 1992 - 1994 zijn enkele nieuw ontwikkelde vragenlijsten in de praktijk

van een aantal arbodiensten uitgetest. In 1994 heeft de SKB het nieuwe - PAGO - systeem geïntroduceerd (Weel, 1995). Het belangrijkste verschil tussen het PBGO en het PAGO is dat het PAGO is toegesneden op de specifieke werksituatie en meer dan één vragenlijst kent (modulaire structuur), terwijl bij het PBGO slechts één standaardvragenlijst voor alle werkenden werd gehanteerd (Van Poppel e.a. 1996). Volgens het SKB kent het PAGO zowel een individu- als een organisatie-gerichte benadering. De individu-gerichte benadering tracht een beeld te verkrijgen van de gezondheid van de individuele werknemer. De organisatie-gerichte benadering probeert problemen met de werk- en arbeidsomstandigheden van groepen werknemers te signaleren en arbeidsgebonden gezondheidsklachten op te sporen (SKB, 1994).

Het arbeidsgezondheidskundig onderzoek kan volgens het SKB bestaan uit de volgende onderdelen (Fortuin & Goedhart, 1997):

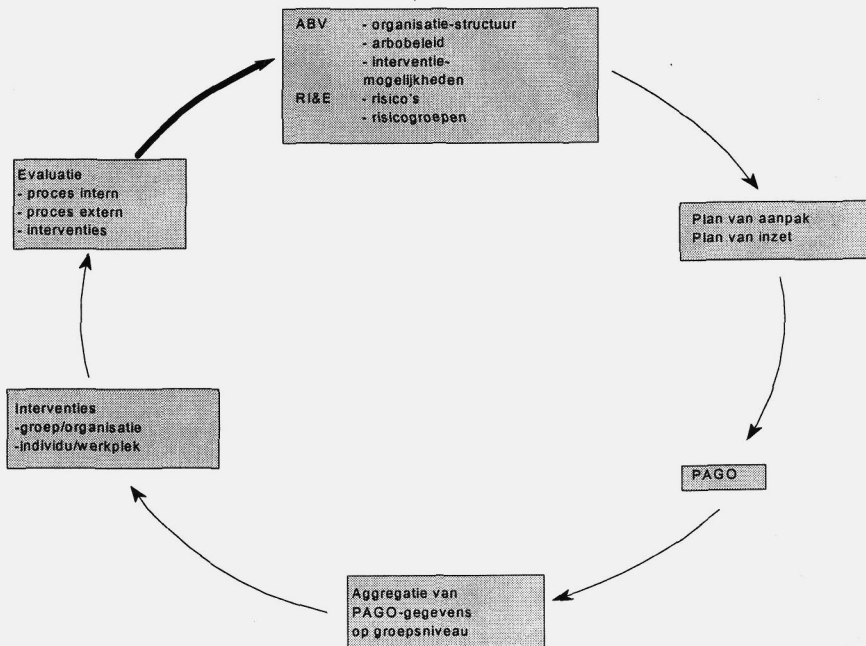
- Onderzoek van werk- en gezondheidsbeleving, gezondheidsklachten en vroege gezondheidseffecten door middel van vragenlijsten. Het vragenlijstonderzoek is opgebouwd uit een aantal modules: een basismodule en één of meer vervolgmodes. De basismodule is voor iedere werknemer hetzelfde, terwijl de vervolgmodes vragen bevatten die specifiek van toepassing zijn op werknemers die een bepaald soort arbeid verrichten en/of werkzaam zijn onder specifieke omstandigheden. De meeste modules bevatten twee soorten vragen:
 1. Gezondheidsvragen die informeren naar klachten op gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheid
 2. Werkvragen die informeren naar de hinder of moeite die een werknemer ondervindt bij het werk en de werkomstandigheden (SKB, 1994, Van Poppel e.a., 1996).
- Onderzoek van blootstelling aan en (biologische) effecten van specifieke factoren of agentia door middel van: biologische (effect)monitoring.
- Onderzoek van vroege gezondheidseffecten, en relevante aspecten van belastbaarheid door middel van bepaling of meting van lichaamsmaten (lengte, gewicht, kniehoogte, bukaftand, etc), functies van specifieke organen en systemen (visus, gehoor, lever- en nierfuncties, longfunctie, etc) en fysisch-diagnostische aspecten (lichamelijk onderzoek).
- Gesprek ('risico-anamnese', probleemverheldering).

Het SKB geeft aan dat niet alle onderdelen bij elk PAGO uitgevoerd te worden. In het Handboek PAGO van het SKB (1994) wordt erop gewezen dat de inhoud van het PAGO afhankelijk is van informatie over de aard van het werk en de werkomstandigheden, demografische en van sociaal-economische gegevens over de werknemers (geslacht, geboorteland, opleidingsniveau, beroep en functie). De opdrachtgever maakt in overleg met de arbodienst een keuze uit de vragenlijst-

modules en de onderdelen die in het gezondheidkundig onderzoek worden opgenomen.

De hoeksteen in het SKB-PAGO-systeem is het Landelijk Referentie Bestand (LRB), waarvan alleen PAGO-abonnees gebruik mogen maken. Het LRB is ontstaan door samenvoeging van bestanden die bij externe verwerkers zijn opgebouwd, plus de bestanden die bij individuele abonnees (die zelf de invoer en verwerking uitvoeren) zijn opgebouwd. Het LRB levert een bestand met geaggregeerde gegevens. De referentiegegevens worden, indien mogelijk gestratificeerd naar leeftijd, geslacht, functieniveau en bedrijfstak. Aan de invoer van de gegevens zullen in de toekomst strikte (kwaliteits)regels worden gesteld: deze zal op een gestandaardiseerde wijze moeten plaatsvinden met behulp van centraal ontwikkelde software.

Het uitgangspunt is dat PAGO geen losstaand onderdeel of product kan zijn, maar dat het als onderdeel geïntegreerd moet worden in het gehele arbo-dienstverleningsproces (zie onderstaande afbeelding).



Afbeelding 6.1.1 De plaats van PAGO in het cyclische proces van arbodienstverlening (Fortuin & Goedhart, 1997, p. 12)

Conclusie:

Het PCA en het SKB hanteren vergelijkbare uitgangspunten, onderzoeksthema's en -methoden inzake het PAGO. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het SKB de onderzoeksmethoden systematischer beschrijft dan het PCA. Bovendien spreekt het SKB over het gesprek als een te onderscheiden onderzoeksmethode, terwijl in de publicatie van het PCA deze methode niet expliciet naar voren wordt gebracht.

6.1.2.4 *De uitvoerende instanties*

Arbodienst, werkgever en OR

Een belangrijke eis is dat de bijstand die de arbodienst verleent aan de werkgever, kwalitatief zodanig is dat de werkgever aan zijn verplichtingen kan voldoen. Per 1 januari 1996, of per 1 januari 1998 moet de werkgever een gecertificeerde arbodienst inschakelen om het PAGO te laten uitvoeren.

Volgens de Arbowet en de Memorie van Toelichting (MvT) betreft het PAGO een individueel onderzoek door een geregistreerde arts voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde of verzekeringsgeneeskunde. Of een PAGO moet worden aangeboden hangt af van de uitkomsten van de RI&E waarin zowel aandacht besteed moet worden aan de blootstellingsrisico's als aan eventuele risicogroepen. De bedrijfsarts, werkzaam voor een arbodienst, adviseert de werkgever/opdrachtgever over de inhoud van het PAGO, welke groepen werknemers in aanmerking komen en geeft advies over de frequentie. Deze adviezen zijn mede gebaseerd op kennis van bedrijfsgegevens (ziekteverzuimcijfers, kennis uit ziekteverzuimbegeleiding, arbeidsgezondheidskundig onderzoek en uitkomsten RI&E). Er wordt dus op twee belangrijke momenten een deskundig oordeel gevraagd van de arbo-arts. De eerste belangrijke afweging heeft betrekking op de vraag of er in een bepaald bedrijf bij een bepaalde populatie wél of geen PAGO wordt afgenomen. Wanneer besloten wordt om tot een PAGO over te gaan, moet er door de arbo-arts vervolgens een advies worden gegeven over de inhoud ervan. De arts zal daarbij diverse afwegingen moeten maken, zoals bijvoorbeeld de vraag of de geconstateerde risico's met een arbeidskundig onderzoek goed zijn in te schatten. (Zie verder paragraaf 6.2.1.2 voor een overzicht van criteria voor inhoud en vormgeving van een PAGO in een specifieke situatie).

Vormgeving en inhoud van het PAGO behoren tot de professionele verantwoordelijkheid van de arbodienst. Maar de beslissing ligt uiteindelijk bij de opdrachtgever, die volgens de Arbeidsomstandighedenwet verplicht is hier overleg te voeren met de OR. Wanneer een PAGO eenmaal is afgenomen, dan is de procedure als volgt. De arbo-arts informeert de werknemers over de

geconstateerde zaken en over mogelijke vervolgacties. Er mag alleen informatie aan de werkgever gegeven worden wanneer de werknemer hiervoor toestemming geeft. De resultaten van het PAGO worden individueel gerapporteerd aan de deelnemers en er wordt een groepsrapportage opgesteld voor directie en ondernemingsraad (OR), waarbij de arbodienst adviseert over de vervolgacties (Van Werven & Van Heitling, 1997). De arbodienst draagt zorg voor een juiste interventie naar aanleiding van het PAGO.

Dataverwerkende en onderzoeksbureaus

Dataverwerkende en onderzoeksbureau's bieden arbodiensten ondersteunende diensten aan bij de invoer en verwerking van de PAGO-vragenlijstgegevens, bij de opbouw van referentie-bestanden. Daarnaast voeren deze bureau's in opdracht van de arbodiensten rapportages uit, bestaande uit individuele profielen met signalerende antwoorden en groepsrapportage. Het is niet bekend of al deze (markt)onderzoeksbureaus de PAGO-vragenlijstgegevens doorspelen aan de SKB ten behoeve van de opbouw van het Landelijk Referentiebestand.

6.1.3 *Duur, kosten en frequentie van het PAGO*

Gemiddeld duurt de uitvoering van het PAGO een uur (ter illustratie: 20 minuten invullen vragenlijsten, 15-30 min. biometrie en lichamelijk onderzoek, 15 min. spreektijd en enige wachttijd). Deze tijd kan, afhankelijk van de omvang van het onderzoek, variëren. De kosten die de arbodiensten rekenen voor een PAGO variëren en zijn afhankelijk van de omvang en de bij het onderzoek benodigde middelen. Een gangbaar PAGO met subjectieve meetinstrumenten en een medisch onderzoek (audiometrie, ECG, longfunctie- en bloedonderzoek) kost f150,- tot f 300,- per persoon. De kosten voor een geavanceerd onderzoek, bestaande uit een batterij aan metingen en testen (bijvoorbeeld sporen-elementen-analyse in het bloed, ECG onder belasting of een uitgebreid lichamelijk onderzoek), kunnen oplopen tot boven de f 1000,- per persoon. Voor het groeps-PAGO en rapportage van de geanonimiseerde gegevens worden meestal extra kosten in rekening gebracht. De ene arbodienst gaat daarbij uit van de kosten per groep of afdeling (f 300,), de andere arbodienst rekent met bedrijfsomvang (f 2000,- tot f 3000,- voor groepen tot 75 werknemers) (Kamp, 1995).

Op basis van het derde lid van artikel 24a zijn in het Arbeidsomstandighedenbesluit bepalingen opgenomen waarbij voor bepaalde categorieën werknemers de inhoud en de periodiciteit van het PAGO is vastgesteld. De periodiciteit van het PAGO is niet wettelijk vastgelegd voor (niet nader gespecificeerde) risico's waarnaar in het eerste lid van artikel 24a wordt verwezen. Dit zal voor een deel afhangen van de uitkomsten van het RI&E. Het is onbekend hoe vaak het PAGO voor die gevallen wordt toegepast. De

frequentie van het onderzoek bespreekt de werkgever met de OR (Kamp, 1995). Bruins Slot (1997) is van mening dat de periodiciteit bepaald dient te worden door arbeidsomstandigheden en de individuele belastbaarheid.

Tenslotte is onbekend hoe vaak PAGO wordt toegepast. Wel is duidelijk dat PAGO in het totaal van de door arbodiensten geleverde output van ondergeschikt belang is.

6.2 *Kwaliteit van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek*

6.2.1 *Eisen aan PAGO*

Alvorens overgegaan kan worden tot een beschrijving van kwaliteitsstrategieën die een bijdrage kunnen leveren aan een verbetering van de kwaliteit van het PAGO volgt nu een beschrijving van de eisen en normen die worden gehanteerd bij de uitvoering van het PAGO. In paragraaf 6.2.1.1 wordt ingegaan op de eisen die worden gesteld aan het PAGO, welke voortvloeien uit wettelijke regelingen. In de daarop volgende paragraaf wordt ingegaan op de normen die door diverse partijen worden gehanteerd bij de uitvoering van het PAGO. Vervolgens wordt beschreven welke kwaliteitsstrategieën reeds bij PAGO worden toegepast en wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de kwaliteit van PAGO.

6.2.1.1 *Wettelijke regelingen*

De verplichtingen die gedestilleerd kunnen worden uit de wettelijke regelingen zijn:

- werkgever schakelt een gecertificeerde arbodienst in voor de uitvoering van het PAGO
- het PAGO mag geen onnodige medicalisering inhouden, het onderzoek moet risico-gerelateerd zijn
- alle werknemers moeten in staat worden gesteld een PAGO te ondergaan
- werknemers mogen medewerking aan een PAGO weigeren
- aan de uitkomsten van het PAGO mogen geen rechtspositionele consequenties worden verbonden
- de Arbodienst adviseert de werkgever over de inhoud (welke groepen in aanmerking komen voor welke soort onderzoek) en de frequentie van het PAGO. De werkgever, die verplicht is in overleg te treden met de OR, neemt hierover de uiteindelijke beslissing.

Het probleem dat zich echter voordoet is dat de bovenstaande verplichtingen in de praktijk vaak niet zo duidelijk zijn zoals zij zich op het eerste gezicht laten aanzien. Deze onduidelijkheden hebben betrekking op:

- De werknemerspopulatie waarvoor het PAGO bedoeld is: aan de ene kant hebben alle werknemers recht op een PAGO, maar aan de andere kant dient het alleen te worden afgenomen bij die werknemers die blootgesteld worden aan specifieke risico's.
- De vormgeving van het PAGO: over de frequentie, opzet, diepgang en omvang van de PAGO-verplichting die voortvloeit uit het eerste lid van artikel 24a van de Arbowet worden geen richtlijnen gegeven.
- Rechtspositionele gevolgen bij het afgeven van individuele werkadviezen: in sommige gevallen zal de bedrijfsarts individueel gerichte werkadviezen aan de werkgever verstrekken, mits deze voorafgegaan worden door schriftelijke toestemming van de individuele werknemer. Dit kan onder meer advies inhouden over de wijze waarop de werkzaamheden worden voortgezet. Onduidelijk is welke financiële gevolgen deze adviezen hebben voor de werknemer en of er sprake is van indirecte gevolgen voor de rechtspositie van de werknemer.

6.2.1.2 *Randvoorwaarden, uitvoeringscriteria en protocollering*

Uit het voorafgaande is gebleken dat de wetgeving op sommige onderdelen aan duidelijkheid te wensen overlaat. Van Werven & Van Heitling (1997), auditoren van het PCA hebben een aantal randvoorwaarden geformuleerd waaraan voldaan moet zijn voordat tot een PAGO wordt overgegaan:

1. Herkenning. De gezondheidsrisico's moeten zijn vastgesteld. Over het algemeen geldt de RI&E als uitgangspunt. De risico's zijn benoemd en de grootte van elk risico is aangegeven.
2. Risico-gericht. Niet alle risico's zijn met een arbeidskundig onderzoek in te schatten. Zo zijn effecten van blootstelling aan nitreuze gassen niet aantoonbaar in bloed, urine of ademlucht. Een PAGO op deze wijze invullen is dus niet zinvol. Bij de beslissing om een PAGO uit te voeren, moeten alle partijen vaststellen of er vormen van onderzoek bestaan die gericht zijn op de verwachte of aangetoonde risico's. Dit betekent ook dat algemene health-check-ups niet tot het PAGO behoren. Het is niet de bedoeling om onderzoek te doen naar bijvoorbeeld cholesterolgehaltes als er geen relatie met een specifiek arbeidsgebonden risico te leggen is. Een voorbeeld van een zinvol PAGO is het opsporen van lood in het bloed van aan lood blootgestelde werknemers voordat nadelige gezondheidseffecten zijn opgetreden.
3. Redelijke verhouding (proportionaliteit) tussen de inspanning die het arbeidsgezondheidskundig onderzoek vraagt en het resultaat. De gezondheidswinst ofwel de voordelen (de ernst en de behandelbaarheid van de

geconstateerde aandoening) moeten opwegen tegen de nadelen (belasting van de onderzochte personen en de kosten).

4. Interventiemogelijkheden. Het bedrijf (de opdrachtgever) moet bereid zijn en de feitelijke mogelijkheden hebben om maatregelen te nemen die nodig zijn om de gezondheidsschade te beperken.

De hierboven genoemde voorwaarden kunnen worden aangevuld met een aantal criteria die zijn opgesteld door de WHO inzake algemeen bevolkingsonderzoek. Dit heeft geresulteerd in 9 criteria voor het uitvoeren van PAGO die worden gepresenteerd in de Leidraad PAGO van het SKB (Fortuin & Goedhart, 1997). Voor vier van de negen voorwaarden wordt verwezen naar de voorwaarden die Van Werven & Van Heitling (1997) hanteren. De overige 5 voorwaarden zijn:

1. Subsidiariteit: er is geen ander of beter middel beschikbaar om het doel te bereiken.
2. Kwaliteit instrumentarium. De kwaliteit van het instrumentarium is voldoende en de onderzoeksmethode is betrouwbaar en valide binnen het kader van het PAGO, is voldoende onderbouwd met normen en criteria voor de beoordeling, is geaccepteerd binnen de beroepsgroep van bedrijfsartsen en acceptabel voor de werknemers.
3. PAGO wordt uitgevoerd door gekwalificeerd personeel.
4. Bij de uitvoering van het onderzoek en de rapportage wordt voldaan aan de wettelijke bepalingen.
5. Periodiciteit: het PAGO is ingebed in een continu proces.

In de praktijk blijkt dat het 'streng' hanteren van bovenstaande beslissings- en uitvoeringscriteria voor een PAGO problemen oplevert, met name als het gaat het criterium dat betrekking heeft op het RI&E als startpunt voor het PAGO en het criterium dat betrekking heeft op de kwaliteit van het instrumentarium. Van doorslaggevend belang is het professionele oordeel van de bedrijfsarts (Fortuin & Goedhart, 1997).

Ten aanzien van de uitvoeringscriteria die in acht moeten worden genomen bij de beslissing wel of niet over te gaan tot een PAGO, vullen het PCA en het SKB elkaar aan. Beide organisaties vinden dat het PAGO maatwerk is: voor elke werksituatie apart moet beoordeeld worden wat een zinvolle invulling is. Er zijn geen (overzichts)studies bekend waarin de toepassing van genoemde uitvoeringscriteria in de praktijk is beschreven.

Het SKB tenslotte heeft een protocol, ofwel richtlijnen geformuleerd (geen dwingende voorschriften) voor de uitvoering van het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek opgesteld. Dit protocol bevat een stappenplan dat medewerkers van arbodiensten tot steun kan zijn bij de uitvoering van het

PAGO. Voor elke stap wordt het doel, de methode en de te raadplegen of te produceren documenten aangegeven. In het stappenplan worden 12 stappen beschreven (Handboek PAGO, SKB, 1994). Voor een uitgebreide beschrijving van het stappenplan wordt verwezen naar paragraaf 6.2.2.2.

6.2.2 *Gehanteerde kwaliteitsborgings- en kwaliteitsverbeteringsstrategieën*

Bij PAGO worden thans drie soorten kwaliteitsstrategieën toegepast: ontwikkeling van het vragenlijstinstrumentarium, protocollering en certificering. Het SKB speelt een belangrijke rol bij de eerste twee genoemde strategieën, het PCA bedient zich van certificering als kwaliteitsborgings- en kwaliteitverbeteringsstrategie.

6.2.2.1 *Instrumentontwikkeling als onderdeel van professionele of technische kwaliteit*

Bij de instrumentontwikkeling heeft het SKB slechts oog gehad voor de ontwikkeling van vragenlijsten die bij het PAGO worden ingezet. Deze vragenlijsten bevatten een basismodule en een of meer vervolgmodes. Het SKB heeft een basismodule ontwikkeld, alsmede een aantal modules die zijn bedoeld voor een specifieke groep werknemers. De volgende vervolgmodes zijn (tegen betaling) verkrijgbaar bij het SKB (SKB, 1994):

- Lichamelijke belasting
- Werkstress
- Kantoor
- Chauffeur
- Technisch personeel
- Kantoorwerk wegvervoer
- HBO-module (Van Poppel, 1996).

Bij de constructie van de schalen die zijn opgenomen in de specifieke modules wordt met name gelet op de betrouwbaarheid en (criterium-)validiteit. Daarnaast wordt bij de ontwikkeling van de vervolgmodes ook de mening gevraagd van de deelnemers en arbodiensten over de bruikbaarheid en de volledigheid van de testversie.

Ook andere organisaties, zoals NIA TNO en TNO Preventie en Gezondheid hebben zich beziggehouden met de ontwikkeling van het PAGO vragenlijstinstrumentarium. Zo heeft NIA TNO in opdracht van het ministerie van Defensie een speciale PAGO-module ontwikkeld. In een vervolgopdracht zal de inbedding van deze vragenlijsten in het hele uitvoeringsproces van het PAGO aan de orde komen.

6.2.2.2 *Protocollering als onderdeel van proces- of systeemkwaliteit*

Het SKB heeft een protocol ontwikkeld dat medewerkers van arbodiensten tot steun kan zijn bij de uitvoering van het PAGO. Voor elke stap wordt het doel, de methode en de te raadplegen of te produceren documenten aangegeven. In het stappenplan worden 12 stappen beschreven (Handboek PAGO, SKB, 1994).

- Stap 1: beslissen wel of geen PAGO (beslissen over wenselijkheid PAGO);
- Stap 2 tot en met 5: inhoudelijke, praktische en administratieve voorbereiding (vastleggen inhoud, organisatie en wijze van rapporteren, vlot laten verlopen van stap 6 en 7);
- Stap 6 tot en met 9: vragenlijst verstrekken, gegevens verzamelen, verwerken (individuele gegevens omvormen tot groepsgegevens en relateren aan referentiebestanden) en analyseren op (deel) groepsniveau;
- Stap 10: Rapporteren (bedrijf informeren over het verloop en uitkomsten PAGO en advies uitbrengen);
- Stap 11: Resultaten bespreken met bedrijf (resultaten bespreken en vervolgacties afspreken);
- Stap 12: Follow-up (uitvoering vervolgacties controleren, gevolgen voor arbo-beleid vaststellen).

Het werken volgens een vast protocol kan wel een rol spelen bij de certificatie van de Arbodienst (SKB, 1994). Onduidelijk is in welke mate arbodiensten van dit protocol gebruik maken.

6.2.2.3 *Certificering als onderdeel van systeemkwaliteit*

Certificatie van arbodiensten heeft als doel de werkgevers en de werknemers te overtuigen van een bepaald niveau van dienstverlening die wordt gegeven door de arbodienst (Berts, 1996). De Arbowet en het Besluit arbodiensten stellen eisen aan arbodiensten, die werkgevers bijstand verlenen bij het uitvoeren van het in artikel 18 van de Arbowet verplicht gestelde basispakket. Het uitvoeren van het PAGO is één van de vijf taken die behoort tot dit 'basispakket'. De eisen die het Besluit arbodiensten stelt hebben betrekking op de deskundigheid, de organisatie, de uitrusting en het functioneren van de arbodienst (SZW, 1994). De arbodiensten krijgen een certificaat wanneer zij aan de wettelijke vereisten hebben voldaan¹. De arbodiensten hebben tot 1 januari 1998 de tijd gekregen om aan de deskundigheidseisen te voldoen. Deze overgangperiode geldt ook voor het

¹ Per 14/09/98 is een nieuwe certificatieregeling voor de arbodiensten van kracht.

kwaliteitssysteem. Van de arbodiensten wordt verwacht dat zij deze gefaseerd gaan ontwikkelen. Vanaf 1994 geldt een minimumniveau aan procedures, richtlijnen en voorzieningen. Dit minimumniveau is de daaropvolgende jaren 1995, 1996 en 1997 uitgebreid. Als niet aan alle eisen wordt voldaan maar de afwijking qua aard en omvang niet al te groot is, kan een certificaat 'Arbodienst-onder voorschriften' worden verleend. Deze 'voorschriften' bevatten voorwaarden waaraan een arbodienst zal moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een volledig certificaat (SZW, 1994). Aan deze voorschriften zijn termijnen verbonden. Een certificaat is maximaal 4 jaar geldig. Gedurende de looptijd wordt jaarlijks een controle uitgevoerd om te bezien of de arbodienst nog steeds aan de eisen voldoet.

De uitvoering van de certificatie wordt verricht door het PCA. De toetsing van een arbodienst omvat 3 fasen:

- Fase I: Vooronderzoek naar de deskundigheid en organisatie. In deze fase wordt gekeken naar de formele eisen waaraan een arbodienst moet voldoen. Aan de hand van schriftelijke bewijsstukken, zoals diploma's, statuten, akten en overeenkomsten stelt het PCA vast of de arbodienst aan de eisen voldoet.
- Fase II: Kwaliteitssysteem arbodienst. Nadat de arbodienst de toetsing van fase 1 met goed gevolg heeft doorlopen dient vastgesteld te worden of de arbodienst beschikt over een kwaliteitssysteem waarop de dienstverlening aan bedrijven is gebaseerd. Dit kwaliteitssysteem moet de klanten het vertrouwen geven dat de diensten op een adequate wijze worden verleend. Voor de toetsing van het kwaliteitssysteem is aansluiting gezocht bij ISO 9001.
- Fase III: Beoordeling van de deskundige dienstverlening. Het zogenaamde Praktijkassessment is het instrument dat in deze fase door het PCA als aanvullend instrument wordt geïntroduceerd om de belangrijkste nadelen van uitsluitend een ISO-toetsing te ondervangen. Zowel dienstverlenende elementen van het gedrag van deskundigen als de belangrijkste vakinhoudelijke elementen kunnen met Praktijkassessment worden beoordeeld (Van Werven e.a. 1996). Bij deze methode worden de vijf wettelijk vereiste dienstverlenings-elementen, waar het PAGO deel van uitmaakt, en de drie functioneringseisen (onderkennen en beoordelen; adviseren; evalueren) met elkaar gecombineerd. Deze combinatie van eisen en taken levert vijftien cellen, ofwel vijftien beoordelingsdimensies op. Aan de certificatie-eisen van fase III is voldaan als op alle vijftien dimensies voldoende effectieve prestaties zijn geleverd. PCA auditoren beoordelen aan de hand van de door de arbodienst opgestelde prestatiebeschrijving of er sprake is van voldoende

effectieve prestaties. De beoordeling vindt plaats in twee stappen. Eerst geeft iedere auditor afzonderlijk een algemeen oordeel dat gebaseerd is op de prestatiebeschrijving. Vervolgens vindt verificatie plaats: bestudering achterliggende documenten, bezoeken aan de arbodienst en een aantal klanten. Na deze verificatie en bespreking tussen auditoren onderling, wordt een definitief oordeel gegeven.

Voor het PAGO betekent fase III het volgende (Van Werven & Linnenbank), 1996. (Functioneringseis-toepassing PAGO)

1. Onderkennen en beoordelen problematiek: het PAGO is gerelateerd aan de RI&E.
2. Adviseren over oplossingen voor vastgestelde problematiek: het PAGO-verslag bevat onderbouwde conclusies m.b.t. belastbaarheid en gezondheids-effecten, advisering werkgever en OR op het gebied van verbetering arbo.
3. Evalueren van het resultaat en de gevolgde werkwijze: arbodienst evalueert met opdrachtgever regelmatig de effectiviteit van het PAGO. Daartoe komen de bruikbaarheid van de adviezen die voortvloeien uit het PAGO en de periodiciteit en de groepen die voor PAGO aan de orde.

De certificatie-eisen van het PCA zijn minder uitgebreid dan de uitvoerings-criteria die door diverse auteurs voor het PAGO gepostuleerd zijn. Er zijn bijvoorbeeld geen eisen opgenomen die betrekking hebben op de beslissing om over te gaan tot het uitvoeren van het PAGO. Deze eisen zijn door medewerkers van het PCA geformuleerd (zie par. 6.2.1.2).

Onder de arbodiensten heerst onduidelijkheid over welke criteria en normen worden gebruikt bij de vaststelling of het PAGO wel of niet voldoet. Onduidelijk is ook hoe de PAGO-beoordeling door het PCA wordt meegewogen bij het al of niet toekennen van een certificaat (Van Putten, 1997).

6.2.3 *Kwaliteit van het PAGO: de huidige stand van zaken*

Tot op heden is er geen inzicht in de kwaliteit van de besluitvorming, de proceskwaliteit en de strategische kwaliteit van het PAGO. Dit geldt in mindere mate voor de technische kwaliteit van het PAGO-instrumentarium. Op grond van de certificering van de arbodiensten (zie ook par. 6.2.2.3), is enige duidelijkheid ontstaan in de mate waarin arbodiensten voldoen aan hun wettelijke verplichtingen.

Aangezien de basismodule van het PAGO voor een groot deel vergelijkbaar is met het PBGO, is het gerechtvaardigd een oordeel te geven over de technische

kwaliteit van de basismodule van het PAGO op basis van een beoordeling van de technische kwaliteit van het PBGO.

Van Dijk e.a. (1993) komen tot het volgende oordeel van de technische kwaliteit van het PBGO:

1. Standaardisatie: gemiddeld. Van Dijk e.a. veronderstellen dat er is wel sprake is van standaardisatie binnen, maar niet tussen de bedrijfsgezondheidsdiensten.
2. Betrouwbaarheid: onbekend. Onderzoeken naar de betrouwbaarheid zijn niet verricht.
3. Validiteit: goede 'face validity', aangetoond door acceptatie van het instrument door werk- en gezondheidsexperts. De criterium validiteit is niet vastgesteld. Individuele testresultaten dragen weinig bij aan de voorspelling van toekomstig ziekteverzuim.
4. Nauwkeurigheid: gemiddeld op afdelings- organisatie-niveau. Het aggregatie-niveau is onbepaald of niet geschikt voor conclusies op individueel niveau.

Evers (1995) heeft twintig vragenlijsten, die worden gebruikt in het kader van de diagnostiek van welzijn en welzijnsrelevante aspecten voor zover deze betrekking hebben op arbeid op genoemde aspecten beoordeeld. In dat verband is ook een oordeel gegeven over het PBGO. Evers komt daarbij tot de volgende beoordeling:

- Normgegevens zijn gebaseerd op gemiddelde scores van een groep bouwvakkers. Tevens zijn profielen beschikbaar die op deze groep zijn gebaseerd (Marcelissen e.a., 1988). Echter, vergelijkingen op groepsniveau zijn niet mogelijk omdat de standaardafwijkingen van de scores op de clusters niet worden vermeld.
- De betrouwbaarheid van met name de gezondheidsclusters bleek slecht.
- De PBGO-clusters konden slechts een gering percentage van de variantie van de verschillende verzuimparameters verklaren.

Hoewel er in het kader van de ontwikkeling van de SKB-vervolgmodules ook onderzoek is verricht naar de technische kwaliteit, wordt daar in de literatuur fragmentarisch over gepubliceerd. Overzichtsstudies waarin op een overzichtelijke wijze inzicht wordt gegeven in de belangrijkste technische kwaliteitskenmerken (validiteit en betrouwbaarheid) van de algemene PAGO-vragenlijst en de PAGO-vervolgmodules, ontbreken. Aangenomen wordt dat er gegevens over de technische kwaliteit van het PAGO-vragenlijst instrumentarium alleen toegankelijk zijn voor arbodiensten die lid zijn van het SKB en tegen betaling de vervolgmodules afnemen.

In het nu volgende worden enkele uitkomsten van onderzoeken naar de technische kwaliteit van het PAGO-vragenlijst instrumentarium op een rijtje gezet:

- Heinen en Reijnders (1995) hebben onderzoek verricht naar het verschil in 'signalerend' en 'differentiërend' vermogen m.b.t. het opsporen van probleemgebieden of knelpunten in de werksituatie tussen de traditionele PBGO-vragenlijst en de combinatie basismodule en de vervolgmodes 'Lichamelijke belasting' en 'kantoren'. Ondanks de kritische kanttekeningen die zij plaatsen bij de opzet van het onderzoek, concluderen zij dat de onderzochte modules PAGO méér en meer eenduidige informatie oplevert dan de volledige 'oude' PBGO-vragenlijst. Bijvoorbeeld: de groepsverzoeken van het modulair PAGO bieden meer mogelijkheden om aandachtsgebieden te klasseren dan de traditionele PBGO-vragenlijst.
- TNO Preventie en Gezondheid heeft een specifieke module ontwikkeld die de blootstelling aan fysieke belasting en daarmee samenhangende klachten van het bewegingsapparaat zou schetsen. Uit onderzoek blijkt dat de ontwikkelde module volgens werknemers en gebruikers een redelijk tot goed beeld van klachten en (knelpunten in) fysieke belasting geeft (Hildebrandt, 1995).
- Voor het HBO is een speciale module ontwikkeld door het IVA en het SKB. Deze is via een aantal arbodiensten getest bij 5 HBO-instellingen. Van Poppel e.a. (1996) concluderen dat op grond van betrouwbaarheidsanalyses geconcludeerd mag worden dat er sprake is van homogene schalen. Uit evaluatie-onderzoek onder deelnemers is naar voren gekomen dat vrijwel iedereen de vragen begreep en de toelichting bij de vragen duidelijk vond. Ook de medewerkers van de arbodiensten oordeelden in grote lijnen positief over de bruikbaarheid en de volledigheid van de PAGO-module HBO.
- Weel e.a. (1994) hebben een PAGO-vragenlijst ontworpen om objectieve werkkenmerken en beleving van werkomstandigheden en gezondheid van vrachtwagenchauffeurs in kaart te brengen. Het ontworpen instrument, bestaande uit een basisdeel en een specifieke beroepsmodule is onderzocht op volledigheid, relevantie, reproduceerbaarheid, begrijpelijkheid, uitvoerbaarheid en acceptatie. Op basis van de praktijktest is de ontworpen vragenlijst aangepast. Inmiddels is het basisdeel door het SKB in een vijftal verschillende sectoren buiten het wegvervoer uitgetest en op basis daarvan wederom op een aantal punten is aangepast. Deze basismodule is in 1994 beschikbaar gekomen, samen met enkele vervolgmodes en een handboek met een protocol.

De bovenstaande opsomming pretendeert geen representatief beeld te schetsen van onderzoek dat is verricht naar de PAGO-vragenlijsten. Het overzicht illustreert wel dat de onderzoeken qua opzet en doelstelling sterk van elkaar verschillen.

Het enige systematische onderzoek dat verricht wordt naar het PAGO, vindt plaats in het kader van certificering van de arbodiensten. Algemene conclusies van Robroek (1996) zijn:

- Alle gecertificeerde arbodiensten hebben voorschriften gekregen omdat ze niet voldoen aan de wettelijke eisen of omdat de prestaties op bepaalde terreinen onvoldoende zijn, dus tekort schieten in fase I, II of III.
Geen enkele arbodienst bezit een kwaliteitssysteem dat voldoet aan de normen zoals gesteld in de Certificatietoets arbodiensten (fase II).

Specifiek over PAGO komt Robroek tot de conclusie dat:

- het slecht is gesteld met het PAGO. Een groot aantal arbodiensten (66%) voldoet niet aan de wettelijke bepalingen of leveren onvoldoende prestaties. Dit is een zorgwekkende uitkomst als men zich realiseert dat per 1 januari 1998 alle arbodiensten aan de gestelde eisen van het PCA moeten voldoen. Ook Van Werven & Van Heitling (1997) zijn van mening dat er veel tekortkomingen zijn geconstateerd bij de opzet en uitvoering van het PAGO. De hercontroles van arbodiensten die zijn uitgevoerd door het PCA in 1996, wijzen uit dat de meeste arbodiensten zich weinig hebben aangetrokken van de voorschriften. Het is volstrekt onduidelijk welke acties de arbodiensten ondernemen om de kwaliteit van het PAGO te verbeteren en welke rol de overheid en het SKB in dit verbetertraject zullen spelen.

6.2.4 *Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsborging en -verbetering*

De arbodiensten worden nu nog gecertificeerd door het PCA van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Deze taak zal naar verwachting in de eerste helft van 1998 aan de markt worden overgedragen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 22 187, nr. 51). De Stichting Raad voor de Accreditatie heeft een raad van toezicht opgericht waarin de overheid, het bedrijfsleven, laboratoria, certificatie-instituten, wetenschappers, verzekeraars en consumenten-organisaties zitting hebben. Wanneer de certificering van de arbodiensten geprivatiseerd is, dan is het de bedoeling dat bij de raad een centraal college van deskundigen voor de certificering van arbodiensten in het leven wordt geroepen. Dit college van deskundigen zou dan de taak krijgen om eisen voor arbodiensten op te stellen die alle certificeerders dienen te hanteren. (Arbo en Milieu, jan. 1997).

Niet alle partijen zijn het met deze ontwikkeling eens. Zo vindt het FNV dat de privatisering vooralsnog op zich moet laten wachten totdat er sprake is van voldoende aanbod van gecertificeerde arbodiensten en de 'markt' daarmee tot rust is gekomen. Het FNV wijst er ook op, zo valt te lezen in het artikel van Berts in Arbo & Milieu (jan. 1997), dat onduidelijkheid van kwaliteitscriteria en

het ontbreken van een verankering in de wet, alsmede concurrentie tussen certificeerders zal leiden tot verlaging van de norm. Een verlaging van de norm zal in het algemeen in het nadeel zijn van arbodiensten die zich nu nog positief onderscheiden van andere arbodiensten, maar bij het verlagen van de norm deze positie moeten prijsgeven. De Arbodienst Midden en Oost Twente is daarentegen niet van mening dat concurrentie onder certificeerders ongunstig is voor kwalitatief betere arbodiensten.

6.3 *Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij PAGO; conclusies en aanbevelingen*

Deel 1 van dit rapport is afgesloten met een opsomming van voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming. Tot besluit van dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre bij PAGO aan deze voorwaarden wordt voldaan. Het gaat om de volgende punten:

- het ontwikkelingsstadium van de oordeelsvormingsprocessen
- bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende organisaties/management
- bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende professionals
- bereidheid bij de verschillende klantgroepen om gezamenlijk met de uitvoerende organisatie criteria en normen vast te stellen.

We lopen ze één voor één na.

6.3.1 *Ontwikkelingsstadium*

Het ontwikkelingsstadium van PAGO: belangrijke actoren als PCA en SKB blijken onderling verschillende opvattingen te hanteren over wat een PAGO nu eigenlijk is of zou moeten zijn. Geconstateerd is dat de globaal omschreven wettelijke verplichtingen uiteenlopende visies op de vormgeving van een PAGO toelaten.

Het PCA heeft een belangrijke rol gehad in de uitwerking van de wettelijke regelingen. Bruins Slot (1997) is echter van mening dat het niet aan het PCA is om te bepalen wat een PAGO is en hoe het PAGO-instrument in te zetten. Hij stelt dat relevant is wat in Europese en nationale wetgeving is vermeld.

Fortuin & Goedhart (1997) wijzen erop dat het SKB en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid nauw hebben samengewerkt bij het opstellen van richtlijnen/adviezen over hoe, op basis van een RI&E, de vorm en de inhoud van het PAGO kunnen worden bepaald. Zij stellen: *'Vanuit een andere invalshoek hebben alle auditoren van het PCA van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid commentaar gegeven en vond met hen uitvoerig overleg plaats*

over deze Leidraad. Het SKB vindt het belangrijk dat adviezen over de invulling van het PAGO sporen met de opvattingen van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Daarom zijn de opmerkingen van de auditoren zo goed mogelijk verwerkt en is op hoofdlijnen overeenstemming over de inhoud bereikt (uit: SKB-Leidraad, Voorwoord)'.

Inmiddels is gebleken dat de Arbeidsinspectie deze conclusies niet deelt. En het overleg met het ministerie heeft ook niet voorkomen dat het PCA en het SKB in hun publicaties over het PAGO verschillende terminologieën hanteren. Daarnaast is er sprake van accentverschillen in de uitwerking van het PAGO. De meest relevante afwijkingen zijn:

- primair individugerichte doelstelling (PCA) versus individu- én organisatiegerichte doelstelling (SKB)
- verschillende vormen van onderzoek (PCA) versus nadruk op vragenlijst-onderzoek (SKB).

Geconcludeerd wordt dat er nog geen sprake is van een breed gedragen productdefinitie, noch van een gemeenschappelijk idee op welke wijze PAGO uitgevoerd zou moeten worden.

6.3.2 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij de arbodiensten

De bereidheid tot kwaliteitszorg bij de arbodiensten omtrent PAGO is formeel een feit, aangezien PAGO een onderdeel vormt van het verplicht te verwerven certificaat door de arbodiensten. Eén van de problemen hierbij is echter is dat sinds TZ/Arbo het takenpakket van bedrijfsartsen vrijwel uitsluitend is gericht op individuele verzuimbegeleiding en secundaire preventie. Waarschijnlijk wordt binnen arbodiensten nog maar weinig tijd ingeruimd voor arbeids-gezondheidskundig onderzoek: de bereidheid om te investeren in de ontwikkeling van kwaliteitszorg rond PAGO zal hier niet positief door beïnvloed worden.

Een probleem van andere orde is dat er grote onduidelijkheid heerst over de eisen die het PCA hanteert bij de beoordeling van het PAGO in het kader van het certificatieproces. Daarnaast is eerder in dit rapport gesteld dat het eenzijdig opleggen van kwaliteitseisen belangrijke nadelen heeft, zeker in situaties waarin de inbreng van professionals essentieel is voor een kwalitatief goede dienstverlening. Dit punt wordt nader uitgewerkt bij de overige randvoorwaarden.

6.3.3 Bereidheid tot kwaliteitszorg bij professionals

De rol van professionals is bij PAGO cruciaal. De keuze om wel of niet over te gaan tot een PAGO en de invulling ervan kan niet geheel vastgelegd worden in protocollen omdat deze elementen per specifieke bedrijfssituatie kunnen verschillen: het professionele oordeel van de bedrijfsarts of verzekerings-

geneeskundige is hierin bepalend. De kwaliteit van dit professionele oordeel kan gewaarborgd worden door certificatie van de professional met daarnaast een systeem van verplichte herregistratie op basis van onder meer nascholing, intercollegiale uitwisseling en toetsing (visitaties).

Veel informatie over de motivatie van bedrijfs- en verzekeringsartsen actief te participeren in

kwaliteitszorg specifiek gericht op PAGO, is in dit onderzoek niet naar voren gekomen. Wél is recent in TBV, het verenigingsblad van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen een discussie gestart omtrent doel en aanpak van PAGO: binnen de beroepsgroep worden de huidige onduidelijkheden omtrent PAGO herkend en geproblematiseerd (Bruins Slot, 1997; Van Putten, 1997). Wanneer goed wordt ingespeeld op dit initiatief zou dit de bereidheid van de professionals kunnen versterken zich in te zetten voor het ontwikkelen van PAGO. Voorwaarde daarbij is wel dat het door PCA geleide certificatieproces de professionals niet (onnodig) inperkt, maar juist een stimulerend en ondersteunend effect heeft. Het echter is de vraag in hoeverre dat op dit moment het geval is.

6.3.4 *Bereidheid tot gezamenlijk ontwikkelen van criteria*

Jarenlange ervaring met kwaliteitsdiscussies in de huisartsgeneeskunde ontlokte Berwick (1989) de stelling dat controle van bovenaf om de kwaliteit te bevorderen op zijn best inefficiënt is, en op zijn slechts een gegarandeerde mislukking inhoudt. Een voortdurende open communicatie tussen de partijen over elkaars bedoelingen is nodig om ervoor te zorgen dat het gewenste evenwicht ontstaat tussen belangen van verschillende partijen (Grol, 1993). In dit licht worden vraagtekens geplaatst bij de bijdrage die de certificering van de arbodiensten levert aan de kwaliteitsborging of -verbetering van het PAGO. Ten eerste is het huidige certificatieproces gebaseerd op de eisen van een 'partij': de overheid heeft eenzijdig deze eisen voorgeschreven. Bijkomend probleem is dat over deze eisen (criteria en normen) onduidelijkheid heerst: er is verwarring over de aspecten die beoordeeld worden, en de beoordeling zelf is niet inzichtelijk. Thans voldoet op dit moment meer dan de helft van de arbodiensten niet aan de door de overheid gestelde kwaliteitseisen. Omdat de beoordeling zelf niet voldoende inzichtelijk is, bieden de uitkomsten ervan onvoldoende handvatten om gericht te werken aan verbetering van het PAGO. Ook het feit dat twee belangrijke actoren als PCA en SKB niet op één lijn zitten geeft aan dat er bij de verschillende klantgroepen nog geen sprake is van gezamenlijkheid in het ontwikkelen van normen. Het lijkt kortom noodzakelijk om naast het certificeringstraject een gestructureerd overleg tussen alle belanghebbende partijen over het PAGO op gang te brengen.

6.3.5 *Aanbevelingen*

In deze notitie is naar voren gekomen dat onderzoeksgegevens over de professionele kwaliteit van PAGO ontbreken of erg fragmentarisch zijn. Gegevens over overige kwaliteitsaspecten ontbreken geheel. Tevens is onduidelijk op welke schaal het PAGO wordt toegepast. Om uiteindelijk gefundeerde beslissingen te kunnen nemen over de koers die uitgezet moet worden ten behoeve van kwaliteitsborging of -verbetering van het PAGO is het gewenst onderzoek te initiëren om deze ontbrekende gegevens boven tafel te krijgen.

Hoe groot de kans is dat het veld consensus kan creëren over de te stellen normen aan het PAGO is op basis van dit onderzoek niet aan te geven. Wél is duidelijk naar voren gekomen dat het op gang brengen van een dialoog tussen alle belanghebbende een belangrijke voorwaarde hiervoor is: het succesvol invoeren van kwaliteitsbeleid bij kennisintensieve dienstverlening staat of valt immers met de kwaliteit van het implementatieproces. Een zorgvuldige communicatie tussen overheid, leveranciers, professionals en klantgroepen is een eerste voorwaarde voor het bereiken van overeenstemming op de essentiële punten. Op de agenda van dit overleg horen in ieder geval de volgende onderwerpen thuis:

- de interpretatie van de wetgeving
- gemeenschappelijk begrippenkader, methoden en technieken
- standaarden en richtlijnen voor een verantwoorde uitvoering van het PAGO
- de wijze waarop continue kwaliteitstoetsing plaats kan vinden (gegevensverzameling over bepaalde kwaliteitsaspecten, vergelijking met kwaliteitsrichtlijnen, feedback).

7. *De medische aanstellingskeuring*

7.1 *Introductie*

Het in dit hoofdstuk beschreven proces van oordeelsvorming, waarbij gebruik wordt gemaakt van de medische aanstellingskeuring, zal op korte termijn belangrijke veranderingen ondergaan als gevolg van nieuwe wetgeving: met ingang van 1 januari 1998 is de Wet op de medische keuringen van kracht. Dit hoofdstuk over medische aanstellingskeuringen bestrijkt globaal de periode 1990 - voorjaar 1998, vormt een terugblik op een periode die per 31 december 1997 is afgesloten, maar gaat ook in op de situatie hierna. De nieuwe wettelijke bepalingen over doel, aard en inhoud van medische keuringen worden beschreven, alsmede verwachte ontwikkelingen die zich binnen dit nieuwe wettelijke kader zullen aftekenen.

7.1.1 *Doel van de medische aanstellingskeuring*

Deze aanstellingskeuring is (globaal gezegd) bedoeld om de medische geschiktheid van een kandidaat voor een functie te bepalen. Dit kan van betekenis zijn om schade aan de gezondheid van de betrokkene of anderen te helpen voorkomen. Bij de aanstellingskeuring ligt er een duidelijke relatie tussen de uitkomst van de keuring en de rechtspositie van de keurling: afhankelijk van de uitslag van de keuring volgt al dan niet toetreding tot de functie.

Naast het beoordelen van de medische geschiktheid voor een functie wordt in recente literatuur ook het inschatten van risico's (ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) als doel van de keuring genoemd (Veerman en Ter Huurne, 1996).

In dezelfde publicatie worden naast (het sluiten van) een individuele arbeidsovereenkomst nog andere redenen genoemd voor het toepassen van aanstellingskeuringen: wettelijke bepalingen bij bepaalde functies of werkzaamheden, CAO-afspraken, afspraken met pensioenfondsen of particuliere verzekeringsmaatschappijen, etc.

Op 21 augustus 1997 is in het Staatsblad de Wet op de medische keuringen (WMK) gepubliceerd. Deze wet, ook wel aangeduid als de Wet Van Boxtel, bevat strikte bepalingen omtrent reden, doel en inhoud van de medische keuring. In artikel 1 van de wet wordt de medische keuring gedefinieerd als vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek

in verband met het aangaan of wijzigen van een dienstbetrekking of een verzekering.

Artikel 2, eerste lid, vermeldt dat "Keuringen worden naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht". Van belang voor het doel van keuringen is artikel 4: "Keuringen in verband met het aangaan en wijzigen van een (...) arbeidsverhouding (...) worden slechts verricht indien aan de vervulling van de functie (...) bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld. Onder medische geschiktheid voor de functie wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid" (artikel 4, lid 1). De wet verbiedt voor het overige het stellen van vragen over de gezondheidstoestand of het ziekteverzuim in het verleden (artikel 4, lid 2). Zie voor een uitgebreide behandeling van de WMK paragraaf 7.2.1.2.

De afgelopen jaren is het gebruik van medische aanstellingskeuringen behoorlijk toegenomen. De verwachting dat deze trend met het van kracht worden van de nieuwe wet zal worden omgebogen komt bij een eerste peiling, voorjaar 1998 slechts gedeeltelijk uit. Een telefonische enquête van het Ctsv onder 1200 werkgevers laat weliswaar een grote daling zien in het aantal bedrijven dat medische keuringen laat verrichten bij aanstellingsprocedures. Echter, circa 40% van de bedrijven geeft tevens aan bij sollicitatieprocedures standaard vragen te stellen over de gezondheid (Berendsen e.a., 1998). Deze eerste onderzoeksresultaten staan op gespannen voet met de WMK, die immers terughoudendheid dicteert bij het toepassen medische keuringen. Bij het aangaan of wijzigen van een dienstbetrekking zijn vanaf 1 januari 1998 medische keuringen uitsluitend toegestaan indien de vervulling van de functie bijzondere eisen stelt aan de medische geschiktheid. Daaronder worden ook begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid. Het gebruik van medische keuringen als instrument voor risicoselectie met het van kracht worden van deze wet ingevolge de artikelen 2 en 4 verboden.

7.1.2 Actoren en aard van het keuringsproces

Cremer, Mul & Wevers (1997) geven een overzicht van actoren die betrokken zijn bij oordeelsvorming over individuele werknemers. Deze kunnen onderscheiden worden naar partijen die een voorwaardenscheppende of een uitvoerende rol vervullen. Tabel 1 geeft een overzicht van actoren relevant voor aanstellingskeuringen aangevuld met gegevens uit verdere literatuur.

De aanstellingskeuring bestaat meestal uit een vragenlijst/vraaggesprek betreffende gezondheidskundige aspecten en/of een lichamelijk onderzoek en eventueel

aanvullend onderzoek. De aanstellingskeuring werd voorheen uitgevoerd door bedrijfsartsen bij arbodiensten en huisartsen. In 1997 is daar door wijziging van Artikel 18 van de Arbeidsomstandighedenwet verandering ingekomen: aanstellingskeuringen mogen nu nog uitsluitend door arbodiensten verricht worden (Staatsblad 178, 1997, Artikel XLIII Arbeidsomstandighedenwet).

7.1.3 *De toepassing van aanstellingskeuringen*

Sinds het begin van de jaren negentig worden aanstellingskeuringen steeds vaker toegepast. In de grootte van deze stijging verschillen de publicaties echter. Zo is vastgesteld dat het aantal medische aanstellingskeuringen van 1992 op 1993 sterk is toegenomen. Volgens Andriessen e.a. (1995), die zich baseerden op onderzoeken van de Loontechnische Dienst van het ministerie van SZW onder bedrijven en artsen (LTD, 1994) en een soortgelijk onderzoek van het NIPG-TNO (Lourijssen e.a., 1993), is met name in middelgrote ondernemingen (10-100 werknemers) een toename zichtbaar.

Het percentage keuringen verschoof hier van 18% in 1992 naar 56% in 1993. In grote bedrijven (100+) bleef dit aantal ongeveer constant (64%) en in kleinere bedrijven (2-10 werknemers) bleek het aantal medische aanstellingskeuringen vrijwel nihil.

Ter Huurne e.a. verschaffen in de rapportages over de tweede (1996) en derde (november 1997) meting van het ZARA-Werkgeverspanel informatie over het gebruik van aanstellingskeuringen in 1995, respectievelijk 1996. In 1995 is bij 18% van de bedrijven waar personeel werd aangenomen, gebruik gemaakt van aanstellingskeuringen.

In 1996 is dit gedaald naar 16%. Grote bedrijven verrichtten vaker aanstellingskeuringen dan kleinere: 93% (1995 96%) van de bedrijven met 500 of meer werknemers maakten gebruik van aanstellingskeuringen tegen 6% (1995 9%) van de bedrijven met 2-9 werknemers. Ten aanzien van 1995 is er in 1996 weinig veranderd in het patroon van gebruik van aanstellingskeuringen (met uitzondering van de sector Detailhandel, waar sprake is van een daling; zie verder). Bedrijfssectoren met relatief veel aanstellingskeuringen zijn de Procesindustrie (49%, was 53%) en de Gezondheidszorg (50%, was 47%). Sectors waarin men relatief weinig gebruik maakt van aanstellingskeuringen zijn de Horeca (1%, was 1%), Landbouw (3%, was 5%) en de Detailhandel (2%, was 8%). De sectorverschillen blijken na correctie voor bedrijfsomvang in stand te blijven. Vergelijking met eerder onderzoek is volgens de auteurs lastig door verschillen in methodische opzet, in onderzoekseenheden (andere bedrijfstak-

indeling, grootteklassen en al dan niet opnemen van overheidsbedrijven in het onderzoek) en in andere onderzoekscriteria.

Tabel 1: Overzicht van voorwaardenscheppende en uitvoerende instanties bij de medische aanstellingskeuring

Voorwaardenscheppende instanties	Uitvoerende instanties
Landelijke overheid, de ministeries: <ul style="list-style-type: none"> - SZW - VWS - ministerie van Justitie - Stichting van de Arbeid - Gezondheidsraad 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbodiensten - Huisartsen
Sociale partners: <ul style="list-style-type: none"> - werkgeversorganisaties - werknemersorganisaties 	Expertise en adviezen: <ul style="list-style-type: none"> - Particuliere expertise centra (bijv. psychologisch adviesbureau)
Gedelegeerd opdrachtgever: <ul style="list-style-type: none"> - Lisv 	
Toezichhoudende organen <ul style="list-style-type: none"> - Ctsv - SZW - Kantongerecht - Centrale Raad van Beroep - Gerechtshof - Medisch Tuchtcollege - ombudsman verzekeringen en pensioenen - nationale ombudsman (overheidsdiensten) 	
Koepels, belangenorganisaties: <ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfstakken - Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) - Beroepsverenigingen (NVVA, NVP) - Belanghebbende artsorganisaties (KNMG, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Landelijke Huisartsen Vereniging, Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen) - Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg - Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars 	
Consumenten/cliëntenorganisaties: <ul style="list-style-type: none"> - Gehandicaptenraad, NCCZ, Stichting Pandora, Breed platform verzekeringen en werk (BPV-W) FvO, NVSE, etc. 	

Zoals eerder aangegeven maakte in 1996 16% (1995 18%) van de bedrijven gebruik van aanstellingskeuringen. Dit is een percentage op bedrijfsniveau. Een ander cijfer ontstaat als men beziet welk deel van de in 1995 en 1996 geworven werknemers feitelijk met een aanstellingskeuring van doen heeft gehad: bij 28%

van alle wervingsprocedures in 1996 is gebruik gemaakt van een aanstellingskeuring (in 1995 was dit 25%). Terwijl het percentage bedrijven met aanstellingskeuringen van '95 op '96 is afgenomen, is het percentage op werknemersniveau dus juist gestegen.

Ter Huurne e.a. komen tot de volgende conclusies:

- grote bedrijven maken meer gebruik van aanstellingskeuringen dan kleine
- in bijna een derde van alle wervingsprocedures wordt een aanstellingskeuring gebruikt.

Bij de tweede meting van het ZARA-Werkgeverspanel in 1996 is bedrijven gevraagd naar de grondslag, doel en uitvoering van aanstellingskeuringen. De grondslag verwijst naar de formele reden voor het toepassen van aanstellingskeuringen. De antwoorden op deze vraag luiden als volgt (meerdere grondslagen waren mogelijk):

- onderdeel individuele arbeidsovereenkomst (39%)
- onderdeel contract met BGD/Arbodienst (17.9%)
- CAO-bepaling (15.7%)
- onderdeel contract met particuliere verzekeringsmaatschappij (14.2%)
- wettelijke bepalingen. Dit zijn bepalingen die de werkgever verplichten om een aanstellingskeuring te laten verrichten bij aanname van personeel voor een bepaalde functie en/of bepaalde werkzaamheden (10.2%)
- onderdeel contract met pensioenfonds (9.8%)
- andere grondslagen (32.8%).

De meest genoemde grondslag is het individuele arbeidscontract (39% van de bedrijven), gevolgd door de categorie overige grondslagen (33%). Van alle bedrijven met aanstellingskeuringen geeft 74% één grondslag op, de overige 26% noemen meerdere grondslagen, waarbij allerlei combinaties voorkomen.

Volgens 77% van de bedrijven was het nagaan of de kandidaat geschikt is voor de functie altijd of meestal een doel van de keuring. Tussen de verschillende bedrijfsgroottesklassen was hierin weinig verschil. In het kader van de risicoselectie bij nieuw personeel is het van belang om te weten in welke mate de aanstellingskeuringen bedoeld zijn om het toekomstig risico van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in te schatten. Voor bijna 50 procent van de keurende bedrijven blijkt dat altijd een doel van de keuring te zijn, en voor nog eens bijna 20 procent meestal of soms. Wanneer de antwoorden 'altijd' en 'meestal' bij elkaar worden opgeteld, blijkt dat aanstellingskeuringen met als doel om het verzuimrisico in te schatten minder wordt gebruikt naarmate bedrijven groter zijn. Bij de kleinste bedrijven gebruikt 75 procent de aanstellingskeuring met als doel om het verzuimrisico in te schatten; bij de grootste bedrijven 37 procent.

Het overgrote deel (84 procent) van bedrijven die gebruik maken van aanstellingskeuringen hanteren daarbij vaste procedures en/of richtlijnen. De bedrijfsgezondheidsdienst of arbodienst is bij de meeste bedrijven (68 procent) de instantie die de procedures en/of richtlijnen bij aanstellingskeuringen heeft opgesteld. Op de tweede plaats komt het bedrijf zelf: 35 procent van de bedrijven geeft aan zelf ervoor verantwoordelijk te zijn. Andere instanties (bijvoorbeeld adviesbureau, CAO-partijen, KNMG) worden weinig genoemd als opstellers van de procedures en richtlijnen.

7.1.4 Afkeuringen

Uit onderzoek onder artsen en bedrijven blijkt dat begin jaren negentig jaarlijks gemiddeld 1 à

2% van de keurlingen wordt afgekeurd. In absolute zin ging het dan om zo'n 2.000 - 6.000 afgekeurden per jaar. Daarnaast worden door bedrijfsartsen jaarlijks nog eens 3% van de keurlingen en door de huisarts 6% van de keurlingen "beperkt medisch geschikt" bevonden. Onbekend is het aantal kandidaten dat zich om redenen van dreigende afkeuring terugtrekt uit de sollicitatieprocedure (Lourijzen e.a., 1991). Het komt ook voor dat een advies aan de kandidaat wordt gegeven om zich terug te trekken uit de sollicitatieprocedure. De kandidaat wordt dan niet afgekeurd en krijgt zo geen label (maar ook niet het betreffende werk).

De Loon Technische Dienst (LTD) van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in het tweede kwartaal van 1994 bij 1.700 artsen en circa 900 bedrijven met twee of meer werknemers een onderzoek verricht naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993. Dit onderzoek (LTD, 1994) is een vervolg op een eerdere meting die in 1992 is verricht door het NIPG/TNO. Het percentage kandidaten dat volgens de bedrijfsartsen medisch ongeschikt was gaf een toename te zien van (1.8% naar 5%). Bij de ondervraagde huisartsen bleef dit percentage ongeveer gelijk (van 1.4% in 1991 naar 1.2% in 1993). Andriessen (1995) gaf als mogelijke verklaring het verschillende perspectief van waaruit huisartsen en bedrijfsartsen keuren. Huisartsen zouden meer vanuit de gezondheid van de werknemer keuren, terwijl bedrijfsartsen dit meer zouden doen vanuit het risico-selectie-belang van de werkgever en de relatie met de te verrichten werkzaamheden. Opmerkelijk is voorts dat volgens de onderzochte bedrijven het aantal afgekeurde sollicitanten in dezelfde periode juist zou zijn gedaald: in middelgrote bedrijven van 3% in 1991 naar 1.5% in 1993 en in grote bedrijven van 2% in 1991 naar 0.5% in 1993. Andriessen (1995) constateert dat het rapport van de LTD deze discrepantie niet signaleert.

De belangrijkste reden voor afkeuring van kandidaten was voor zowel huisartsen als bedrijfsartsen in 1993 de aanwezigheid van een ziekte/aandoening. Als tweede belangrijke reden noemen de bedrijfsartsen een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte/aandoening door het werk. Bij huisartsen komt het voorkomen van risico's voor het bedrijf op de tweede plaats. De onderzoeksresultaten voor wat betreft de afkeuringsredenen in het herhalingsonderzoek in 1993 zijn om redenen van methodologische aard niet te vergelijken met die van 1991.

Meer recentere gegevens over de resultaten van aanstellingskeuringen vinden we opnieuw in de rapportage over het ZARA-Werkgeverspanel (Ter Huurne e.a., 1996). Bij 10% van de bedrijven die aanstellingskeuringen laten verrichten, heeft wel eens een herkeuring plaats gevonden. Van het totaal aantal personen dat in 1995 een aanstellingskeuring onderging is 1% herkeurd. Het aantal afwijzingen als gevolg van de aanstellingskeuring is kleiner dan het aantal herkeuringen. Bij 4% van de bedrijven die gebruik maken van aanstellingskeuringen is in 1995 wel eens een sollicitant afgewezen op grond van de aanstellingskeuring. Van het totaal aantal personen dat een aanstellingskeuring onderging is in 1995 0.5% afgewezen op grond van het keuringsresultaat. De rapportage over de raadpleging van het ZARA-panel in 1996 bevat geen gegevens over het resultaat van de keuringen.

7.1.5 *Trends in aanstellingskeuringen*

De in de verschillende publicaties gesignaleerde stijging van het aantal aanstellingskeuringen wordt in verband gebracht met recente wijzigingen in de sociale zekerheid (hier is geen gericht onderzoek naar verricht, het blijven aannames). Met name sinds de privatisering van de Ziektewet (TZ/Arbo en WULbZ) lopen bedrijven grotere financiële risico's bij ziekte en arbeidsongeschiktheid van hun werknemers. De invoering van de wet Pemba (premiedifferentiatie en de mogelijkheid van een eigen risico bij de WAO) met ingang van 1998 maakt dit risico alleen maar groter. Dit versterkt wellicht de behoefte van werkgevers risico's bij het aannemen van personeel te vermijden of in ieder geval zo veel als mogelijk te reduceren.

Eén van de mogelijke gevolgen is dat bedrijven aanstellingskeuringen meer als een risicoselectieinstrument gebruiken ('instroomselectie'): een verschuiving van functiegericht naar risicogericht keuren (Heemskerk, 1996). Andriessen e.a. (1997, p.38) wijzen op een andere mogelijkheid: "Arbeidsorganisaties blijken voorzichtiger geworden met het aannemen van werknemers die gezondheidsklachten hebben of een risicovolle sport beoefenen. Werknemers worden vaak eerst flexibel aangenomen om zowel hun functioneren als hun verzuim te testen" ('verlengde instroomselectie') Een derde optie om gezondheidsrisico's te minimaliseren zou zijn om werknemers aan het eind van hun tijdelijke contract

een stevig arbeidsmedisch onderzoek laten ondergaan, voordat de beslissing over omzetting in een vast contract genomen wordt. In het algemeen kunnen bedrijven personeel met een verhoogd ziekteverzuim sneller laten afvloeien ('uitstroomselectie'). Het ZARA onderzoek brengt alle drie vormen van risicoselectie in kaart. Ter Huurne e.a. (1997) schrijven onder andere:

- "Bedrijven met nieuw personeel in 1996 selecteren het meest op de werkervaring en opleiding van nieuw personeel. Ruim een derde selecteert mede op verzuimrisico's, zoals ziekte of gebrek, verzuimverleden en/of WAO-achtergrond, en risicovol gedrag. Grotere bedrijven selecteren minder vaak streng op verzuimrisico's dan kleine bedrijven.
- Van alle bedrijven met nieuw personeel in 1996, geeft 15 procent aan strenger dan in voorgaande jaren te zijn gaan selecteren op verzuimrisico's. Loondoorbetaling is de meest genoemde reden voor de strengere selectie. Maar in vergelijking met 1995 wordt de verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte minder vaak genoemd als reden. De continuïteit van het werkproces daarentegen wordt vaker genoemd als reden. Grotere bedrijven zijn minder vaak strenger gaan selecteren.
- Meer dan de helft van de bedrijven met instroom in 1996 is in de proefperiode sterk gaan letten op het ziekteverzuim van nieuw personeel en een vijfde van de bedrijven is bewust met tijdelijk aanstellingen gaan werken ('verlengde instroomselectie'). In vergelijking met 1995 is het aandeel bedrijven dat vanwege het verzuimrisico met tijdelijke aanstellingen werkt, licht gedaald".

Van belang is de conclusie van deze auteurs dat in 1996 alles bijeen genomen de risicoselectie ten opzichte van het voorafgaande jaar niet (verder) is toegenomen. Omdat ook 1996 met de inwerkingtreding van de Wulbz in het teken stond van toenemende financiële risico's voor werkgevers bij arbeidsongeschiktheid, staat deze uitkomst enigszins op gespannen voet met de eerder gegeven verklaring voor de stijgende populariteit van aanstellingskeuringen.

7.2 *Kwaliteit van medische aanstellingskeuringen*

7.2.1 *Eisen aan medische aanstellingskeuringen*

7.2.1.1 *Protocol Aanstellingskeuring*

Sinds 1 januari 1996 is het Protocol Aanstellingskeuringen van kracht. Dit protocol is op verzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en onder voorzitterschap van de KNMG ontwikkeld door artsen-, patiënten-, werkgevers- en werknemersorganisaties. Het protocol bevat afspraken over doel, voorwaarden, informatie, inzage, rapportage en communicatie, herkeuring en een klachtenprocedure.

Enkele elementen uit het protocol zijn:

- Een verbod op vragen over erfelijke aanleg, (voorgenomen) zwangerschap, HIV-stoffen.
- Er kan alleen gekeurd worden als de werkgever functie-eisen heeft benoemd (eventueel met steun van de arbodienst).
- De keurling dient de medische eisen van de functie te kennen.
- De keurling heeft het recht als eerste geïnformeerd te worden over de uitslag van de aanstellingskeuring. De keurling beslist vervolgens of de opdrachtgever in kennis gesteld mag worden van de uitslag van de keuring. Zonder gerichte toestemming van de keurling mag geen informatie over de keurling aan derden (inclusief de opdrachtgever) worden verstrekt.
- De werkgever wordt alleen de gevolgtrekking van de keuring gerapporteerd: positief, positief onder bepaalde beperkingen (bepaalde maatregelen zijn geboden) en negatief (er zijn medische bezwaren tegen de aanstelling).

Het protocol kan beschouwd worden als een stelsel van kwaliteitsnormen dat door diverse klantgroepen in onderling overleg is vastgesteld. De normen betreffen globale richtlijnen voor de inhoud van de keuring en regelen de communicatie over de uitslag.

Het overwegende karakter van het protocol was die van een *gedragscode*. Het protocol had echter geen wettelijk (verplichtend) karakter. De begeleidingscommissie heeft tot medio '97 gewerkt aan afspraken over een klachten-procedure, maar definitieve overeenstemming is niet bereikt. Daarmee is dit onderdeel van het protocol tot op heden nog niet geëffectueerd.

7.2.1.2 *De Wet op de medische keuringen*

Op 21 augustus 1997 zijn in het staatsblad regels gepubliceerd "tot versterking van de rechtspositie van hen die een medische keuring ondergaan", de Wet op de medische keuringen.

Met inachtneming van enkele wijzigingen op deze wet (Tweede kamer der Staten-Generaal 25684 1-2, 3, A, B en 4, vergaderjaar 1997 - 1998) wordt in artikel 1 onder keuring verstaan: "vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:

1. een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt
2. een aanstelling in openbare dienst
3. een burgerrechtelijke pensioen- levensverzekering
4. een toezegging, als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet
5. een verzekering wegens arbeidsongeschiktheid naar burgerlijk recht, of

6. een verzekering als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, met betrekking tot een Nederland gelegen risico (artikel 1, lid a).

Met deze omschrijving is vastgelegd om welke reden een medische keuring mag plaatsvinden.

Artikel 2 stelt: "Keuringen worden naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht" (eerste lid) en dat keuringsgegevens slechts gebruikt mogen worden voor het doel waarvoor ze zijn verkregen (tweede lid).

Artikel 4 stelt nadere regels ten aanzien van het verrichten van de keuringen waaronder de bepaling dat alleen gekeurd mag worden voor functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid (zie par. 7.1.2).

De artikelen 3, 5, 6, 7 en 8 geven strikte maar globale aanwijzingen voor de vragen en medische onderzoeken.

De wet is gebaseerd op het principe van geconditioneerde zelfregulering: de wetgever stelt een wettelijk kader vast, waarbinnen betrokken actoren in onderling overleg afspraken maken over nadere invulling van de regelgeving.

In artikel 9 wordt hiervan gewag gemaakt. "Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8".

Ingevolge artikel 13 lid 1 kunnen de representatieve organisaties een onafhankelijke klachtencommissie instellen. "De commissie neemt de klachten met betrekking tot het in of op grond van deze wet geregelde en de afspraken bedoeld in artikel 9 in ontvangst en doet aan de klager en degene over wie is geklaagd, haar oordeel over de klacht toekomen" (artikel 13, lid 2). De organisaties stellen ook het reglement voor de klachtencommissie vast (art.13 lid 3).

Conform artikel 14 lid 1 kunnen bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld omtrent het bepaalde in de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, en 13.

Indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken, als bedoeld in de artikelen 9 en 13 zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen, worden bij algemene maatregel van bestuur daaromtrent regels gesteld.

7.2.1.3 Overige eisen

Jansen e.a. (1993) vonden in de literatuur dat er ten aanzien van keuringssituaties bepaalde criteria kunnen worden gesteld die zijn ontleend aan het recht op gelijke behandeling, privacy, lichamelijke integriteit, goede trouw en beroepsplichten van de keurend arts. Deze eisen hebben betrekking op de inhoud van de keuring, onder andere de onderzoeksmethoden die gehanteerd worden in keuringssituaties. Wat betreft de onderzoeksmethoden zijn deze eisen als volgt:

- Ze mogen geen of slechts gering risico voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de keurling opleveren.
- Ze dienen valide te zijn, zodat eventuele interpretatiefouten in redelijke verhouding staan tot de uiteindelijke doelstelling.
- Het te verrichten onderzoek moet relevant zijn voor het verwezenlijken van het doel van de keuring (relevantiecriterium).
- Het te verrichten onderzoek moet noodzakelijk zijn voor het te bereiken doel van de keuring; speciaal voor invasief en belastend onderzoek geldt dat er geen minder belastende of ingrijpende methode mogelijk is (subsidiariteitscriterium); en het te verrichten onderzoek moet in verhouding staan tot het doel van de keuring (proportionaliteitscriterium)
- De onderzoeksmethoden mogen niet leiden tot ongerechtvaardigde differentiatie en discriminatie van groepen in de samenleving.

Een andere benadering van kwaliteitseisen bij aanstellingskeuringen vinden we bij De Kort (1990) en Van Dijk e.a. (1993). Zij omschrijven het kwaliteitsbegrip als: "de mate waarin het geheel van eigenschappen van dit instrument voldoet aan de eraan gestelde eisen, welke voortvloeien uit het gebruiksdoel". Met 'instrument' verwijzen zij naar vier typen processen van oordeelsvorming: waarvan de aanstellingskeuring er één is. In de beoordeling van de kwaliteit van deze typen oordeelsvorming onderscheiden de auteurs de volgende categorieën:

1. Bepaling van het object van de oordeelsvorming en het onderzoeksdesign.
2. Technische of operationele kwaliteit (wat en hoe goed aanstellingskeuringen dienen te meten).
3. Proces of relationele kwaliteit (in hoeverre de aanstellingskeuring een acceptabel en wenselijk middel is).
4. Strategische kwaliteit (in hoeverre met een aanstellingskeuring het 'gestelde doel' kan worden bereikt): de keuze van instrumenten dient gebaseerd te zijn op het leveren van een bijdrage tot het behalen van het gestelde doel. Dit heeft te maken met effectiviteit, of men de goede selectiemethode gebruikt. Een bijzonder kenmerk van strategische kwaliteit is de veronderstelde aanwezigheid van niet gewenste neveneffecten van een assessment, zoals het ten onrechte afkeuren van personen bij een aanstellingskeuring (de zg. vals-positieve selecties).

De Kort en Van Dijk gaan bij punt 4, strategische kwaliteit, met betrekking tot 'het behalen van het gestelde doel', niet in op de vraag door wie of op welke wijze dat doel wordt bepaald. Voor de volledigheid wordt hier voorts opgemerkt dat categorie 3 'proceskwaliteit' in deze opsomming verwijst naar de interactie tussen betrokken actoren. Dit in tegenstelling tot de onderhavige publicatie waarin proceskwaliteit betrekking heeft op het voortbrengingsproces.

De auteurs hebben de vier categorieën kwaliteitseisen uitgewerkt in een aantal criteria (zie volgende paragraaf, tabel 2). Het belang van het werk van De Kort en Van Dijk e.a. voor deze rapportage is hun oordeel over de kwaliteit van aanstellingskeuringen, afgezet tegen deze criteria. Dit onderwerp komt aan bod in de volgende paragraaf.

7.2.2 Kwaliteit van medische aanstellingskeuringen: de huidige stand van zaken

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de kwaliteit van aanstellingskeuringen. In Nederland is met name vanaf begin jaren negentig onderzoek gedaan naar kwaliteitskenmerken van aanstellingskeuringen. Lourijsen e.a. (1991) hebben een onderzoek gedaan naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland. Zij schreven een rapport over zes deelonderzoeken naar de omvang, uitvoering en kwaliteit van medische aanstellingskeuringen.

Jansen e.a. (1993) inventariseerden het voorspellend medisch onderzoek in keuringssituaties. Zij onderzochten tevens de voorspellende waarde van de vragen en tests in relatie tot het doel van de keuring en deden een uitspraak over welke vragen en welke tests wetenschappelijk gezien zinvol gebruikt kunnen worden. De Gezondheidsraad heeft het rapport van Jansen beoordeeld en ondersteunde de conclusies in dit rapport over de aanstellingskeuringen (Gezondheidsraad, 1993). Een belangrijke kanttekening was dat, in tegenstelling tot de medische tests, de vragenlijsten en psychische factoren wat onderbelicht zijn gebleven in het rapport van Janssen e.a. Vanwege het belang van deze onderdelen zouden ze meer aandacht en gedegen onderzoek verdienen, aldus de Gezondheidsraad. Lourijsen e.a. (1993) richtten zich op de gehanteerde procedures bij de aanstellingskeuring met als doel een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de keuring, in het bijzonder over betrouwbaarheid en daarmee indirect ook over de validiteit van de keuring.

In bovengenoemde onderzoeken bleek de voorspellende waarde van medische aanstellingskeuringen gering te zijn. Dit gold ook voor de betrouwbaarheid en validiteit van de keuringen. Om de medische geschiktheid van een sollicitant voor een functie te kunnen bepalen is de aanstellingskeuring geen goed selectie-instrument.

Zoals reeds vermeld hebben De Kort (1990) en Van Dijk e.a. (1993) vier soorten beoordelingen onderzocht, waaronder aanstellingskeuringen. Voor aanstellingskeuringen komen zij met gebruikmaking van hun systeem van kwaliteitsbeoordeling tot de conclusies, vermeld in tabel 2.

Deze tabel geeft een overzicht van de verschillende aspecten van kwaliteitsbepaling voor wat betreft aanstellingskeuringen. De technische kwaliteit is bestudeerd door De Kort in de setting van een bedrijfsgezondheidsdienst bij een overheidsinstelling. De aanstellingskeuringen scoren slecht qua standaardisatie, betrouwbaarheid, validiteit en nauwkeurigheid.

Tabel 2: Beschrijving en kwaliteitsbeoordeling van aanstellingskeuringen

Onderwerp/design	
meetonderwerp	: gezondheid-gerelateerde aspecten van sollicitanten
onderwerp-aspecten	: gerelateerd aan werk/werkomstandigheden
maatwerk	: idealiter wel
populatie selectie	: alleen sollicitanten
situatie selectie	: niet relevant
éénmalig/periodiek	: éénmalig
aggregatie niveau	: geen
Technische kwaliteit	
standaardisatie	: in het algemeen slecht
betrouwbaarheid	: slecht
validiteit	: slecht
nauwkeurigheid	: slecht
Proceskwaliteit	
werknemers	: matig
werkgevers	: goed
gezondheidszorgorganisaties	: goed
Strategische kwaliteit	: slecht (preventie van arbeidsongeschiktheid)

Bron: Van Dijk e.a., 1993

De *proceskwaliteit* is volgens deze auteurs voor werknemers acceptabel (keuring als preventieve maatregel tegen hoge risico's, met name in risicovolle beroepen). Werkgevers verwachten een verlaging van ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers en staan positief tegenover aanstellingskeuringen. Gezondheidszorgorganisaties staan hier eveneens positief tegenover. Naast financiële belangen bestaat door de aanstellingskeuringen de mogelijkheid om medische en werkgerelateerde data te verkrijgen. De keuring kan voor de werknemer ook een introductie tot het bedrijf betekenen en er kan advies worden gegeven over gedrag ten aanzien van arbeidsomstandigheden en leefstijl.

Doordat aanstellingskeuringen niet voldoende nauwkeurig kunnen voorspellen of en wanneer arbeidsongeschiktheid zal optreden is de *strategische kwaliteit* slecht.

In een recente publicatie verschaffen de auteurs een cijfermatige onderbouwing van de onnauwkeurigheid van aanstellingskeuringen als instrument voor de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid (De Kort en Van Dijk, 1997). Hoewel een dergelijke toepassing van medische keuringen sinds de Wet op de medische keuringen niet meer is toegestaan, blijft de informatiewaarde van deze benadering hoog: het laat zien hoe (weinig) ver de ontwikkeling van medische keuringen is als het gaat om de voorspelling van toekomstig (verzuim)gedrag, hoe laag de voorspellende waarde van de medische keuring is als het gaat om werkgeversrisico's.

Eén rekenvoorbeeld van De Kort en Van Dijk handelt over het voorkomen van verzuim langer dan vier weken als gevolg van lage rugklachten bij verpleegkundigen, de eerste tien jaar na de keuring. De preventie van één zo'n verzuimgeval vereist volgens de auteurs dat 252 personen worden beoordeeld, waarvan er 18 worden afgewezen. Van deze 18 zijn er bovendien 12 onterecht beoordeeld als risicovol! Om sollicitanten met een verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico uit te selecteren, moet een zodanig hoge norm worden gesteld, dat het percentage sollicitanten dat ten onrechte wordt afgekeurd - in dit voorbeeld 66% - (te) groot is.

7.2.3 *Toekomstige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsverbeterings- en/of borgingsstrategieën bij aanstellingskeuringen*

Per 1 januari 1998 zal naar verwachting en conform de bedoeling van de wetgever het aantal medische keuringen dat wordt verricht in verband met vacaturevervulling een drastische daling te zien geven. Een groot deel van de in de jaren negentig ontstane praktijk rond aanstellingskeuringen is immers vanaf die datum bij wet verboden. In welke situaties, dat wil zeggen bij welke functies nog wel gekeurd mag worden en op welke manier, moet nog worden vastgesteld - zie artikel 4 lid 1.

De Wet op de medische keuringen legt het initiatief voor invulling van de regelgeving omtrent (aanstellings)keuringen bij het veld. De volgende vragen doen zich hierbij voor:¹

- Zijn betrokken partijen bereid en in staat om tot zelfregulering te komen?
- Welke functies zijn zo specifiek dat ze speciale eisen aan de gezondheid stellen (functiegericht keuren) en *hoe* moet dat gestalte krijgen?
- Hoe kan het huidige keuringsinstrumentarium verbeterd worden opdat op een verantwoorde wijze gekeurd kan worden?

In het navolgende komen deze drie aspecten achtereenvolgens aan bod.

¹ De RCO bestaat uit de Vereniging VNO-NCW, de koninklijke Vereniging MKB-Nederland en de Land- en Tuinbouworganisatie-Nederland.

Nadere invulling van de wet op basis van het reeds van kracht zijnde protocol is een, ook voor de wetgever, voor de hand liggende optie. De Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties (RCO) heeft in de begeleidingscommissie meegewerkt aan de totstandkoming van het Protocol Aanstellingskeuringen (Nieuwenhoven, 1995; Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties, brief d.d. 13 december 1996 en brief d.d. 3 juni 1997). De RCO is echter geen voorstander van wetgeving op dit terrein: zij geeft de voorkeur aan het op vrijwilligheid gebaseerde protocol. In afwachting van verdere ontwikkelingen heeft de RCO medio '96 haar medewerking aan de vervolg-activiteiten van de begeleidingscommissie opgeschort. In de brief van 3 juni 1997 zet de RCO haar standpunt nogmaals uiteen. Enkele citaten uit deze brief:

"De hieronder weergegeven overwegingen, die hebben geleid tot het opzeggen van de deelname van de RCO aan vervolg-activiteiten van de begeleidingscommissie, worden ook thans nog ten volle onderschreven.

- De RCO is van oordeel dat het primair de taak van sociale partners is om eventuele knelpunten op te lossen die bestaan op het terrein van het sociaal beleid in ondernemingen. Via het Protocol Aanstellingskeuringen heeft de RCO aan deze verantwoordelijkheid mede inhoud gegeven. Niettemin hebben zowel het Kabinet als het Parlement uiteindelijk gemeend niet de evaluatie van deze zelfregulering te moeten afwachten alvorens wetgeving tot stand te brengen. Deze gang van zaken is naar het oordeel van de RCO in strijd met de verantwoordelijkheidsverdeling tussen wetgever en sociale partners.
- Naar het oordeel van de RCO wordt het beoogde doel, namelijk het voorkomen van (ongerechtvaardigde) selectie op gezondheidsrisico's van sollicitanten, beter gediend met regulering van de aanstellingskeuring zoals voorzien in het huidige Protocol Aanstellingskeuringen dan met de wettelijke regeling. Een verantwoord gebruik van het instrument aanstellingskeuringen is daartoe verre te verkiezen boven de "nee, tenzij"-formule die in de wet is opgenomen.
- De RCO wijst (daarmee) enige (inhoudelijke en financiële) verantwoordelijkheid af voor een klachtenprocedure die geplaatst wordt in het kader van de wettelijke regeling".

De aanvaarding van de Wet op de medische keuringen heeft een - in ieder geval tijdelijke - belemmerende werking op het gemeenschappelijk overleg van alle betrokken actoren. De stap van de RCO plaatste de begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen dan ook voor een probleem. De heer van Berkestijn¹, voorzitter van de commissie, meldt 30 september 1997 in een brief aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid:

¹ Th.M.G. van Berkestijn, arts. Was tot december 1997 secretaris-generaal van de KNMG en voorzitter van de begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen.

"In haar vergadering van 12 september jl. heeft de BC PAK vernomen dat de RCO, met het terugtrekken uit de vervolgactiviteiten van het Protocol Aanstellingskeuringen, tevens bedoelt geen lid meer te zijn van de begeleidingscommissie. (...). Wij zien geen mogelijkheden om met de overgebleven commissie een klachtenregeling in te stellen, welke een draagvlak heeft bij alle betrokken partijen". De voorzitter vindt een goede klachtenregeling onverminderd van belang omdat signalen uit het veld aangeven "dat nog veel aanstellingskeuringen niet conform het protocol worden uitgevoerd en mensen hierdoor onterecht een baan niet krijgen".

De voorzitter van de begeleidingscommissie geeft voorts aan te verwachten dat in andere overlegvormen, zoals binnen de Stichting van de Arbeid, het overlegorgaan van werkgevers- en werknemersorganisaties, de werkgevers bij de verdere ontwikkelingen rond (aanstellings)keuringen betrokken zullen blijven. Waarschijnlijk verwijst hij hier naar een adviesaanvraag van de staatssecretaris aan de Stichting van de Arbeid naar aanleiding van de resultaten van het begin 1997 door het ministerie ingestelde tijdelijke Meldpunt Sollicitatieklachten. De adviesaanvraag heeft betrekking op wervings- en selectiebeleid van ondernemingen, beleid waarvan (aanstellings)keuringen onderdeel kunnen zijn. De staatssecretaris heeft de Stichting van de Arbeid ook verzocht bij het begin 1998 verwachtte advies de klachtenprocedure bij medische keuringen te betrekken.

Voorts is het van groot belang vast te stellen dat er ten aanzien van de vraag welke functies specifieke eisen aan de medische geschiktheid stellen nog veel onduidelijkheid is. De voorzitter van de begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen schrijft hierover in zijn brief aan de staatssecretaris: "Met name het opstellen van functie-eisen en de vertaling hiervan in medische termen, zoals gesteld in artikel 9 van de wet, blijkt in de praktijk een lastige zaak". Vervolgens adviseert de commissie dat een onafhankelijk terzake deskundig instituut, op korte termijn een methode ontwikkelt die in grote lijnen aangeeft hoe het functiegericht keuren gestalte kan krijgen.

De vorige voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde is een voorstander van functiegericht keuren met op beroepsrisico's gerichte vragen, maar stelt dat er nog veel werk gedaan moet worden (Bennink, 1996). De vraag is welke medische risico's bij bepaalde beroepen optreden en wat onder die risico's verstaan wordt. Bij functies met boven-normale risico's (zoals piloot, vrachtwagenchauffeur) liggen de zaken wat helderder dan bij functies die niet gevaarlijk zijn, maar wel een bijzondere belasting met zich mee brengen. De voorzitter onderschrijft dat (aanstellings)keuringen niet gebruikt mogen worden om in het algemeen mensen met een hoger verzuimrisico op te sporen (Popma, 1995) maar verklaart zich -

ten tijde van de publicatie - tegen de afschaffing van (aanstellings)keuringen omdat hij vreest dat leken (werkgevers) in sollicitatiegesprekken 'zelf gaan keuren' (zie ook verder bij Schraa, 1996).

Schraa (1996) is een voorstander van de zogenaamde uitgestelde keuring. Wanneer een werknemer zich op een bepaald moment ziek meldt (zoals iedereen weleens kan gebeuren) wordt door de bedrijfsarts in samenspraak met de werknemer bekeken of het verzuim een relatie vertoont met het werk of de werkomstandigheden. Als dit geval is dan krijgt het contact de status van een aanstellingskeuring in plaats van een regulier spreekuur. Het verschil met de huidige situatie zou dan zijn dat de werknemer wel in de gelegenheid is geweest bij deze werkgever en in deze functie zijn kwaliteiten te bewijzen. Er zou een tijdslimiet van bijvoorbeeld een jaar aan deze uitgestelde keuring verbonden dienen te zijn. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke gang van zaken niet overeenkomt met de voorschriften en de doelstelling van de Wet op de medische keuringen. Het voorstel van Schraa is echter wel een voorbeeld van de creatieve wijze waarop het veld zou kunnen gaan reageren op de nieuwe wet. Een risico waar ook vanuit artsenkringen reeds op gewezen is (zie voorgaande alinea).

In de literatuur vinden we verschillende suggesties voor verbetering van de keuring. Zo stelt Kotek (1994, 1996) voor gebruik te gaan maken van zogenaamde belastbaarheidsprofielen. Het doel van een aanstellingsonderzoek is de belastbaarheid van de sollicitant te toetsen aan de belasting van de te vervullen functie. Om de belasting en de belastbaarheid aan elkaar te toetsen gebruiken bedrijfsartsen al jarenlang belastbaarheidsprofielen. Dit is een medische grafiek waarin bij een onderzocht persoon voor ongeveer 25 lichaamsverrichtingen en/of arbeidsomstandigheden wordt aangegeven welke arbeid voor betrokkene gezond, minder gezond of ongezond is (de grafiek wordt ook wel een arbeidsdiagram genoemd).

Probleem van dit voorstel is dat in de praktijk blijkt dat er geen goede belastingsprofielen te maken zijn. Dit komt onder meer doordat de relatie tussen belasting en belastbaarheid niet een statisch gegeven is maar juist een dynamisch verloop kent. Bovendien zijn elementen van belasting (en belastbaarheid) onderling niet onafhankelijk (stress beïnvloedt bijvoorbeeld de fysieke belastbaarheid).

Tot slot wordt hier nog gewezen op het COTAN-beoordelingssysteem, een in de Nederlandse psychologie gangbare methode om de kwaliteit van meetinstrumenten te toetsen. Dit systeem bestaat uit vijf categorieën criteria met elk een groot aantal vragen waarmee die beoordeeld kunnen worden. Voor een beperkt aantal criteria zijn bovendien eenduidige normen beschikbaar.

In de (nog niet gepubliceerde) herziene versie van het COTAN beoordelings-systeem (versie oktober 1997 (Evers, 1997) worden bijvoorbeeld normen gegeven voor de betrouwbaarheid van instrumenten. Uitgangspunt is dat over de hoogte van de gewenste betrouwbaarheid geen absolute uitspraak kan worden gedaan: *wat van belang is, is het doel van het testgebruik*. Tests voor belangrijke¹ beslissingen op individueel niveau (bijvoorbeeld personeelsselectie, aanstellingskeuringen) dienen volgens dit beoordelingssysteem minimaal een betrouwbaarheid te beschikken van r tussen de .80 en .90 (Cronbach's alpha, een maat voor de interne consistentie). NIA TNO gebruikt een aangepaste versie van deze methode thans bij een studie naar methoden die fysiek functioneren in kaart brengen. Het is wellicht zinvol in de toekomst na te gaan of COTAN-systematiek kan worden toegepast bij de beoordeling van kwaliteit van medische keuringen bij vacaturevervulling.

7.2.4 *Conclusie*

Uit de literatuur blijkt dat de verschillende partijen het eens zijn voor wat betreft de kwaliteit van medische aanstellingskeuringen: deze wordt als onvoldoende beoordeeld. Er bestaat geen *wetenschappelijk aangetoonde relatie* tussen aanstellingskeuringen en de voorspelling van arbeidsongeschiktheid. Aanstellingskeuringen zijn in het algemeen niet betrouwbaar, niet valide, hebben geen behoorlijk nauwkeurige voorspellende waarde over het toekomstige functioneren van een sollicitant en zijn nauwelijks gestandaardiseerd. Het gebruik van medische keuringen als risicoselectieinstrument is met de inwerkingtreding van de Wet op de medische keuringen niet langer toegestaan.

Alleen voor bepaalde risicovolle beroepen kunnen aanstellingskeuringen van betekenis zijn. Betrouwbare en valide methoden om het zogenoemde functiegericht keuren gestalte te geven zijn echter in onvoldoende mate beschikbaar: hiervoor zal nog veel ontwikkelwerk dienen te gebeuren.

Invulling van Wet op de medische keuringen zou onder meer gebaseerd kunnen worden op het Protocol Aanstellingskeuringen. Verschillen in visie ten aanzien van de wenselijkheid van wetgeving over medische keuringen heeft de RCO medio '96 ertoe gebracht haar deelname aan de begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen op te zeggen. Het gemeenschappelijke overleg tussen alle betrokken partijen, nodig voor een succesvolle invoering van de wet, komt door deze beslissing ongetwijfeld onder druk komen te staan.

¹ Met belangrijke beslissingen wordt bedoeld: beslissingen die op basis van de testcores worden genomen, die in principe, of op korte termijn, onomkeerbaar zijn, en die voor een belangrijk deel buiten de keurling om genomen worden.

7.3 *Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij medische aanstellings-keuringen; conclusies en aanbevelingen*

7.3.1 *Voorwaarden*

Het overzicht van kwaliteitsstrategieën in deel 1 van dit rapport is afgesloten met een opsomming van voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming. Tot besluit van dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre bij medische keuringen aan deze voorwaarden wordt voldaan. Het gaat om de volgende punten:

- het ontwikkelingsstadium van de oordeelsvormingsprocessen
- bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende organisaties/management
- bereidheid tot kwaliteitszorg bij de oordeelsvormende professionals
- bereidheid bij de verschillende klantgroepen om gezamenlijk en in overleg met de uitvoerende organisaties kwaliteitseisen te formuleren.

Thans is onduidelijk in hoeverre de wettelijk gedefinieerde omschrijving van de na 1 januari 1998 nog toegestane medische keuring bij functie vervulling door alle betrokken partijen wordt onderschreven. Ook is er nog geen duidelijkheid over de functies waarvoor nog wel keuringen dienen/mogen plaatsvinden en wat de inhoud van die keuring zou moeten zijn. Kortom: er is geen sprake van een breed gedragen en heldere omschrijving van aard en inhoud van medische keuringen bij functie vervulling.

Hoewel de 'productomschrijving' nog niet volledig en eenduidig is, lijkt het niettemin mogelijk een begin te maken met het formuleren van eisen waaraan de keuringen moeten voldoen. Als uitgangspunt zouden die functies genomen kunnen worden waarvoor in verband met specifieke veiligheidsrisico's medische keuringen breed geaccepteerd zijn (piloot, duiker etc.). Het definiëren van functie-eisen, het vertalen ervan in medische termen en het vervolgens meetbaar maken ervan zou een eerste stap kunnen zijn in de richting van de ontwikkeling van een methodiek voor functie-gericht keuren.

Zolang niet alle betrokken partijen doelstelling en inhoud van de Wet op de medische keuringen onderschrijven is het te vroeg om met de sector te gaan praten over kwaliteitsborging. Een effectief systeem van kwaliteitsborging bij een kennisintensief product als medische keuringen vergt immers een breed draagvlak, zeker ook bij de werkgevers die als opdrachtgever de kosten van een kwaliteitssysteem zullen moeten (mee)betalen.

Pas wanneer er een algemene bereidheid is om naar consensus te streven over de invulling van de Wet op de medische keuringen ontstaan er goede mogelijkheden om het onderwerp kwaliteitsborging op de agenda te zetten. De resultaten die de

begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen in enkele jaren heeft geboekt, wijzen uit dat de sector in staat is om gerichte afspraken te maken ter borging van kwaliteit in de procesgang rond medische keuringen. Daarnaast is bekend dat een aantal partijen overtuigd is van de noodzaak de wetenschappelijke kwaliteit van medische keuringen op een meer aanvaardbaar peil te brengen. Aansluiten bij de bewegingen die de verschillende partijen in het veld hieromtrent in gang hebben gezet biedt goede kansen om de gewenste richting in te slaan.

7.3.2 *Aanbevelingen*

De gemengde reacties uit het veld op de invoering van de Wet op de medische keuringen stellen de overheid voor de vraag hoe hierop te reageren. Kwaliteitsbeleid vraagt om een gemeenschappelijke benadering door de gehele branche. Aan die gemeenschappelijkheid ontbreekt het op dit moment bij de medische aanstellingskeuringen. Indien de overheid besluit een meer actieve rol te nemen bij de invoering van deze wet, kan zij overwegen zelf de regie te voeren over dit proces. Het is echter ook mogelijk dat de overheid andere instanties stimuleert de centrale regisseursrol op zich te nemen.

8. *De WAO-claimbeoordeling*

8.1 *Introductie*

8.1.1 *Inleiding*

Dit deel van deze rapportage doet verslag van een exploratief onderzoek naar de ingezette kwaliteitsmaatregelen bij de WAO-claimbeoordeling en naar de effecten van die maatregelen in de huidige uitvoeringspraktijk. Het accent daarbij ligt op de maatregelen van het Lisv en het Ctsv, de organisaties die namens de wetgever beleidsverantwoordelijkheid dragen voor respectievelijk de kwaliteit van de uitvoering en voor het toezicht op de sociale verzekeringen. De visie en eventuele inspanningen van andere belangrijke betrokkenen bij de kwaliteit van de WAO-claimbeoordeling, zoals de uitvoeringsinstellingen, de professionals en de verzekerden worden binnen dit kader behandeld.

De gehanteerde onderzoeksmethode is als volgt. Op basis van literatuur, onderzoeken en werkdocumenten van sociale zekerheidsinstellingen zijn voorlopige conclusies getrokken wat betreft de ingezette kwaliteitsstrategieën en geboekte resultaten. Tevens zijn aanvullende vragen geformuleerd, met name over de praktijkresultaten van die strategieën en over de actuele situatie van de kwaliteitsbeheersing van de claimbeoordeling. Deze vragen zijn voorgelegd aan acht sleutelfiguren van Lisv, Ctsv en de werkpraktijk van de sociale zekerheid (zie de Verantwoording). Dit aantal geïnterviewden is beperkt, maar voor een eerste verkenning voldoende omdat de meeste van hen vanuit hun werkzaamheden en contacten een goed overzicht van de werkpraktijk hebben. Met name de informatie uit de interviews met vier in de praktijk werkzame arbeidsdeskundigen en artsen (waaronder het Hoofd Gevalsbehandeling van het Lisv), heeft een zeker gewicht gekregen in de formulering van de eindconclusies. Dit wordt mede ingegeven door de grote onderlinge samenhang in hun observaties, meningen en visies. Waar in dit rapport informatie uit deze interviews is verwerkt, wordt steeds verwezen naar hen verwezen met formuleringen als 'de geïnterviewde professionals'.

Gezien de beperkte opzet leidt dit onderzoek niet tot absolute conclusies. Wel geeft het enkele sterke indicaties wat betreft de huidige kwaliteitssituatie en verbeteringswensen. In nader onderzoek dienen deze verder uitgewerkt te worden.

De opzet van de verslaglegging is als volgt.

In hoofdstuk 8.1 geven we, na deze inleiding, een schets van de WAO-claimbeoordeling in z'n huidige vorm, geplaatst in een historisch kader. Hoofdstuk 8.2 heeft als onderwerp de kwaliteit van de claimbeoordeling. Vooraf geven we aan welke eisen in z'n algemeenheid gesteld mogen worden aan een kwaliteitsborgingssysteem. Daarna geven we in paragraaf 8.2.2 een overzicht van de kwaliteitsinstrumenten die worden ingezet bij de claimbeoordeling. In paragraaf 8.2.3 wordt de huidige stand van zaken weergegeven wat betreft de kwaliteit van de claimbeoordeling: hoe worden de ingezette instrumenten beoordeeld en wat kan gezegd worden over de kwaliteitsprestaties?

Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en conclusies.

In hoofdstuk 8.3 tenslotte gaan we in op de mate waarin de voorwaarden aanwezig zijn om aan verdere kwaliteitsverbetering te werken. Ook geven we een eerste aanzet van waar in onze visie de belangrijkste mogelijkheden liggen tot verbetering van de kwaliteit van de WAO-claimbeoordeling.

8.1.2 *Oorsprong en doel van de WAO-claimbeoordeling*

Criteria arbeidsongeschiktheid

De WAO, voluit de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, is een werknemersverzekering die het recht regelt op een loongerelateerde uitkering bij gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid, ongeacht of de oorzaak daarvan gelegen is in het werk of de privé-situatie. Arbeidsongeschiktheid volgens de WAO wordt sinds 1 augustus 1993 als volgt omschreven:

"Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid (alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is) te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen."

(Wet TBA)

Om het recht op een uitkering krachtens de WAO te kunnen beoordelen dient bekeken te worden of men voldoet aan de criteria zoals gesteld in de wet en de aanvullende uitvoeringsregelingen. Deze criteria zijn:

- op de eerste ziektedag dient men als werknemer verzekerd te zijn geweest;
- men dient een jaar ziek te zijn geweest, dat wil zeggen ongeschikt voor het eigen werk (dit jaar wordt ook wel wachttijd genoemd);
- men dient arbeidsongeschikt te zijn volgens de WAO-criteria, hetgeen wil zeggen niet in staat om met algemeen gangbare arbeid te verdienen wat men voorheen verdiende;
- men dient minimaal 15% arbeidsongeschikt te zijn;

- de arbeidsongeschiktheid mag niet al bij aanvang van de verzekering aanwezig of voorzienbaar zijn geweest;
- men dient zich te houden aan diverse gestelde verplichtingen, zoals het tijdig verstrekken van informatie.

Het proces waarin deze criteria worden getoetst wordt aangeduid met claimbeoordeling. Meer specifiek wordt deze term ook wel gebezigd voor één onderdeel van deze toetsing: de beoordeling van de resterende arbeidsmogelijkheden en daarmee van het resterende verdienvermogen van de verzekerde. In deze rapportage wordt met name de kwaliteitsbeheersing van de beoordeling van arbeidsmogelijkheden voor de WAO, dus de claimbeoordeling in de zojuist genoemde enge zin des woords, besproken. Er wordt ook wel gesproken van keuring of schatting.

Geldigheidsduur beoordeling

Na de eerste beoordeling krijgt men in eerste instantie voor één jaar een WAO-uitkering, daarna wordt men opnieuw beoordeeld. Vervolgens volgt een periodieke herkeuring, doorgaans om de vijf jaar.

Na de eerste keuring heeft men in eerste instantie recht op een loongerelateerde uitkering. De duur van deze uitkering hangt af van de leeftijd van de verzekerde. Daarna kan een lagere vervolguitkering worden toegekend, waarbij de hoogte ook weer afhankelijk is van de leeftijd. Er is vaak sprake van samenloop andere uitkeringen, waarbij men naast een (gedeeltelijke) WAO-uitkering tevens een uitkering ontvangt op basis van de WW, Toeslagenwet of Bijstandswet.

Naast de periodieke herkeuringen kan ook tussentijds herkeurd worden, zoals wanneer een (belangrijke) verandering in de gezondheidssituatie wordt verwacht of bij een gebleken grotere verdien capaciteit dan bij de keuring berekend.

Verschillende groepen verzekerden

De WAO is een werknemersverzekering. Voorheen hadden ambtenaren een eigen regeling, maar zij vallen nu ook onder het WAO-regime. Daarnaast bestaan er ook verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen en jonggehandicapten. Tot 1/1/1998 waren deze ondergebracht in de volksverzekering Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), sinds 1/1/1998 in de aparte regelingen WAZ en WAJONG, beide verzekeringen met een uitkering op minimumniveau.

Deze rapportage beperkt zich tot de WAO, maar gezien de vele overeenkomsten tussen WAO enerzijds en de WAZ en de WAJONG anderzijds kunnen de conclusies over de WAO-claimbeoordeling grotendeels verbreed worden tot alle drie de wetten.

8.1.3 *Wettelijk kader en ontwikkelingen*

In 1967 werd de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering ingevoerd, ter vervanging van de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet. Het werd wel het sluitstuk van het sociale stelsel genoemd. De bedrijfsverenigingen, bestuurd door de sociale partners, voerden deze verzekering uit en hadden daar een grote vrijheid bij.

Sindsdien is er echter veel veranderd in de maatschappelijke verhoudingen, in de uitvoeringspraktijk en in visies op de sociale zekerheid.

Bij de invoering van de WAO werd gerekend op circa 100.000 uitkeringsgerechtigden (Parlementaire enquête). Het waren er in juli 1992 echter al meer dan 900.000. Dit aantal lag procentueel veel hoger dan in de ons omringende landen. Ook het ziekteverzuim lag in de jaren '70 en '80 veel hoger dan elders. De hoogte van de hiermee samenhangende uitgaven baarde zorgen en er rees twijfel aan de gegrondheid van een flink deel van die uitkeringen: was de werknemer in Nederland zoveel zieker, zwakker en arbeidsongeschikter dan in andere, vergelijkbare, landen? In dit verband stelde de toenmalige premier Lubbers: 'Nederland is ziek', een uitspraak die later vaak werd aangehaald als zijnde het startsein voor talrijke onderzoeken naar en ingrepen in de arbeidsongeschiktheidswetgeving.

Er werden sindsdien diverse ingrijpende maatregelen genomen.

De eerste was in 1987, de 'stelselherziening' (waarbij ook wijzigingen in de Werkloosheidswet WW werden aangebracht). De uitkeringen werden verlaagd van maximaal 80% naar 70%. Dit was bedoeld als prikkel voor de verzekerde zelf: immers hoe lager de uitkering, hoe minder zuigkracht ervan zou uitgaan. Een meer principiële verandering was dat de werkloosheid, die het gevolg was van de arbeidsongeschiktheid, niet langer 'verdisconteerd' werd in de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. De WAO-claimbeoordeling werd daarmee meer theoretisch van aard.

Het aantal uitkeringen bleef echter stijgen. Na veel discussie werd vervolgens per 1 augustus 1993 de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen van kracht. Daarin werden ten eerste de toetredingscriteria voor de WAO aangescherpt. Niet langer werd uitsluitend gekeken naar het resterende verdienvermogen in 'passende functies', dat wil zeggen functies die enigszins op het niveau lagen van de oude functie. Voortaan werd gekeken naar het verdienvermogen in alle gangbare arbeid. Ook werd gesteld dat vastgestelde beperkingen een 'rechtstreeks' en 'objectief medisch' gevolg dienden te zijn van ziekte. De woorden 'rechtstreeks' en 'objectief medisch' waren nieuw in deze omschrijving. Zie hiervoor verder paragraaf 8.2.2.1.

Ten tweede werd de hoogte van de uitkering aangepast, wederom om de veronderstelde zuigkracht te verminderen. In plaats van een vaste hoogte van de uitkering, die alleen kon veranderen door wijzigingen in gezondheidstoestand of verdienvermogen, werd nu gekozen voor een tijdelijke loongerelateerde uitkering met een lagere vervolguitkering.

Ten derde werd de duur van de uitkering beperkt. Waar men vóór de wet TBA doorgaans kon rekenen op voortzetting van de uitkering tot het 65e jaar, werd het recht op een WAO-uitkering nu vastgesteld voor één jaar en daarna steeds voor drie jaar. De uitkering kan wel gecontinueerd worden, maar daar dient men dan eerst voor herkeurd te worden.

Grote groepen mensen met een WAO-uitkering op grond van de oude criteria werden opnieuw gekeurd, herbeoordeeld op de nieuwe criteria. Velen van hen verloren (een flink stuk van) hun uitkering en werden weer 'goedgekeurd' voor enige vorm van arbeid, ook als hun gezondheidstoestand niet verbeterd was. Dit leidde tot heftige politieke en maatschappelijke discussies en onrust.

Ook werd begin jaren '90 besloten een parlementaire enquête te houden naar de uitvoering van de WAO. De enquêtecommissie stond onder voorzitterschap van de heer F. Buurmeijer. De kritiek van de parlementaire enquêtecommissie was scherp. Een van de belangrijke uitkomsten was het inzicht dat zowel werkgevers- en werknemersorganisaties de WAO gebruikten als een soepele regeling voor afvloeiing en vervroegde uittreding in een tijd van massa-ontslagen. Hierop bestond nauwelijks controle omdat deze partijen ook optraden als bestuurders in de sociale zekerheidsinstellingen. Bovendien was het min of meer maatschappelijk geaccepteerd dat de WAO deze functie had gekregen.

Daarnaast concludeerde men dat de uitkeringen weliswaar van een juiste hoogte waren en tijdig werden verstrekt, maar dat er vrijwel geen aandacht was om mensen weer te reintegreren.

Als gevolg van deze enquête-resultaten werd besloten de organisatie van de sociale verzekeringen ingrijpend te veranderen. Beleid, uitvoering en toezicht in de SV-organisaties werden gescheiden. Sterk versimpeld weergegeven verdwenen de bedrijfsverenigingen, de Federatie Van Bedrijfsverenigingen en de Sociale Verzekeringsraad en kwamen daarvoor in de plaats het Tica (later Lisv), de Uvi's en het Ctsv.

Na een overgangsperiode werd per 1/3/1997 het Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen, Lisv, ingesteld als gedelegeerd opdrachtgever voor de werknemersverzekeringen, waarvan de uitvoering werd opgedragen aan de Uitvoeringsinstellingen, de Uvi's. Tevens werd als doelstelling geformuleerd dat er, na een overgangsperiode, marktwerking diende te komen in de uitvoering, dus ook tussen de Uvi's en dat er tevens nieuwe partijen tot die markt moeten

kunnen toetreden. Het bedrijfsleven zou zich dienen te ordenen in sectorraden die voorlopig een adviserende functie hebben voor het Lisv.

Specifiek in het kader van de WAO werd de Gemeenschappelijke Medische Dienst, die sinds 1986 voor alle bedrijfsverenigingen de WAO-keuringen en de reïntegratiebegeleiding had gedaan, opgeheven. Voortaan deden alle bedrijfsverenigingen/Uvi's deze keuringen zelf. Ook de reïntegratiebegeleiding werd een zaak voor de Uvi's, die dat echter in veel gevallen weer uitbesteedden aan de speciale afdeling daarvoor van het GAK: GAK Arbeidsintegratie. Deze activiteiten zijn vervolgens sinds begin 1998 overgedragen aan Arbeidsvoorziening.

Wat betreft de nieuwe nadruk op reïntegratie (voor WAO-ers en alle andere uitkeringsgerechtigden) werd het SWI-proces gestart: landelijke én lokale samenwerking tussen Uvi's en Gemeentelijke Sociale Diensten als uitkerende instanties met Arbeidsvoorziening als bemiddelaar.

Een andere relevante (wets-)wijziging was de herziening van de Ziektewet, Wulbz, per 1/3/1996. Na de wetgeving TZ/Arbo in 1994, die werkgevers een eigen risico-periode oplegde van 2 of 6 weken, verviel nu de verplichte ziektewetverzekering voor de meeste werknemers voor het gehele eerste ziektejaar. Werkgevers werden zo rechtstreeks verantwoordelijk voor de kosten van het verzuim gedurende dit hele jaar. Arbodiensten gingen werkgevers ondersteunen bij de verzuimpreventie en -begeleiding. Als gevolg daarvan waren de Uvi's niet langer bij de eerste ziekteperiode betrokken en maakten zij pas kennis met een verzekerde bij langdurig verzuim, waarbij een WAO-perspectief dreigde. Dit betekende dat er nieuwe afspraken gemaakt dienden te worden over de zogenaamde poortwachtersfunctie van de Uvi: de bewaking van de instroom voor de WAO.

Er kwamen afspraken over de melding van langdurig verzuim en WAO-risico door werkgevers en hun arbodiensten aan de Uvi's door middel van het zogenaamde reïntegratieplan.

Ook werden er nieuwe wettelijke maatregelen geïntroduceerd (en later deels weer ingetrokken) om werkgevers te stimuleren om gedeeltelijk arbeidsgeschikten aan het werk te houden/aan te nemen, zoals de bonus/malus-regeling en de wet Amber. Ook is per 1/1/1998 de wet Pemba (Premiëdifferentiatie En Marktwerving Bij Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) van kracht geworden, die werkgevers, analoog aan de wijzigingen in de Ziektewet, dient te prikkelen tot WAO-preventie door directer de financiële gevolgen te laten voelen van WAO-instroom.

Tot slot is per 1/7/1998 de wet Rea van kracht geworden, die de verantwoordelijkheid voor reïntegratiebegeleiding van een brede groep arbeidsgehandicapten regelt en instrumenten biedt om werkgevers tot medewerking te stimuleren.

Uit deze zeer globale schets blijkt dat er sprake is geweest van politieke en praktische aardverschuivingen rond de WAO gedurende de laatste jaren - en het is niet de verwachting dat de ingrepen hiermee al afgerond zijn.

Dit veranderingsproces heeft drie aspecten:

- inhoudelijk: arbeidsongeschiktheid heeft een nieuwe, engere betekenis gekregen;
- organisatie: de uitvoerende organisatie is een andere geworden;
- context: er zijn meer partijen betrokken geraakt en velen hebben een (financieel) belang. Er is dus veel meer belangstelling voor de claimbeoordeling.

De wijzigingen op deze drie terreinen hebben alle hun gevolgen voor de claimbeoordeling en wat daarbij als kwaliteit kan worden beschouwd. Dit komt in de volgende paragrafen aan de orde.

8.1.4 *Aard van het claimbeoordelingsproces en actoren*

8.1.4.1 *Aard, duur, kosten en frequentie*

Aard proces

De WAO geeft een aantal criteria waaraan getoetst dient te worden of men al dan niet recht heeft op een uitkering en zo ja, van welke hoogte (zie par. 8.1.2). Aanvullende wetten (TBA) en regelingen (Schattingsbesluit) geven aan hoe die claimbeoordeling dient te geschieden om deze rechtmatig te laten verlopen. Lisv heeft, als door SZW gedelegeerd opdrachtgever in de sociale zekerheid, een belangrijke rol bij de uitwerking, interpretatie en implementatie van wettelijke regelingen.

De wetgever kiest bewust voor het aangeven van de grote lijnen en laat de deskundigen uit de praktijk de ruimte om een en ander nader in te vullen volgens professionele normen. Het Lisv vervult hierbij een coördinerende en sturende rol, onder andere door de ontwikkeling van werkstandaarden.

De claimbeoordeling kent twee hoofdelementen.

- De medische keuring: vastgesteld wordt of er sprake is van een verminderde geschiktheid voor arbeid als een rechtstreeks gevolg van ziekte-uitingen. Tevens dient vastgesteld te worden welke mogelijkheden er, ondanks ziekte en gebrek, zijn om deel te (blijven) nemen aan het arbeidsproces.
- De arbeidsdeskundige beoordeling: op basis van de medische beoordelingsgegevens wordt bepaald welke werkzaamheden en functies de verzekerde nog wél kan verrichten.

Daarnaast is er nog een derde element, en wel de financiële beoordeling, waarbij wordt berekend wat de huidige verdien capaciteit is, hoeveel minder deze is ten opzichte van de situatie voordat de aandoening optrad en tenslotte de uit de

geconstateerde vermindering van verdien capaciteit voortvloeiende arbeidsongeschiktheidsklasse en de daarmee samenhangende uitkeringsrechten.

De eerste stap komt voor rekening van de verzekeringsarts, de tweede stap voor die van de arbeidsdeskundige. De financiële beoordeling gebeurt door administratieve functionarissen.

De werkwijze zoals die momenteel is geformuleerd en doorgaans wordt gehanteerd, is als volgt.

Medische keuring

Nadat de werknemer WAO heeft aangevraagd, hetgeen wettelijk binnen 9 maanden na de eerste ziekte dag dient te geschieden, roept de verzekeringsarts de verzekerde op voor een medische keuring. Uitgangspunt voor de medische keuring, geformuleerd in de Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (Tica, 1996) is, dat vastgesteld moet worden welke beperkingen, als uitingen van ziekten, directe relevantie voor arbeid hebben. De verzekeringsarts beoordeelt of er sprake is van een verminderde geschiktheid voor arbeid als een aannemelijke uiting van ziekte. Daartoe beoordeelt de medicus of alle ziekte-uitingen (stoornissen, beperkingen en handicaps) logisch met elkaar samenhangen (consistentie).

Naast beperkingen van verzekerde dienen de arts ook de mogelijkheden van de verzekerde voor arbeidsdeelname vast te stellen. Indien bij of al vóór de keuring blijkt dat er geen 'duurzaam benutbare mogelijkheden' zijn en de verdien capaciteit dus gereduceerd is tot nul, volgt een zogenaamde medische 80/100-beoordeling: meer dan 80% ofwel volledige arbeidsongeschiktheid.

Indien er nog wel mogelijkheden zijn, resulteert de keuring in een belastbaarheidsprofiel: scores op een 28-puntenlijst (met toelichting), die de mogelijkheden voor vele fysieke aspecten en de psychische belastbaarheid weergeeft.

Arbeidsdeskundige beoordeling

De arbeidsdeskundige werkt verder met deze lijst om de resterende arbeidsmogelijkheden te bepalen. (NB: indien reeds op medische gronden volledige arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld, wordt de arbeidsdeskundige verder niet ingeschakeld.) Daarvoor bestaat als hulpmiddel het Functie-Informatie-Systeem, kortweg het FIS, waarmee mogelijke functies 'geduid' worden. Dit computersysteem is in 1992 ontwikkeld door de GMD op basis van een eerder systeem, de Arbeidscomplexendocumentatie ACD. Het bevat een bestand van zo'n 8.000 regionaal geïnventariseerde bestaande functies, dat voortdurend vernieuwd wordt. De arbeidsdeskundige voert in het FIS enkele gegevens in als leeftijd, opleidingsgegevens en affiniteiten en gecombineerd met

de medische gegevens van de 28-puntenlijst resulteert dit in een selectie van, gezien de beperkingen nog vervulbare, functies waarin de hoogst mogelijke loonwaarde kan worden gerealiseerd. (NB: bij de selectie wordt alleen in één richting rekening gehouden met het opleidingsniveau en affiniteiten: er worden geen functies geduid waarvoor men een bepaalde opleiding of specifieke affiniteiten nodig heeft die men ontbeert. Andersom komt wel voor: ook een hoogopgeleide kan laaggeschoolde functies geduid krijgen.)

Op de functies die het FIS aangeeft dient nog de zogenaamde professionele eindselectie te worden toegepast: een controle of de geselecteerde functies daadwerkelijk stroken met de belastbaarheid van de verzekerde, op alle van belang zijnde onderdelen. Er kunnen functies uit de FIS-selectie komen met voorbehoud of restricties, dat wil zeggen dat ze op een of meer punten een hogere belasting geven dan in het belastbaarheidspatroon als maximaal is aangegeven. Bij de beoordeling van restrictiefuncties dient de arbeidsdeskundige altijd met de verzekeringsarts te overleggen. Ook kunnen er aspecten zijn die niet uit de medische keuring naar voren komen, of wel naar voren komen maar niet in de 28-puntenlijst kunnen worden vastgelegd, en die toch van belang zijn. Kleurenblindheid, analfabetisme of rolstoelgebruik zijn voorbeelden van factoren die iemand minder geschikt kunnen maken voor bepaalde functies. Deze eindselectie kan de arbeidsdeskundige derhalve pas uitvoeren als deze de verzekerde heeft gesproken. De arbeidsdeskundige roept de verzekerde soms direct op als de medische keuring is afgerond, soms pas nadat de arbeidsdeskundige het FIS al heeft geraadpleegd. De verzekerde wordt vooraf gevraagd om een vragenlijst in te vullen, die een deel van de gegevens levert die de arbeidsdeskundige nodig heeft. Deze vragenlijst en het gesprek met de verzekerde kunnen aanleiding zijn om een eerdere FIS-selectie te herzien.

Er dienen minimaal drie functies geselecteerd te worden die elk minimaal 7 en tezamen minimaal 30 arbeidsplaatsen (dus geen vacatures) vertegenwoordigen. Indien dit niet lukt, wordt alsnog een (arbeidsdeskundige) 80/100-verklaring afgegeven. (Volgens de arbeidsdeskundigen die wij spraken gebeurt dit in 10 à 20% van de gevallen). Als het wel lukt, wordt het mediane loon van de drie functies als maatstaf gezien voor het resterende verdienvermogen van verzekerde.

Financiële consequenties

Voor de bepaling van de financiële consequenties wordt het zogenaamde maatmanloon vastgesteld: dat loon dat verzekerde nog had kunnen verdienen als de gezondheidsproblemen niet waren opgetreden en hij/zij het oude werk had kunnen voortzetten. Op grond van dit maatmaninkomen én de vastgestelde resterende verdien capaciteit wordt vervolgens het verlies aan verdien capaciteit berekend. Dit verliespercentage wordt ingedeeld in een van de 8 klassen van mate van arbeidsongeschiktheid, hetgeen uitmondt in een beschikking met een

bepaald uitkeringspercentage: <15% betekent géén uitkering, 80 à 100% betekent een maximale uitkering van 70% van het laatstverdiende inkomen en percentages daar tussen in betekenen een gedeeltelijke uitkering.

Deze financiële berekeningen worden doorgaans door een aparte functionaris uitgevoerd, met als functietitel bijvoorbeeld claimbeoordelaar of wetstechnisch beoordelaar.

De precieze (administratieve) taakverdeling tussen de drie disciplines: arts, arbeidsdeskundige en claimbeoordelaar, ligt niet vast en kan verschillen per Uvi. Ook de aansturing kan verschillen; soms werkt de administratieve kracht in opdracht van arts en arbeidsdeskundige, soms echter is de administratieve kracht de teamverantwoordelijke, die de professionals wijst op dossierfouten, hen aan doorlooptijden houdt etc.

Bezwaar en beroep

Als een verzekerde het niet eens is met de beschikking, kan deze bezwaar aantekenen. Dit kan in eerste instantie bij de Uvi zelf. Afhankelijk van wat het bezwaar inhoudt, kan hierbij een administratieve herbeoordeling plaatsvinden, of een herbeoordeling door een bezwaar-verzekeringsarts en/of bezwaarbeidsdeskundige.

Een volgende stap is beroep bij de sector bestuursrecht van de rechtbank en tenslotte hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Duur claimbeoordeling

Recent is onderzoek gedaan naar het FIS, waarbij ook is gevraagd naar de tijdsduur van de diverse onderdelen van de sociaal-medische beoordeling. Hieruit blijkt dat het gesprek van de verzekeringsarts met de verzekerde gemiddeld 38 minuten duurt en het medisch onderzoek 12,5 minuten. Aan de keuring wordt in totaal gemiddeld 2 uur tijd besteed, inclusief rapportage en overleg.

Aan het begin- en het eindgesprek met de verzekerde wordt door de arbeidsdeskundige beide keren ongeveer 40 minuten besteed. Het raadplegen van het FIS-systeem kost bijna 30 minuten. Totaal, inclusief verzamelen van informatie en rapportage, wordt door de arbeidsdeskundige per verzekerde circa 3,5 uur besteed. De duur van de beoordeling door de betrokken professionals tezamen is dus globaal te stellen op 5,5 uur, inclusief hun rapportage. De door administratieve krachten bestede tijd is niet bekend.(KPMG/UM, 1997)

Kosten

Volgens informatie van het Lisv bedraagt het gemiddelde tarief voor de WAO-claimbeoordeling

f 2.080,-. De claimbeoordeling wordt in dit verband aangeduid als de referentiedienst Beslissingen Einde Wachtijd Werknemer WAO. (zie verder voor de referentiediensten par. 8.2.2.1)

Aantal, frequenties en resultaten

Het aantal nieuwe WAO-aanvragen en dus claimbeoordelingen verschilt per jaar. Er zijn echter geen betrouwbare gegevens over aantal en uitkomsten van de toetredingskeuringen die jaarlijks in het kader van de AAW/WAO worden uitgevoerd. Op basis van de gegevens uit het rapport van Berendsen e.a.(1998). kan wel een schatting worden gemaakt van het totaal aantal WAO-claimbeoordelingen in 1997. Uitgaande van het totaal aantal nieuwe WAO-uitkeringen in 1997 (ruim 90.000, zie ook tabel 1) en de door het Ctsv berekende indicaties van het toekenningspercentage in 1997 (circa 70%, p. 55) zijn in 1997 naar schatting minstens 130.000 keuringen uitgevoerd. Het werkelijk aantal WAO-claimbeoordelingen in 1997 ligt waarschijnlijk flink hoger omdat in deze schatting niet de periodieke herkeuringen (na 1 en 5 jaar arbeidsongeschiktheidsuitkering) zijn meegenomen. Tot slot wordt ook herkeurd bij sterk gewijzigde gezondheidssituatie, waardoor het totaal aantal WAO-beoordelingen verder stijgt. In de periode eind 1993 -eerste kwartaal 1996 zijn hier bovenop een groot aantal keuringen uitgevoerd in het kader van de eenmalige herbeoordelingen volgens het nieuwe arbeidsongeschiktheids criterium.

Van diegenen die voor het eerst in 1997 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen, is 75% volledig arbeidsongeschikt verklaard. Dit percentage is sinds de invoering van TBA ongewijzigd gebleven. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de diagnoses op grond waarvan in de periode 1994 tot 1997 arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De tabel laat zien dat in 1997 bij 56% van de nieuwe uitkeringen de diagnose niet bekend is. Het Ctsv meldt dat er thans maatregelen genomen worden om te garanderen dat vanaf 1 januari 1999 januari gegevens over de claimbeoordelingen verzameld worden zodat hierover in de toekomst meer betrouwbare informatie geleverd kan worden (Berendsen e.a., 1998).

Tabel 1: Het aantal nieuwe AAW/WAO-uitkeringen naar diagnose in de periode 1994 - 1997

	1994	1995	1996	1997
totaal	78.695	72.665	82.916	90.432
diagnose				
psyche	31%	28%	25%	12%
beweging	32%	26%	23%	13%
circulatie	5%	6%	5%	2%
overige	21%	24%	22%	17%
onbekend	11%	16%	25%	56%

(bron: Berendsen e.a, 1998; 1997: diagnose Uszo geschat)

8.1.4.2 Voorwaardenscheppende en uitvoerende actoren

Cremer, Mul & Wevers (1997) geven een overzicht van actoren die betrokken zijn bij oordeelsvorming over individuele werknemers. Deze actoren worden onderscheiden naar partijen die een voorwaardenscheppende of uitvoerende rol hebben. Zie tabel 2.

Tabel 2: Overzicht van voorwaardenscheppende en uitvoerende instanties bij de WAO-claimbeoordeling

Voorwaardenscheppende instanties	Uitvoerende instanties
Landelijke overheid, wetgevende instantie	Uitvoeringsinstellingen
- het ministerie SZW	
Opdrachtgever sociale zekerheid	
- Lisv	
Handhavende en toezichhoudende organen	
- Centrale Raad van Beroep	
- Ctsv	
- het ministerie SZW	
Sociale partners	
- werkgeversverenigingen	
- werknemersverenigingen	
- sectorraden	
Koepels, belangenorganisaties	
- beroepsverenigingen (NVVG, NVvA, KNMG, etc.)	
- particuliere verzekeringsmaatschappijen	
Consumenten/cliëntenorganisaties	
- WAO-platforms	
- Breed platform verzekeringen	
- patiëntenverenigingen	

In het navolgende wordt de rol van de voorwaardenscheppende en uitvoerende instanties kort toegelicht.

Voorwaardenscheppende instanties

Het Ministerie van SZW is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van de wet. Het Lisv heeft een dubbele rol bij de claimbeoordeling. Enerzijds als instantie die verantwoordelijk is voor de nadere uitwerking en implementatie van wet- en regelgeving. Anderzijds is er betrokkenheid vanuit de rol als gedelegeerd opdrachtgever, die de taak van claimbeoordeling opdraagt aan de Uvi's. De sectorraden adviseren het Lisv. Deze sectorraden zijn echter pas voor een klein deel operationeel.

Het Ctsv is betrokken vanuit zijn algemene toezichthoudende rol op (met name) rechtmatigheid en doelmatigheid in de sociale zekerheid.

Als handhavende organisatie is de *Centrale Raad van Beroep* van belang, de hoogste beroeps-instantie voor arbeidsongeschiktheidszaken.

In algemene zin hebben de *sociale partners* werkgevers en werknemers, en dus ook hun organisaties, bemoeienis met de WAO-wetgeving. Via de sectorraden adviseren zij het Lisv over de contracten met de Uvi's. Ook hebben zij zitting in het bestuur van het Lisv.

Sinds de invoering van de wet Pemba per 1/1/1998, die de te betalen WAO-premie relateert aan het individuele bedrijfs-WAO-risico, heeft de werkgever ook direct belang bij de claimbeoordeling. Er bestaat daarom sinds Pemba een bezwaar- en beroepsmogelijkheid voor werkgevers.

Daarnaast hebben individuele werknemers uiteraard een belang in verband met hun individuele claim. Er zijn in dat verband ook diverse *cliëntenorganisaties* actief, zoals WAO-platforms, patiëntenorganisaties en vakbonden.

Ook dienen genoemd te worden de *beroepsverenigingen* van de professionals, zoals de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde NVVG en de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen NVvA.

In zekere zin zijn ook de *particuliere verzekeringsmaatschappijen* betrokken. Zij volgen voor de collectieve particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (WAO-gatverzekering) de publieke claimbeoordeling.

Uitvoerende instanties

De Uvi's voeren de claimbeoordeling uit.

Als professionals zijn vooral de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige, beide werkzaam bij de Uvi, van belang. Er werken bij de Uvi's, naar een globale schatting, circa 800 artsen en evenveel arbeidsdeskundigen. Daarnaast zijn er medewerkers voor de bijbehorende administratieve taken.

8.2 *Kwaliteit van de WAO-claimbeoordeling*

In dit hoofdstuk gaan we in op de huidige kwaliteit van de claimbeoordeling. De opbouw van ons betoog is als volgt. In paragraaf 8.2.1 geven we aan, analoog aan het beschrevene in hoofdstuk 2, uit welke elementen/instrumenten een kwaliteitsborgingssysteem bestaat, ofwel wat er geregeld dient te zijn alvorens men daadwerkelijk van kwaliteitsborging kan spreken.

In paragraaf 8.2.2 geven we een overzicht van de maatregelen die tot nu toe zijn getroffen voor een betere beheersing van de claimbeoordeling. Daarbij hanteren we dezelfde rangschikking van elementen als in paragraaf 8.2.1. In deze

paragraaf staan de organisaties centraal die namens de wetgever beleidsverantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van WAO-claimbeoordeling, het Lisv als gedelegeerd opdrachtgever en het Ctsv als toezichthouder. De visie en eventuele inspanningen van andere belangrijke betrokkenen, zoals de uitvoeringsinstellingen, de professionals en de verzekerden worden tevens binnen dit kader behandeld. Sommige maatregelen zouden bij die rangschikking op verschillende manieren geplaatst kunnen worden, omdat ze een brede werking hebben. Voor het overzicht hebben we de meest logische keuze gemaakt bij de indeling. Dit overzicht behelst nog geen resultaatbeoordelingen, of besprekingen van de effectiviteit; dit volgt in 8.2.3.

In paragraaf 8.2.3 wordt de huidige stand van zaken van de kwaliteit van de claimbeoordeling verkend. Beschreven wordt hoe effectief de verschillende kwaliteitsmaatregelen zijn en welke resultaten (ermee) worden behaald.

In paragraaf 8.2.4 volgt een discussie. We trekken hier de eerste globale conclusies, met als belangrijkste basis beschikbare onderzoeksgegevens en oordelen van sleutelfiguren.

8.2.1 *Benodigde elementen kwaliteitsborgingssysteem*

Claimbeoordeling is een vorm van kennisintensieve dienstverlening. Bij het borgen van de kwaliteit van dergelijke werkprocessen zijn diverse elementen van belang. In het navolgende geven we hier een beknopt overzicht van. Zie voor een uitgebreidere beschrijving hoofdstuk 2 (Deel I).

Criteria, prestatie-indicatoren, normen en metingen

Bij kwaliteit staat de klant centraal. Indien men gericht wil werken aan de kwaliteit van een product of dienst zal eerst moeten worden bepaald welke eisen de klant stelt. Indien de klant niet deskundig genoeg geacht mag worden om alle aspecten van de dienst volledig te kunnen beoordelen, gelden daarnaast bovendien nog professionele eisen. Dit geldt zeker voor een kennisintensieve dienst als de WAO-claimbeoordeling. Bij eventuele tegenstrijdigheden tussen eisen van klanten enerzijds en van professionals anderzijds dient een afstemming tussen beide gevonden te worden. De uiteindelijk te hanteren kritische kwaliteitskenmerken heten de *criteria*.

Criteria kunnen betrekking hebben op de output van het dienstverleningsproces of op het proces zelf.

Bij output kwaliteit gaat het om de kwaliteit van het eindproduct of de geleverde dienst, die met eindkeuring (voor alle output of steekproefsgewijs) wordt vastgesteld. Dit is vooral toepasbaar bij tastbare, materiële producten. In de dienstverlening is (alleen) output beoordeling minder geschikt omdat het dienstverleningsproces zelf centraal staat: het gaat niet alleen om het uiteindelijke

resultaat van de dienst, maar ook om de manier waarop deze tot stand is gekomen. De eisen van de klant en dus de criteria zullen meestal zowel het proces als de output betreffen.

Bij het proces van kennisintensieve dienstverlening is tenslotte de bijdrage van de professional essentieel. Procescriteria kunnen dan ook betrekking hebben op eigenschappen en gedrag van deze personen; dit wordt verderop in deze paragraaf nader uitgewerkt.

Om daadwerkelijk te kunnen beoordelen of de gewenste kwaliteit geleverd wordt, dienen de gestelde criteria meetbaar te zijn, zij dienen geoperationaliseerd te zijn in *prestatie-indicatoren*. Het gaat daarbij om meetbare aspecten van de dienstverlening, die tezamen een goed beeld geven van het al dan niet voldoen van de dienstverlening aan de gestelde criteria. Dit vaststellen van prestatie-indicatoren dient zorgvuldig te gebeuren, ze dienen de juiste en voldoende informatie te geven. Er wordt vaak voor gekozen om alleen prestatie-indicatoren vast te stellen die achteraf meten, die dus de output betreffen. Op die manier kunnen echter niet alle van belang zijnde factoren beoordeeld worden. Bovendien is een nadeel van achteraf keuring bij dienstverlening, dat bij gebleken non kwaliteit het leed al is geschied. Bij productie kan men de eindproducten keuren en ondeugdelijke exemplaren verwijderen zodat de klant altijd een goed product krijgt. Dat is bij dienstverlening niet mogelijk. Hierbij kunnen gemaakte fouten hooguit achteraf hersteld worden. Als de kwaliteit van het voortbrengingsproces aantoonbaar moet zijn dienen daarom ook prestatie-indicatoren geformuleerd te worden voor het proces zelf.

Per prestatie-indicator dient vervolgens een *norm* vastgesteld te worden: hoe dient op dit punt gescoord te worden om de klant tevreden te stellen?

Om te kunnen beoordelen of aan de gestelde normen voldaan wordt, dus of er al dan niet kwaliteit geleverd wordt, dienen regelmatig en systematisch *metingen* verricht te worden naar de kwaliteitsprestaties. Dit meten kan de klant doen, om de dienstverlener te beoordelen. Maar ook de dienstverlener zelf kan metingen uitvoeren, met als doel om de eigen prestaties te kennen en eventueel de dienstverlening aan te passen. Ook kan de dienstverlener de eigen prestaties meten om hierover de klant te informeren. Bij het meten van de scores op de prestatie indicatoren is het uiteraard wel van belang dat een goede, valide meetmethode wordt gehanteerd.

Inrichting en borging dienstverleningsproces

Als criteria, prestatie-indicatoren en normen bekend zijn, dient het dienstverleningsproces zodanig *ingericht* te worden dat er een maximaal vertrouwen bestaat dat aan de gestelde criteria voldaan zal worden. Hiervoor is het vooral van belang te zoeken naar die aspecten van het proces die voor het voldoen aan de criteria van cruciaal belang zijn en die goed te regelen in procedures, werkinstructies etc. Ook is het van belang dat er gewerkt wordt aan het vastleggen van de noodzakelijke condities (zoals materiële voorzieningen, beschikbaarheid werkinformatie) om volgens de afspraken te kunnen werken.

De kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren en normen die hiervoor zijn genoemd, kunnen ertoe leiden dat het dienstverleningsproces anders wordt ingericht, nog voordat enige informatie over de prestaties is verzameld.

Indien bij de kwaliteitsmetingen, dus het toetsen van geleverde prestaties aan de gestelde criteria en normen, minder goede resultaten worden aangetroffen, kan dat ook aanleiding zijn om de oorzaken van deze problemen op te sporen en te analyseren en het dienstverleningsproces (opnieuw) daar op aan te passen.

Een volgende stap is **borging** van de kwaliteit. Vastleggen hoe er gewerkt dient te worden betekent nog niet dat er ook daadwerkelijk zo gewerkt wordt. Alleen door allerlei aspecten van het dienstverleningsproces vast te leggen en te controleren in welke mate deze afspraken gevolgd worden, sluit men allerlei toevallige invloeden uit en kan men in voorspellende zin iets zeggen over het verloop en de output van het proces. Borging vindt plaats op twee niveaus. Het eerste wordt gevormd door regelmatige en systematische tussentijdse controles die ook tussentijdse bijstellingen mogelijk maken, dus voordat de dienstverlening is afgerond. De tweede is dat er regelmatig en systematisch gecontroleerd wordt, geaudit, of de controlesystematiek inderdaad gevolgd wordt en naar verwachting werkt. Van beide soorten controles dienen de resultaten teruggekoppeld te worden naar de verantwoordelijke uitvoerende en beleidsfunctionarissen. Als er afwijkingen van normen en afspraken worden geconstateerd, dienen er bijstellingsacties ondernomen te worden. Net als bij de kwaliteitsmetingen is ook hier onderscheid te maken tussen de eigen kwaliteitsbeheersing van de dienstverlener (Uvi) met intern gerichte verantwoordingsinformatie, en externe verantwoordingsinformatie aan de eisenstellende partijen.

Voor het overzicht volgt hier nog eens het onderscheid tussen de diverse soorten metingen en controles:

- kwaliteitsmetingen achteraf, op output, (door de klant of de dienstverlener zelf) die aangeven of aan de gestelde criteria en normen is voldaan en die eventueel aanleiding kunnen geven tot aanpassing van het dienstverleningsproces;

- tussentijdse metingen/controles, tijdens het dienstverleningsproces, die het mogelijk moeten maken om bij geconstateerde afwijkingen te corrigeren, zodat de dienst uiteindelijk toch volgens afspraak verloopt. Ook deze kunnen tot aanpassingen in het dienstverleningsproces leiden;
- systeemaudits, die controleren of de metingen zoals hiervoor genoemd inderdaad gedaan worden en of in voldoende mate corrigerende acties worden ondernomen. Deze kunnen tot systeemaanpassingen leiden.

Professional

Als er eisen worden gesteld aan het persoonlijk handelen van een medewerker (hetzij als directe klant eis, hetzij als afgeleide eis als noodzakelijke conditie voor een goed werkproces) dient men bij de inrichting van het dienstverleningsproces apart aan diens werk aandacht te besteden. Het gaat dan om persoonsgerichte criteria als kennis, vaardigheden en ervaring maar ook om procescriteria als functioneringsbegeleiding en -beoordeling, bijscholing, intercollegiale uitwisseling en toetsing. Een zeer belangrijke werkvoorwaarde in een kennisintensief proces is de motivatie en betrokkenheid van de professionals. Gemotiveerde medewerkers zijn uiteraard overal van belang, maar dit geldt des te meer voor professionals; de mate van persoonlijke inzet van alle kennis en vaardigheden en een klantgerichte instelling bepalen hier grotendeels het verloop van het proces en de output. Hiervoor is motivatie een eerste voorwaarde, zodat hier bij de inrichting van het dienstverleningsproces rekening mee gehouden dient te worden. De mate waarin bij de ontwikkeling van het kwaliteitsborgingssysteem rekening wordt gehouden met de inzichten en belangen van de professionals, zal de motivatie mede bepalen.

8.2.2 Overzicht van kwaliteitsmaatregelen voor de WAO-claimbeoordeling

Lange tijd was het in vrijwel alle kennisintensieve sectoren zo, dat kwalificaties, professionaliteit en beroepsethiek als waarborg voor goede dienstverlening werden gezien. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het algemeen doorbreken van het kwaliteitsdenken, is daar verandering in gekomen, ook in de sociale zekerheid. De tijd dat er nauwelijks aandacht was voor aparte kwaliteitsborgingsacties is voorbij. Het is niet langer zo dat de kwaliteit min of meer al geborgd geacht wordt door de inzet van professionals als de arts en de arbeidsdeskundige.

In de sociale zekerheid en bij de claimbeoordeling wordt al lange tijd op diverse manieren gewerkt aan kwaliteit. Zo heeft men zich in een ver verleden al gebogen over een centraal probleem bij de claimbeoordeling dat, zoals in deze notitie duidelijk zal worden, nog niets aan actualiteit heeft ingeboet: de operationalisering van de eis dat ziekte of gebrek de grondslag vormt voor

toekenning van het recht op een uitkering. Kortweg: hoe ziekte te definiëren en hoe wordt het vastgesteld? Reeds in de jaren dertig werd door de Centrale Raad van Beroep aan Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille opdracht gegeven een heldere definitie van het begrip ziekte te formuleren.

Samenvattend: bij het inrichten van een kwaliteitssysteem voor claimbeoordeling zijn de volgende elementen van belang:

- het vaststellen van te hanteren kwaliteitscriteria van klanten en professionals. Om te kunnen beoordelen of prestaties voldoen aan de criteria dienen de criteria te worden uitgewerkt in meetbare prestatie-indicatoren. Tevens zijn er normen nodig waarmee de prestaties vergeleken worden. De prestatie-indicatoren zullen vooral het proces zelf en de uitvoerder (de professional) betreffen, maar kunnen ook op de output gericht zijn.
- uit de criteria vloeien eisen voort aan de inrichting van het dienstverleningsproces. Hier gaat het om de randvoorwaarden, nodig om aan de criteria te kunnen voldoen. Daartoe is een intern protocol nodig voor verdeling van taken en verantwoordelijkheden, afspraken over regelmatige controles en doorlichtingen inclusief afspraken over terugkoppeling en bijstellingsacties en een extern protocol voor verantwoording over de kwaliteit en kwaliteitsborging aan de externe klant.
- bij deze inrichting en borging van het dienstverleningsproces dient aparte aandacht te zijn voor de positie van de professional, zowel persoonsgericht als procesgericht. Ook dienen motivatie en ruimte voor professionele criteria aandachtspunten te zijn.

Later, in de jaren vijftig en zestig verstrekten de Raad nog een aantal keren soortgelijke opdrachten (Timmer e.a., 1988; zie ook par. 8.2.2.1). Vanaf de tweede helft van de jaren tachtig verschijnen met enige regelmaat rapporten en artikelen over theorie en praktijk van het verzekeringsgeneeskundig handelen bij arbeidsongeschiktheid. Ook de arbeidskundige discipline werkt aan kwaliteit.

Deze paragraaf geeft een overzicht van de belangrijkste initiatieven ter bevordering van de kwaliteit van de claimbeoordeling die tot op de dag van vandaag van kracht zijn. Hierbij hanteren wij de in de vorige paragraaf gepresenteerde driedeling. In de volgende subparagrafen beschrijven we achtereenvolgens maatregelen voor het definiëren en toetsbaar maken van criteria (8.2.2.1), maatregelen ter bevordering van de kwaliteit van het voortbrengingsproces (8.2.2.2) en maatregelen gericht op de uitvoerder, de professional (8.2.2.3). Het overzicht is gebaseerd op literatuurstudie en gesprekken met de sleutelinformanten.

8.2.2.1 *Kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren en normen*

Om aan kwaliteit te kunnen werken is allereerst van belang dat de aan de claimbeoordeling te stellen criteria helder zijn. In deze paragraaf zal duidelijk worden dat Lisv en Ctsv in principe vier dezelfde criteria hanteren maar dat de operationalisaties hier en daar wat verschillen. Ook de metingen of voldaan wordt aan de criteria, verschillen. De verschillen vloeien voort uit de posities van respectievelijk opdrachtgever en toezichthouder.

Het Lisv heeft geen bevoegdheid om bij de Uvi's intern te controleren hoe er gewerkt wordt. Wel vraagt zij de Uvi's om zichzelf te verantwoorden ten opzichte van de afgesproken dienstverlening, in de vorm van de zogenoemde verantwoordingsinformatie. Ook mag het Lisv, indien wenselijk geacht, een extern onderzoeksbureau inhuren om onderzoek te laten doen naar aspecten van het functioneren van Uvi's.

Het Ctsv mag als toezichthouder nadrukkelijk wel 'in de keuken kijken' bij de Uvi's.

Lisv en criteria

Het Lisv is opdrachtgever van de Uvi's. Vanaf de opdrachtverlening voor 1998 wordt daarbij gewerkt met zogenaamde referentieproducten, sinds kort referentiediensten genoemd. Voor 1998 gold dit nog voor enkele hoofdelementen, voor 1999 voor het gehele dienstenpakket van de Uvi's. Een van de referentiediensten betreft de claimbeoordeling WAO, in dit verband aangeduid met: 'beslissing einde wachttijd werknemer'.

Referentiediensten zijn beschrijvingen van onderscheiden diensten van de Uvi's waartoe het Lisv opdracht verleent. Het systeem van referentiediensten geeft het Lisv de mogelijkheid de diensten van de Uvi's onderling te vergelijken en er prijzen voor vast te stellen. Het Lisv schrijft in haar toelichting dat de referentiediensten niet normstellend zijn, differentiatie is mogelijk en kan zelfs wenselijk zijn. Bij de referentiediensten richt het Lisv zich op de output van de Uvi's; de diensten zijn gedefinieerd en gespecificeerd in outputtermen. Ze worden kwantitatief beoordeeld: de aantallen verrichte diensten worden geteld.

Voorts zijn enige algemene kwaliteitscriteria benoemd, te weten **juistheid, tijdigheid en relationele kwaliteit**. Specifiek bij de WAO-claimbeoordeling worden nog andere aspecten benoemd die het Lisv (zie hierna) 'relationele kwaliteit' noemt: dat de beslissing schriftelijk aan de belanghebbende bekend wordt gemaakt (verplicht sinds Pemba), in begrijpelijk Nederlands, met aanduiding van bezwaar- en beroepsmogelijkheden etc. Ook word gevraagd dat de betrokken medewerkers geschoold zijn in het gebruik van het FIS conform de FIS-handleidingen.

Over het werkproces worden verder geen uitspraken gedaan, daarin heeft de Uvi een grote vrijheid. Het Lisv hanteert intern voor het opstellen van kostenindi-

caties wel een zogenaamd afhandelingsprofiel, waarin gerekend wordt met bijvoorbeeld te besteden tijd door de arts en de arbeidsdeskundige, maar dit wordt niet gebruikt in de onderhandelingen met de Uvi's.

Ctsv en criteria

Het Ctsv is vooral gericht op rechtmatigheid en doelmatigheid in de sociale zekerheid.

Daarbij formuleert het Ctsv niet alleen criteria, maar verlangt het ook een kwaliteitssysteem. Voor de tijdigheid en juridische rechtmatigheid is dat reeds enkele jaren uitgewerkt. Dat is de afgelopen jaren uitgebreid voor de vakinhoudelijke juistheid. Het Ctsv heeft in overleg met het Lisv en de Uvi's gewerkt aan een uitgebreid en gedetailleerd protocol Sociaal-medisch handelen Uitvoeringsinstellingen (WAO, WAZ en Wajong). Dit protocol is in augustus 1998 vastgesteld en de bedoeling is om vanaf 1999 volgens het protocol te werken. Hieruit blijkt dat het protocol de Uvi's voorschrijft te sturen vanuit de volgende criteria (aangeduid met het begrip sturingsuitgangspunten): **tijdigheid, volledigheid, juridische en vakinhoudelijke juistheid en inzichtelijkheid**. Het Ctsv stelt in een voetnoot dat kwaliteit weliswaar op veel meer punten geoperationaliseerd kan worden, maar dat voorlopig gekozen wordt voor deze, het meest aan rechtmatigheidsborging bijdragende, aspecten.

Vervolgens geeft het protocol aanwijzingen hoe een borgingssysteem ingericht dient te worden. Dit beschrijven we in de volgende paragraaf, 8.2.2.2.

Samenvattend: de te hanteren criteria van Lisv en Ctsv

Samenvattend kan gesteld worden dat Lisv en Ctsv beiden als overall-eis stellen dat de claimbeoordeling wordt gedaan conform de wet en uitvoeringsregels. Dit heeft de volgende aspecten: tijdigheid/volledigheid, juistheid of rechtmatigheid in resp. juridische en vakinhoudelijke zin, en tot slot relationele kwaliteit en inzichtelijkheid, die wij samenbrengen onder de noemer cliëntgerichtheid.

Deels zijn dit concrete criteria: tijdigheid/volledigheid en de juridische component van juistheid/rechtmatigheid zijn in wet en uitvoeringsregelingen in directe prestatie-indicatoren en normen uitgedrukt. De vakinhoudelijke kant van rechtmatigheid en cliëntgerichtheid zijn van een ander kaliber. Hierover bestaan diverse opvattingen, zodat het van belang is om overeenstemming te bereiken over de operationalisatie van deze begrippen.

In het navolgende gaan we hier dieper op in. Onder de kopjes: A. Tijdigheid; B. Juridische rechtmatigheid; C. Vakinhoudelijke rechtmatigheid; en D. Cliëntgerichtheid bespreken we voor elk criterium de uitwerking in prestatie-indicatoren, of er normen geformuleerd zijn en eventueel welke metingen worden verricht om de prestaties in kaart te brengen.

A. Het criterium tijdigheid: prestatie-indicatoren, normen en metingen

Tijdigheid is een concreet criterium. De algemene wet bestuursrecht AWB en het Besluit Beslistermijnen SV-wetten geven de vereiste termijnen voor beslissingen als eerste beoordeling, termijnen van bezwaarprocedures etc. De prestatie-indicatoren liggen dus vast. Overigens komt het voor dat de Uvi met opdrachtgevers aanvullende termijnen afsprekt. Lisv heeft met de Uvi's normen vastgesteld in de vorm van een toegestaan percentage termijnoverschrijdingen, wat verschilt per type beslissing. In de beschrijving van de referentiedienst 'beslissing einde wachttijd werknemers

(WAO)' wordt het als volgt geformuleerd: 'De beslissing moet volgens de wet binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag zijn afgerond. (...) 90% van alle beslissingen dient tijdig, conform de wettelijke eisen te zijn.' (Lisv-mededeling over de referentiediensten 1999, bijlage bij S98.38)

Daarnaast bestaat het criterium volledigheid, hetgeen betekent dat iedereen die daarvoor in aanmerking komt, ook daadwerkelijk beoordeeld wordt. Dit criterium wordt alleen door het Ctsv benoemd. Een Lisv-functionaris stelt op onze vraag dat volledigheid zijns inziens al gedekt wordt in het tijdigheids-criterium: als een aanvraag niet behandeld wordt, is dit immers geen tijdige behandeling. Wij bespreken dit criterium verder dan ook niet apart in dit rapport.

De prestaties op tijdigheid worden door de Uvi's zelf gemeten en bijgehouden. Ctsv én Lisv controleren dit vanuit de algemene Uvi-verantwoordingsinformatie. Er wordt gewerkt aan het verder structureren van deze informatie, zodat deze gericht de gewenste geaggregeerde gegevens oplevert.

B. Het criterium juridische rechtmatigheid: prestatie-indicatoren, normen en metingen

Over rechtmatigheid schrijft het Lisv in haar toelichting bij de referentiediensten: 'Juistheid komt overeen met rechtmatigheid en betekent: overeenstemming met wet- en regelgeving' (Lisv-mededeling over de referentiediensten 1999, bijlage bij S98.38). Het Ctsv geeft de volgende definitie van rechtmatigheid: 'In overeenstemming met wet- en regelgeving, jurisprudentie, regels van de beroepsgroep en standaarden van het Lisv.' (Ctsv-protocol Sociaal-medisch handelen.)

In het moderne kwaliteitsdenken worden aan rechtmatigheid twee aspecten onderscheiden: de juridische juistheid en de vakinhoudelijke juistheid. Voor de juridische juistheid bestaan reeds objectieve prestatie-indicatoren, voor het vakinhoudelijke aspect is het nog niet zover. Dit laatste bespreken we in de volgende paragraaf.

Voor de juridische juistheid worden objectieve prestatie-indicatoren gehanteerd. Hierbij gaat het om de toepassing van formele eenduidige regels zoals of de juiste

grondslagen voor uitkeringen zijn gehanteerd, of de berekeningen kloppen, etc. Voorheen gold als prestatie-indicator het aantal onrechtmatige beslissingen, met als norm maximaal 1%. Nu stelt het Ctsv dat maximaal 1% van het totaal toegekende uitkeringenbedrag onrechtmatig mag zijn, teveel en te weinig betaalde bedragen bij elkaar opgeteld. Het Lisv volgt deze definitie.

Ook hier geldt dat de Uvi's zelf hun prestaties meten, en die weergeven in de verantwoordingsinformatie. Het Ctsv past hier de zogenaamde controle-op-controle-systematiek toe: in jaarlijkse rondes worden de Uvi-controle-gegevens gecontroleerd. Het Lisv meet hier niet specifiek op.

C. Het criterium vakinhoudelijke rechtmatigheid: prestatie-indicatoren, normen en metingen

De vakinhoudelijke juistheid vereist dat de sociaal medische gevalsbehandeling voldoet aan de wettelijke criteria én aan de professionele normen van de beroepsgroep. Eerst wordt in twee subparagrafen de uitwerking van de wettelijke criteria onder de loep genomen. Hierbij komen het begrip responsiviteit en de uitwerking van het ziektebegrip aan de orde. Daarna worden professionele normen en de instrumenten om daaraan te voldoen behandeld in een subparagraaf over het zogenoemde standaardenbeleid van het Lisv. De laatste subparagraaf handelt over metingen inzake vakinhoudelijke rechtmatigheid.

Responsiviteit als voorwaarde voor vakinhoudelijke rechtmatigheid

Een operationalisatie van de wettelijke criteria vinden we in de WAO zelf en in aanvullende wetten (zoals TBA) en AMBV's (zoals het 'Schattingsbesluit'). Hierin staat wat arbeidsongeschiktheid is en hoe de beoordeling daarvan plaats dient te vinden. Daarbij blijft echter veel ruimte voor interpretatie. De staatssecretaris stelt ook, in een brief van 21 februari 1995 aan de Tweede Kamer: 'De wetgever heeft de uitvoeringspraktijk nadrukkelijk de ruimte gelaten om verzekeringsgeneeskundige beoordeling via eigen richtlijnen te operationaliseren' (KNMG, 1995). Op de globale richtlijnen van wet en besluiten zijn dan ook met name door het standaardenbeleid van het Lisv diverse detailleringen aangebracht (zie verder).

Dat er veel voor te zeggen is om in de sociale zekerheid niet alles vast te leggen in wet en regelgeving wordt duidelijk beargumenteerd in de publicatie van Teulings e.a.(1997). Zij stellen dat weliswaar een wettelijk kader nodig is om willekeur in de uitvoering te voorkomen, maar dat een doelmatige toepassing een oordeel van uitvoerders vraagt over de rechtmatigheid van de claim.

"Uitvoerders hebben daarbij altijd een zekere mate van eigen beslisruimte nodig om flexibel, responsief, op concrete situaties te kunnen inspelen" (p.17).

Om de algemene regel in individuele gevallen toe te passen is een interpretatie en beoordeling van de specifieke omstandigheden noodzakelijk. Dit is zeker het geval bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen omdat hier, zoals de auteurs het verwoorden, sprake is van 'grote onzekerheid van informatie': de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden van individuen is niet volledig te objectiveren in beslisregels en moet daarom overgelaten worden aan professionele uitvoerders. De mate waarin het mogelijk is toepassing van de wet toe te snijden op concrete situaties wordt responsiviteit genoemd.

Sociale zekerheidswetgeving laat per definitie beslissingsbevoegdheden bij de uitvoerders, stellen Teulings e.a., en zij noemen daar een viertal redenen voor. Op deze plaats zijn twee daarvan met name relevant. De eerste reden is dat de wetgever bewust beslisruimte (discretionaire ruimte) aan de uitvoering kan laten. Het hiervoor aangehaalde citaat uit de brief van de staatssecretaris is hier een fraaie illustratie van. In de tweede plaats ontstaat discretionaire ruimte wanneer de wetgever begrippen hanteert die tot op zekere hoogte onbepaald zijn, zoals 'arbeidsongeschiktheid' en 'passende arbeid' (voorbeelden uit Teulings e.a., p.220). Dit deel van de verhandeling van Teulings e.a. impliceert dat ook voor de WAO-claimbeoordeling geldt dat responsiviteit een voorwaarde is voor het kunnen realiseren van vakinhoudelijke rechtmatigheid.

Hoewel onmisbaar voor doelmatige sociale zekerheidswetgeving, vormt responsiviteit een bedreiging voor de rechtsgelijkheid, zo vervolgen Teulings e.a. hun betoog. De uitvoering kan niet aan dit dilemma ontsnappen: een keus voor een sterker accent op rechtsgelijkheid vermindert de beslissingsruimte (discretionaire ruimte) van de uitvoerder en daarmee de kans op ongelijke behandeling van gelijke gevallen, maar vermindert tegelijkertijd de mogelijkheden om in individuele gevallen de regels volgens de bedoeling van de wetgever toe te passen. Tegelijkertijd is echter ook het omgekeerde waar.

Een nadere precisering van wettelijke regels lost dit probleem vaak niet op, omdat dit extra eisen stelt aan formulering en vormgeving (zoals eenduidig en controleerbaar) waaraan meestal niet kan worden voldaan. Teulings e.a. vinden de ontwikkelingen rondom het arbeidsongeschiktheids criterium in de wet TBA een illustratie van deze procesgang. Er zijn volgens deze auteurs drie betere manieren om de discretionaire ruimte van uitvoerders te beheersen (dat wil zeggen zoveel mogelijk misbruik en willekeur te voorkomen). Deze zijn:

- 1) Zolang niet gedetailleerd in regelgeving is vast te leggen wie recht heeft op een uitkering of voorziening, zoals bij de WAO, dient de wetgever duidelijk aan te geven door welke doelstellingen de uitvoerder zich moet laten leiden bij de individuele gevalsbehandeling.
- 2) Het maken van gedetailleerde uitvoeringsinstructies en protocollen.
- 3) Een open cultuur, die uitvoerders uitnodigt te praten over de problemen die zij bij de gevalsbehandeling tegenkomen en hoe die opgelost (kunnen) worden.

Intervisie beschouwen Teulings e.a. als een noodzakelijke voorwaarde om willekeur in de toepassing van regelgeving te voorkomen.

Samenvattend wordt geconcludeerd dat vakinhoudelijke rechtmatigheid van de WAO-claimbeoordeling vereist dat uitvoerders discretionaire ruimte hebben. Deze eis, ook wel responsiviteit genoemd, stelt op haar beurt een aantal voorwaarden aan de uitvoering. In het vervolg zal aan de orde komen in hoeverre bij de WAO-claimbeoordeling aan deze voorwaarden wordt voldaan.

Het ziektebegrip

In het voorgaande is de publicatie van Teulings e.a. aangehaald waarin gepostuleerd wordt dat 'arbeidsongeschiktheid' in de wetgeving een tamelijk onbepaald begrip is gebleven. Hoewel met de invoering van de wet TBA de formulering van het arbeidsongeschiktheids criterium nader werd gespecificeerd (van 'gevolg van ziekte of gebrek' naar 'rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek') is daarmee nog geen eenduidige definitie van arbeidsongeschiktheid gegeven.

De wetgever beoogde met de introductie van deze begrippen een signaal te geven aan de uitvoeringspraktijk om het begrip ziekte of gebrek niet te ruim op te vatten. Dat ook het vernieuwde arbeidsongeschiktheids criterium nog veel discretionaire ruimte laat, bleek uit het feit dat artsen onderling strijdige opvattingen over de beoordelingscriteria ontwikkelden. Mede in het licht van de gewenste volumebeperking, ontstond algemeen het beeld dat met het nieuwe criterium een strengere keuring werd beoogd. Een begrijpelijk gevolg was dat een deel van de artsen, inhoudelijke consequenties verbond aan de wijzigingen. In hun ogen kon van arbeidsongeschiktheid alleen nog sprake zijn indien een exacte diagnose kan worden aangetoond. Deze opvattingen leidde tot problemen bij de beoordeling van een aantal specifieke gezondheidsklachten. ME, whiplash, fibromyalgie, bekkeninstabiliteit zijn voorbeelden van situaties waarbij een meestal hoge mate van klachtenbeleving (nog) niet eenduidig te verklaren is uit een objectieve medische afwijking (c.q. niet als objectief medisch gevolg van ziekte of gebrek zijn te classificeren). Een WAO-claim in deze gevallen afwijzen leidde in brede kring tot onbegrip en protest.

In reactie op deze ontwikkeling verklaarde de staatssecretaris van SZW dat het uitdrukkelijk niet de bedoeling van de wetgever is (geweest) dat aandoeningen waarvoor de medische wetenschap (nog) geen sluitende diagnose kan stellen uitgezonderd worden van het recht op een WAO-uitkering. Om in deze discussie verheldering te brengen heeft de staatssecretaris het Tica (rechtsvoorganger van het Lisv) verzocht een richtlijn te ontwikkelen voor toepassing van het nieuwe TBA-criterium: de richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, MAOC (zie verder).

Op deze plaats willen we echter eerst kort stilstaan bij een uiterst lastig maar fundamenteel probleem bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling: het ziektebegrip, ofwel de operationalisering van de eis dat ziekte of gebrek de grondslag vormt voor toekenning van het recht op een uitkering. Zoals reeds gesteld in de inleiding van deze paragraaf ondervond de rechtspraak reeds in de jaren dertig hinder van het ontbreken van een duidelijke definitie van ziekte en nam de Centrale Raad van Beroep daarom het initiatief voor een opdracht aan de hoogleraren Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille hier helderheid in te brengen; een opdracht die jaren later nog een aantal keren werd verstrekt aan Van der Horst en aan Hornstra en Mertens.

Oorspronkelijk werd de wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde geleverd vanuit de traumatologie. Dit was in lijn met de Ongevallenwet 1901, een van de voorlopers van de WAO, waarin de mate van arbeidsongeschiktheid werd gerelateerd aan de (omvang van de) schade aan het lichaam (de baremale methode). Bij de invoering van de WAO in 1967 was deze benadering niet langer meer actueel: immers niet het lichaam zelf maar de verdien capaciteit was nu het object van verzekering. Binnen de verzekeringsgeneeskunde 'nam de belangstelling voor de traumatologie af en die voor de structuur en inhoud van het beoordelingsproces toe' (Timmer e.a., 1988, p. 19; cursivering NIA TNO).

Buis (1986) geeft een overzicht van de ontwikkeling in het begrip ziekte of gebrek sinds het ontstaan van de Ziektewet. De omschrijving zoals die in 1936 door Hijmans van den Berg en Baart de la Faille is gegeven, blijkt nog steeds het uitgangspunt te zijn (zie tekstkader).

Een deel van de argumentatie van alle door Buis genoemde auteurs was erop gericht een onderscheid te maken tussen ziekte en gebreken, waarbij deze laatste minder door een verstoring van een evenwicht gekenmerkt zouden worden. Dit onderscheid verloor zijn actualiteit toen in 1967 in de WAO en Ziektewet gesproken werd van 'ziekte of gebrek' als arbeidsongeschiktheids criterium. Buis trekt de conclusie dat het begrip ziekte en gebrek steeds in beweging is en is van mening dat het begrip ziekte in feite nog altijd gevormd wordt door datgene wat de leden van de medische professie als zodanig definiëren in hun dagelijkse werk.

'Onder ziekte dient niet een statisch begrip te worden verstaan maar een proces. Dit is een zich in de tijd uitstrekkende gebeurtenis of reeks van gebeurtenissen. Deze bestaan in wijzigingen in de functies van het organisme, hetzij in kwalitatieve, hetzij gewoonlijk in kwantitatieve zin, veroorzaakt door de verstoring van het evenwicht in het lichaam. Het lichaam schijnt ernaar te streven dit evenwicht te herstellen of zich op een nieuwe evenwicht in te stellen. Het begrip ziekte vereist dus een actieve reactie van het organisme, in het leven geroepen door een ziekmakende oorzaak.

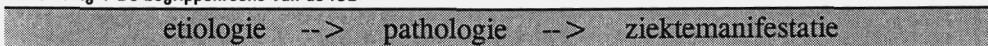
Voor wat betreft de psychische ziekten sloot Rümke zich in 1951 bij deze definitie aan, waarbij hij onder lichaam het psychosomatisch geheel verstond. Ook van der Horst (1953) volgde deze gedachtegang; hij accentueerde daarnaast de ziektebeleving, het aanvoelen van de dreiging en vervolgens het proces van mobilisering en aanpassing. In 1962 beargumenteerden Hornstra en Mertens dat de degeneratieve aandoeningen, zoals die zich met name bij het ouder worden voordoen, niet als ziekte moeten worden aangemerkt, tenzij deze eerder of in ernstiger mate optreden dan normalerwijs het geval is.' Buis 1986.

Het is ook om deze reden twijfelachtig of de recente wijziging van het arbeidsongeschiktheids criterium iets uitmaakt: de objectiviteitseis betekent in de praktijk dat verschillende medici het met elkaar eens dienen te zijn. Dit is echter niet louter een technische eis van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, ofwel van de mate waarin theoretische noties, betrouwbare meetinstrumenten en diagnostische vaardigheden bij gelijke waarnemingen tot gelijke oordelen leiden. Overeenstemming tussen medici vereist vooral dat betrokken professionals ook een gelijke visie op de (verzekerings)geneeskundige professie hanteren. Een gelijke visie is echter geen gegevenheid.

Het is namelijk mogelijk binnen de verzekeringsgeneeskunde tenminste twee verschillende visies te onderscheiden. Enerzijds is dat de visie waarin het klassieke ziektebegrip centraal staat. Dit ziektebegrip is ontwikkeld en algemeen toegepast in de curatieve gezondheidszorg en vormt de theoretische basis voor de ICD, de internationaal erkende standaard voor de classificatie van ziekten. Met name het lineair causale karakter van deze benadering (zie afbeelding) is in de verzekeringsgeneeskunde een voordeel. Het verschaft een eenduidig referentiekader voor de bepaling van de rechtmatigheid van een claim: indien de claimklachten volgens het klassieke model toegeschreven kunnen worden aan pathologische verschijnselen waarvoor een oorzakelijke factor geduid of op z'n minst aangenomen kan worden, is er sprake van ziekte. Het kunnen stellen van een diagnose volgens de ICD sluit elke twijfel over de rechtmatigheid van de claim uit.

Het klassieke ziekteconcept, dat ten grondslag ligt aan de ICD is weergegeven in afbeelding 1.

Afbeelding 1 De begrippenreeks van de ICD

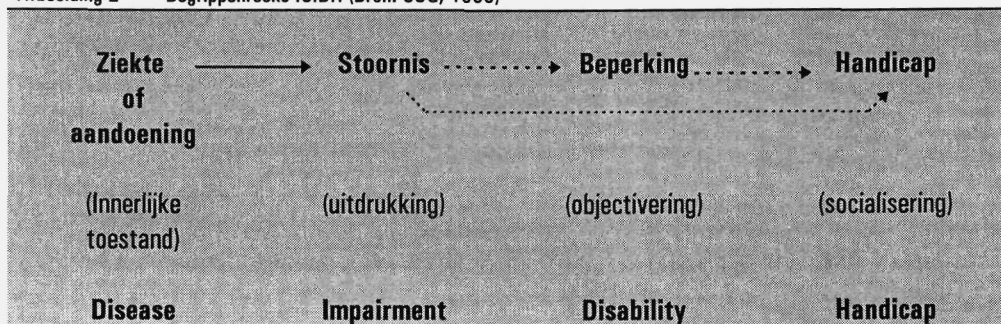


Sinds het begin van de jaren tachtig heeft naast deze benadering geleidelijk aan een ander theoretisch model, met een ander ziektebegrip, terrein gewonnen in de verzekeringsgeneeskunde: de Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), de ICIDH. Het klassieke ziektebegrip schiet volgens de ontwikkelaars van de ICIDH tekort voor het omschrijven van resttoestanden bij met name chronische aandoeningen, omdat op den duur de sociale en economische gevolgen van de ziekte zwaarder gaan tellen dan puur medisch lijden. Omgekeerd beïnvloeden sociaal economische factoren het welbevinden en vaak ook het herstel bij veel gezondheidsproblemen. Dit betekent dat er veel aan ziekte verbonden verschijnselen zijn die (gedeeltelijk) buiten het klassieke ziektebegrip vallen.

Om dit probleem te ondervangen is in 1980 de eerste versie van de ICIDH gereed gekomen. Doel van de ICIDH is het classificeren van gezondheidsproblemen waarbij ziekten niet (primair) aan de orde zijn. Het beoogt een aanvulling te zijn op de ICD (en niet een vervanger of concurrent) (COG, 1980).

De theoretische grondslag voor de ICIDH is de volgende begrippenreeks:

Afbeelding 2 Begrippenreeks ICIDH (Bron: COG, 1980)



De ICIDH bestaat uit drie classificaties, namelijk voor stoornissen (I-code), beperkingen (D-code) en handicaps (H-code). Zie tekstkader.

Stoornis

Een stoornis is op **ORGAAN** niveau een afwijking in de lichaamsbouw, het uiterlijk of de orgaan/systeem-functies, door welke oorzaak dan ook. Het is de uitdrukking van ziekte(n) in een bepaalde *verschijningsvorm*. Een stoornis wordt gedefinieerd als:

iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie.

Stoornissen zijn in de I-code omschreven in psychologische, fysiologische of anatomische parameters.

Beperking

Een beperking is het gevolg van stoornissen op **PERSOON** niveau voor een samengesteld geheel van activiteiten, zoals tot uiting komt in taken vaardigheden en gedragingen. De definitie van beperking luidt:

iedere vermindering of afwezigheid (tengevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering.

Beperkingen duiden hoofdzakelijk op problemen bij het uitvoeren van individuele activiteiten (taken, vaardigheden, gedragingen), waarbij De ICIDH zich vooral richt op de dagelijkse bezigheden. Beperkingen kunnen een direct gevolg zijn van een stoornis of een persoonlijke reactie - vooral psychologisch - daarop. Stoornissen worden in professionele termen omschreven, beperkingen meestal met termen uit het dagelijks taalgebruik. Beperkingen zijn de objectivering van stoornis(sen) tot een bepaalde afwijking in activiteiten die anders van iemand verwacht mogen worden.

Handicap

De handicap is het **MAATSCHAPPELIJK** aspect van een stoornis of een beperking. Het verwijst naar nadelige gevolgen van een stoornis/beperking voor een persoon in vergelijking met anderen die die nadelen niet ondervinden; een handicap is daarmee een sociaal (intermenselijk) verschijnsel. De ICIDH definieert handicap als volgt:

een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking welke de normale rolvervulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal culturele achtergrond) begrenst of verhindert.

Kenmerkend is de tegenstelling tussen prestatie en toestand van de persoon in het sociaal functioneren enerzijds en de eigen verwachtingen of die uit de sociale omgeving anderzijds. Handicaps zijn de socialisering van stoornissen/beperkingen tot een bepaald aspect van de sociale context en weerspiegelen de culturele, sociale en economische gevolgen van beperkingen en stoornissen voor de betrokkene.

Bron: COG, 1980

Wanneer het vermogen tot het verrichten van arbeid als gevolg van gezondheidsproblemen verminderd is, wordt gesproken van een handicap in bezigheden (handicap 4 in de H-code). De economische gevolgen van het verminderde vermogen komen in de ICIDH classificatie terug als een handicap in economische zelfstandigheid (handicap 6 in de H-code). Dit onderscheid in 'bezigheid' en 'economisch zelfstandigheid' is relevant voor de claimbeoordeling: het is mogelijk dat personen als gevolg van gezondheidsproblemen beperkt zijn in hun arbeidsmogelijkheden (arbeidsgehandicap), maar dat deze beperking niet

gepaard gaat met (een voldoende groot verlies) aan verdien capaciteit: aan de arbeidsgehandicapte wordt geen WAO-uitkering toegekend.

Over de samenhang tussen de drie kernbegrippen van de ICIDH zijn tot slot van deze toelichting nog enkele belangrijke opmerkingen te maken. In het schema zijn de pijlen als onderbroken lijnen aangegeven. Dit symboliseert een uiterst belangrijk principe van de ICIDH, namelijk dat er geen sprake is van strikt dwingende, causale relaties tussen stoornissen, beperkingen en handicaps. Stoornissen kunnen leiden tot beperkingen, maar dat hoeft niet. En ook als er geen sprake is van beperkingen, kunnen stoornissen leiden tot handicaps, maar ook dat is geen wetmatigheid. Daarnaast kunnen beperkingen optreden zonder dat er sprake is van stoornissen die op hun beurt al dan niet handicaps tot gevolg hebben. Het is van belang te onderkennen dat voor de vaststelling van de (aard van de) handicap het er meestal niet toe doet welke ziekte er aan ten grondslag ligt.

Voorts bestaat binnen de ICIDH de mogelijkheid van omkering van de oorzaak gevolg keten: soms kunnen handicaps en/of beperkingen stoornissen veroorzaken: gevoelens van gehandicapt zijn kunnen de ernst van de beperking versterken en zelfs tot stoornissen leiden. Tot slot wordt erop gewezen dat revalidatie, compensatie, hulpmiddelen en hulp van anderen het prestatieniveau kunnen verhogen en dat daarmee de ernst van gevolgen van stoornissen kan verminderen.

Het gedachtengoed van de ICIDH sluit goed aan bij de problematiek van arbeidsongeschiktheid. Zo biedt het een theoretisch kader voor het verschijnsel dat twee personen met vergelijkbare gezondheidsproblemen daarvan totaal verschillende effecten voor hun arbeidssituatie en economische zelfstandigheid kunnen ondervinden. Een aantal noties uit de ICIDH staat haaks op het klassieke ziektebegrip (de diagnose is niet meer van primair belang, er zijn geen duidelijke oorzaak gevolg relaties). Het model mist echter de klaarheid van het klassieke model en daarmee de (theoretische) mogelijkheid er eenduidige besliscriteria uit af te leiden voor objectieve bepaling van de rechtmatigheid van arbeidsongeschiktheidsclaims.

Samenvattend: een centraal probleem bij de operationalisatie van wettelijke eisen aan de WAO-claimbeoordeling vormt de definitie van het begrip ziekte. De eerste pogingen om dit probleem op te lossen zijn al decennia terug gedaan. Alle sindsdien ontwikkelde definities bevatten een gemeenschappelijke kern. Hieruit zijn echter geen voor de jurisprudentie hanteerbare eenduidige besliscriteria te formuleren. Second best is een algemeen toegepaste strategie om overeenstemming tussen medici te beschouwen als operationalisatie van de eis dat klachten, ziekten etc. medisch objectief zijn vastgesteld. In de verzekeringsgeneeskunde

vigeren echter verschillende visies op het ziektebegrip, waardoor overeenstemming tussen artsen niet alleen een zaak van professioneel handelen is maar ook van overeenstemming van persoonlijke visies op het vak. Dit is een zwakke basis voor een rechtmatige en rechtsgelijke toepassing van de WAO wetgeving.

Op basis van het voorgaande concluderen wij dat een theoretisch model voor eenduidige definiëring en operationalisatie van het ziektebegrip, passend bij de juridische implicaties van de arbeidsongeschiktheidswetgeving, niet voorhanden is.

Standaardenbeleid Tica/Lisv

Aan het begin van deze paragraaf over het criterium vakinhoudelijke rechtmatigheid is reeds gesteld dat het criterium betrekking heeft op wettelijke criteria en op de professionele normen van de beroepsgroep. De oordeelsvorming door de professional, inclusief instrumenten voor uitvoering, borging en verbetering daarvan, dragen primair bij aan dit criterium. In het navolgende wordt een aantal van de instrumenten die de professional ter beschikking staan, beschreven. Allereerst worden de standaarden besproken. Deze geven uitwerking aan de criteria in zowel prestatie-indicatoren als in normen. Standaarden leveren in de praktijk ook een belangrijke bijdrage aan het standaardiseren van het voortbrengingsproces en kunnen dus ook beschouwd worden als kwaliteitsmaatregelen gericht op het werkproces. Na de standaarden komt het FIS aan bod waarna als laatste instrument het methodisch beoordelingsgesprek wordt behandeld.

Het Tica/Lisv heeft de afgelopen jaren een tiental standaarden ontwikkeld, enkele zijn nog in voorbereiding. Standaarden hebben steeds eerst een voorlopig karakter en worden, nadat er in de praktijk ervaring mee is opgedaan, vastgesteld als technisch advies. Sinds de instelling van Lisv,

1 maart 1997, hebben zij de status van dwingende beleidsvoorschriften.

Het Lisv beschouwt het standaardenbeleid als een instrument voor de bevordering van de kwaliteit van de sociaal medische beoordeling. Door het standaardiseren van het handelen van verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen wordt de uitvoering voor derden inzichtelijk gemaakt, hetgeen moet leiden tot meer openheid en controleerbaarheid van de uitvoering. Standaarden beogen de besluitvorming over claims transparant te maken en voorts de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Ook het uniformeren van werkmethodeken en inhoudelijke beoordelingscriteria wordt gezien als een doel van de standaarden, omdat ook dit bijdraagt aan een inzichtelijke en rechtsgelijke claimbeoordeling.

De standaard 'Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden'

Dit is de eerste door het Lisv (toen nog Tica) ontwikkelde standaard, in januari 1995 verschenen. Het was een gewijzigde versie van een reeds in 1993 door GAK/GMD gemaakte standaard. De standaard behandelt de vraag wanneer wel en wanneer (nog) niet een belastbaarheidsprofiel moet worden opgesteld. Uitgangspunt hierbij is dat bij zoveel mogelijk beoordelingen een profiel wordt opgesteld. De standaard is van toepassing op alle AAW/WAO beoordelingen en geeft aan wanneer geen toetsing aan arbeidskundige criteria hoeft plaats te vinden; in deze gevallen kan de verzekeringsarts zelf volledige arbeidsongeschiktheid vaststellen. Deze uitzonderingssituaties zijn: opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL afhankelijkheid of onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. De standaard geeft ook aan hoe te handelen wanneer binnen drie maanden belangrijke veranderingen zijn te verwachten in de situatie van de cliënt. In juni 1996 verscheen een herziene versie, waarin onder meer andere richtlijnen worden gegeven voor een eenduidiger interpretatie van de uitzonderingssituaties.

De standaard verschaft expliciete beslissingscriteria maar bevat geen inhoudelijke richtlijnen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Sinds de invoering van de wet TBA is van diverse zijden aangedrongen op protocollering en het inhoudelijk meer objectiveerbaar maken van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Om hierin te voorzien bracht het Tica in september 1996 de richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, MAOC' uit.

De richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, MAOC'

Een belangrijke operationalisatie van criteria voor de WAO-claimbeoordeling is de standaard 'Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium'. Vóór invoering van de wet TBA was het criterium voor arbeidsongeschiktheid dat aangetoond moest worden dat iemand beperkingen had als gevolg van ziekte of gebreken. De wet TBA spreekt over arbeidsongeschiktheid als 'rechtstreeks' en 'objectief medisch vast te stellen' gevolg van ziekte of gebreken.

De richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium' is door het Tica ontwikkeld in opdracht van de staatssecretaris. De standaard gaat in op de betekenis van de door de wet TBA gehanteerde begrippen in de omschrijving van het arbeidsongeschiktheids criterium. Hierbij is in de richtlijn aansluiting gezocht bij het begripskader van de ICIDH. De Tica uitleg is dat 'arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken' een ongedeelde begrip is, dat een diagnose niet essentieel is, als maar duidelijk is dat de aangetroffen beperkende claimklachten een medische oorzaak hebben. Deze oorzaak kan zowel fysiek als psychisch zijn. Om conclusies te kunnen trekken over 'ongeschiktheid tot werken als rechtstreeks gevolg van ziekte', dient de verzekeringsarts de uitingen van ziekte op drie verschillende

niveaus te hebben onderzocht. Als stoornissen in het lichamelijk of geestelijk functioneren (ICIDH: stoornissen), beperkingen in gedragingen en activiteiten (ICIDH: beperkingen) en handicaps in sociale rollen (met name de arbeidsrol) (ICIDH; handicaps) logisch samenhangende uitingen van ziekte vormen, is er volgens de MAOC-richtlijn sprake van consistentie en kan arbeidsongeschiktheid worden vastgesteld.

De nieuwe formulering in de wet TBA was volgens het Tica niet bedoeld als aanscherping van de eerdere criteria, maar als een nadere uitleg. Tevens was het Tica van mening dat de wet TBA en de Tica standaard MAOC niets nieuws brachten en de lijn volgden van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (De Bont e.a., 1998).

Niettemin is duidelijk is dat de richtlijn een plaatsbepaling in de discussie over het ziektebegrip inhoudt. Hiervan heeft het Lisv zich terdege rekenschap gegeven, zoals onder meer blijkt uit het volgende in het rapport van Horstman e.a. (1997) opgenomen citaat uit de Interne Evaluatie van het Lisv (1997) dat deze standaard 'het voorlopige eindpunt van een al zeer lang lopend ideologisch en wetenschappelijk debat vormde'. Of de standaard inderdaad een voorlopig eindpunt zal blijken te zijn of wellicht zal leiden tot een opleving of mogelijk polarisatie van het debat, zal moeten worden afgewacht. De standaard is thans nog geen algemeen geaccepteerde en toegepaste operationalisatie van het arbeidsongeschiktheids criterium. Dit blijkt onder meer uit het rapport van De Bont e.a. (1998) waarin zowel ME-patiënten als verzekeringsartsen aangeven dat artsen verschillend met de richtlijn omgaan. Dit wordt in paragraaf 8.2.3.1 verder besproken.

Overige standaarden

De richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium' beoogt klaarheid in de interpretatie van het arbeidsongeschiktheids criterium te brengen door uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige te formuleren. Het biedt een denkkader, 'een inhoudelijke speelruimte', het beoogt geen concrete handelingsadviezen te verstrekken. Het Lisv onderkent dat dat (ook) een waardevolle bijdrage zou leveren en heeft dan ook diverse standaarden laten ontwikkelen om in deze behoefte te kunnen voorzien. Zo zijn er de laatste twee jaar standaarden gereed gekomen ter beoordeling van de meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de (potentiële) WAO populatie: 'Onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen' en de standaard 'Onderzoeksmethoden bij lage rugklachten'.

Daarnaast heeft het Lisv de beroepsvereniging van verzekeringsgeneeskundigen NVVG verzocht een standaard "Onderzoeksmethoden" te schrijven die een 'state of the art' zou geven van methoden en technieken die de verzekeringsarts ten dienste staan bij de claimbeoordeling. Het document is in december 1997

geaccepteerd door de beroepsvereniging, maar het Lisv heeft de standaard (nog) niet definitief vastgesteld, omdat 'de standaard te veel op de toer van de anamnese zit, hetgeen weer terug is op het oude spoor' (De Bont e.a., 1998, p. 51).

FIS

Horstman e.a. wijzen erop dat het Lisv niet alleen aan de standaarden verschillende namen heeft gegeven (richtlijn, beleidsadvies, protocol), maar dat er ook verschillen zijn in onder meer aard, status en vormgeving. De auteurs stellen echter dat de standaarden gemeenschappelijk hebben dat artsen telkens ruimte wordt geboden voor toepassing van een scala aan testen, benaderingen en onderzoeksmethodieken (Horstman, 1997, p. 24). Deze waarneming laat een belangrijke uitzondering op deze regel buiten beschouwing: het FIS.

Een aparte operationalisatie van de eis van rechtmatigheid, een apart wettelijk criterium, is het gebruik van het Functie Informatie Systeem. Het schattingsbesluit stelt het FIS verplicht bij de arbeidsdeskundige beoordeling. Het is van belang te onderkennen dat het FIS twee betekenissen kan hebben: het is de methodiek volgens welke de arbeidsdeskundige de resterende verdien capaciteit van de cliënt bepaalt. Dit gebeurt op basis van gegevens van een verzekeringsarts, die op de zogenaamde 28-punten lijst van het FIS de beperkingen van de verzekerde aangeeft.

Het FIS wordt ingezet om het bepalen van nog haalbare functies te standaardiseren, waarbij het echter niet meer dan een hulpmiddel is: zowel de inbreng van gegevens als de eindselectie is nadrukkelijk een professioneel proces. Wel is het zo dat het FIS systeem eisen stelt aan de in te voeren informatie en dus ook mede welk type informatie bij uitvoer gegenereerd kan worden. Dit betekent dat het FIS systeem de inhoud en structurering van essentiële aspecten van de oordeelsvorming definieert en daarmee standaardiseert.

Het FIS als instrument dient uiteraard ook aan kwaliteitscriteria te voldoen. Het FIS systeem wordt beheerd en bijgehouden door een speciale groep arbeidsdeskundigen, ook wel arbeidsanalisten genoemd. Voorheen was dit beheer ondergebracht bij het GAK, sinds 1/1/1998 is het in handen van het Lisv.

Het methodisch beoordelingsgesprek

Een laatste te noemen instrument voor de standaardisering van de professionele oordeelsvorming is het methodisch beoordelingsgesprek. Het betreft een methodiek specifiek ontwikkeld voor het gesprek tussen verzekeringsgeneeskundige en cliënt. Het vormt een alternatief voor de meer anamnestiche benadering van dit onderdeel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Grondgedachte voor het methodisch beoordelingsgesprek is het gegeven dat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling plaatsvindt in opdracht van de wetgever en een wetsconforme uitvoering van de regelgeving tot doel heeft. Getracht wordt met behulp van een vaste opbouw en een aantal gespreksregels tot een

beargumenteerd en sluitend oordeel te komen over de rechtmatigheid van de claim. Het methodisch beoordelingsgesprek is anders dan de standaarden vrij directief van aard: het schrijft gedetailleerd voor hoe in specifieke situaties, bijvoorbeeld bij inadequate antwoorden van cliënten op gestelde vragen, te handelen en te reageren.

Kwaliteitsmetingen

Tot slot van deze paragraaf nog enige informatie over metingen inzake het criterium rechtmatigheid.

Het Lisv meet via de verantwoordingsinformatie van de Uvi's, dus op output. Daarnaast geeft het Lisv af en toe opdracht voor inhoudelijk onderzoek.

Het Ctsv meet rechtstreeks of aan de gestelde eisen wordt voldaan. Er zijn jaarlijkse rechtmatigheidsonderzoeken, op basis van de eigen Uvi-onderzoeksgegevens en door dossieronderzoek: outputmetingen. Ook laat het Ctsv artsen en arbeidsdeskundigen van een particulier bureau regelmatig een steekproef van dossiers opnieuw beoordelen.

Daarnaast doet het Ctsv ook procesgericht onderzoek, zoals onlangs rond de ME-problematiek.

Het Ctsv heeft in het eerder genoemde protocol een set outputprestatie-indicatoren ontwikkeld, die het Ctsv zelf zal gaan hanteren bij de kwaliteitsmetingen op dossierniveau.

Er wordt wat betreft het werk van de verzekeringsarts op zeven groepen gegevens beoordeeld:

- 1: de duidelijkheid van de vraagstelling
- 2: een weergave van de uitgevoerde onderzoeksactiviteiten
- 3: weergave van de visie van de cliënt
- 4: onderzoeksbevindingen
- 5: informatie van derden
- 6: diagnose
- 7: overige

Voor de beoordeling van de conclusie gelden apart nog drie elementen:

- 1: de relatie tussen klachten, beperkingen en bevindingen toepassing medisch arbeidsongeschiktheids-criterium
- 2: de weergave van beperkingen ten behoeve van de FIS-schatting
- 3: overige

Voor de beoordeling van het arbeidsdeskundige aspect gelden acht categorieën:

- 1: vraagstelling
- 2: arbeids/uitkeringsgegevens
- 3: opleidingsgegevens
- 4: beschrijving maatmanfunctie
- 5: gegevens maatmaninkomen
- 6: FIS-invoer
- 7: weergave visie cliënt
- 8: overige

Voor de conclusie wordt daarnaast op nog eens acht aspecten beoordeeld:

- 1: beoordeling geschiktheid maatmanfunctie
- 2: vaststelling maatmaninkomen
- 3: functieduiding FIS
- 4: vaststelling resterende verdien capaciteit
- 5: berekening inkomensderving
- 6: beschouwing arbeidsongeschiktheidsbeoordeling
- 7: onderbouwing conclusie mate van arbeidsongeschiktheid
- 8: overige

D. Het criterium cliëntgerichtheid: prestatie-indicatoren, normen en metingen

Cliëntgerichtheid wordt door Ctsv en Lisv enigszins verschillend geoperationaliseerd.

In 1996 heeft het Ctsv een groot cliëntenonderzoek gepubliceerd (Jehoel-Gijsbers, 1996). Daarin wordt allereerst betoogd dat er geen duidelijke definitie van cliëntgerichtheid bestaat.

Er wordt vervolgens een onderscheid gemaakt tussen **cliëntgerichtheid** en **klantvriendelijkheid**. Het eerste begrip verwijst naar de feitelijke ('objectieve') inspanningen om gericht te zijn op (verbetering van) de individuele situatie van de cliënt; het tweede naar de door de cliënt zelf ervaren ('subjectieve') cliëntgerichtheid en diens tevredenheid daarover. De klanttevredenheid kan onderscheiden worden in de distributieve (kortweg: over de hoogte van de toegekende uitkeringen) en de procedurele tevredenheid (gevalsbehandeling). De distributieve klanttevredenheid blijft in dit verband buiten beschouwing.

Bij de gevalsbehandeling wordt cliëntgerichtheid vervolgens geoperationaliseerd in drie aspecten:

- de organisatie van de uitvoering, en wel de integratie van de gevalsbehandeling. Bedoeld wordt het streven om cliënten die met verschillende regelingen, uitvoeringsorganen en functionarissen te maken hebben, zoveel mogelijk geïntegreerd van dienst te zijn;

- de wettelijke eisen die voor de cliënt van belang zijn, zoals tijdigheid en juistheid (waarbij de wettelijke normen niet dezelfde hoeven te zijn als die van de cliënt);
- de wijze van uitvoering, uitgewerkt in bejegening, duidelijkheid/doorzichtigheid, begeleiding en bereikbaarheid.

Cliëntgerichtheid kan bij de uitvoeringsinstellingen én bij de cliënten gemeten worden.

De klanttevredenheid kan alleen bij de klanten zelf gemeten worden. Daarbij hanteert het Ctsv aparte prestatie-indicatoren. Hier is ook eerder onderzoek naar gedaan, zoals bijvoorbeeld het onderzoek van de Ctsv-voorganger SVR uit 1993: Waardering of Kritiek? (de Gier e.a., 1993).

In de onderzoeksrapporten hanteert het Ctsv geen normen waartegen de gevonden prestaties worden afgezet en er worden dan ook geen absolute oordelen uitgesproken. Wel worden onderlinge vergelijkingen gemaakt: tussen verschillende Uvi's, tussen typen uitkeringen en tussen typen cliënten en voor zover mogelijk met onderzoeksresultaten in eerdere jaren.

In het eerderevermelde protocol Sociaal-medisch handelen gaat het Ctsv wat betreft cliëntgerichtheid voorlopig alleen uit van de eis van inzichtelijkheid (duidelijkheid/doorzichtigheid). Het gaat hier om transparantie van de beoordeling, reproduceerbaarheid van de overwegingen die een rol hebben gespeeld, verantwoorden van de besluitvorming voor de verzekerde.

Het Lisv spreekt van relationele kwaliteit. Onder de titel Protocol Relationele Kwaliteit, bijlage bij de Uvi-jaarcontracten en de beschrijving van de Referentiediensten, heeft het Lisv een lijst prestatie-indicatoren ontwikkeld. Deze indicatoren komen grotendeels overeen met die van het Ctsv voor cliëntgerichtheid, zoals hiervoor vermeld. Het Lisv draagt de Uvi's in de jaarcontracten op om in dit verband enkele maatregelen te nemen, zoals het inrichten van klachtenprocedures en het vormgeven van cliëntenparticipatie, zoals het instellen van cliëntenpanels.

Volgens onze Lisv-zegslieden heeft het Lisv voor deze relationele kwaliteit (nog) geen norm gesteld en meet of stuurt men er ook niet op. Dit komt wellicht in de toekomst wel aan de orde.

8.2.2.2 *Inrichting dienstverleningsproces en kwaliteitsborging*

Om de claimbeoordeling zo in te richten dat men mag verwachten dat de beoordeling aan de gestelde criteria en normen voldoet, ofwel om de kwaliteit van het proces van claimbeoordeling te borgen, zijn in de loop der jaren diverse instrumenten ingezet.

Zo zijn de administratieve processen bij de Uvi's vergaand gestandaardiseerd om deze inzichtelijk en beheersbaar te maken. Zij zijn gedetailleerd beschreven, zoals in de Uvi-interne Leidraden.

Hiernaast zijn alle Uvi's bezig met eigen handboeken en vastlegging van werkprocedures, in het kader van gehele kwaliteitszorgsystemen. Ook zijn bij de meeste Uvi's normtijden en aspecten als de benodigde informatie in kaart gebracht.

Overigens merken we op dat de in de vorige paragraaf beschreven kwaliteits-instrumenten voor de professionele oordeelsvorming ook een structurerend effect kunnen hebben op de bedrijfsvoering, zoals bijvoorbeeld FIS, of de Standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden. Aangezien er niet altijd een scherpe grens te trekken is tussen explicitering van criteria en standaardisering van het werkproces kunnen bepaalde maatregelen onder beide geschaard worden. Wij hebben bij onze indeling de meest voor de hand liggende optie gekozen.

Wat betreft borging van de dienstverleningsprocessen zijn er ook initiatieven genomen.

In de administratieve Uvi-processen bestaat een uitgebreide systematiek van 'controle op controle' wat betreft tijdigheid, volledigheid en juridische rechtmatigheid. De Uvi's doen op vastgestelde momenten per dossierdoorloop tussen-tijdse eigen controles op volledigheid van gegevens, juistheid van gegevens, het behalen van normtijden etc. Zonodig worden correcties doorgevoerd. Het Ctsv controleert deze controlesystematiek en doet aanvullend dossiersteekproeven ter verificatie. Hier hebben Uvi's dus zowel een intern als een extern verantwoordingssysteem.

Alle Uvi's hebben inmiddels kwaliteitsmedewerkers en er worden metingen uitgevoerd. Ook worden bij Uvi's de eerste stappen gezet richting certificering. Het Lisv stimuleert dit. Enkele GAK-kantoren hebben inmiddels een ISO-certificaat.

Met name wat betreft de formele criteria worden dus al maatregelen genomen.

Wat betreft de vakinhoudelijke rechtmatigheid zijn er minder instrumenten. Volgens onze informanten is tot nu toe het belangrijkste element dat vrijwel overal gewerkt wordt met professionele controle per dossier: output-keuring. Controle door collega's of stafleidinggevend is vrijwel nooit de regel geweest, maar is sinds de tweede helft van de jaren negentig wel aan de orde. Elke verzekeringsarts en arbeidsdeskundige werkt onder een staf-verzekeringsarts resp. -arbeidsdeskundige die regelmatig de claimbeoordelingen controleert. In de regel controleert deze stafmedewerker alle beoordelingen die resulteren in een volledige arbeidsongeschiktheidsverklaring, de zogenaamde 80/100-gevallen (circa driekwart van alle toekenningen; zie Berendsen e.a., 1998) en steek-

proeven van de andere beoordelingen. Ook deze controle is in de praktijk echter vooral op de formele criteria gericht en minder op de inhoudelijke aspecten.

Andere feedback komt uit (verloren) bezwaar- en beroepszaken en klachten. De meeste stafmedewerkers spreken deze met de medewerkers door, ook wel in teamoverleggen.

Een ander instrument dat hier en daar wordt ingezet, is intervisie. Dit komt in de volgende subparagraaf, bij de professional-gerichte maatregelen, aan de orde. Het Lisv neemt ook initiatieven en organiseert discussiedagen voor professionals rond actuele onderwerpen, hetgeen als een vorm van intervisie beschouwd kan worden.

Een nieuw instrument voor de vakinhoudelijke rechtmatigheid is het binnenkort van kracht wordende Ctsv Protocol Sociaal-medisch handelen. Dit protocol draagt Uvi's op een beheersings- en verantwoordingssystematiek in te richten, gericht op inzicht in en een adequate organisatie van het proces van claimbeoordeling. Ook dienen de Uvi's aandacht te besteden aan de inrichting van en condities rondom de gevalsbehandeling. Tenslotte worden eisen gesteld aan de verslaglegging over het geheel binnen de Uvi's.

Op al deze punten geeft het Ctsv een vrij uitgebreide detaillering. Als voorbeeld noemen we de onderverdeling van het protocol bij de inrichting/condities van de gevalsbehandeling. Hier wordt expliciete aandacht gevraagd voor beleid rond werving en selectie van personeel; het vaststellen van benodigde deskundigheden en ervaring en verdeling daarvan per kantoor; beleid voor het onderhouden van deskundigheid door scholing en intercollegiale toetsing; beschikbaarheid van informatie; explicitering van uitvoerende - en beheersingstaken en verantwoordelijkheden; idem van verantwoordelijkheden rond controle en verantwoording; beschikbaarstelling van instrumenten en bewaking van de kwaliteit daarvan; beschikbaar stellen van diverse faciliteiten; en tot slot beschikbaar stellen van voldoende tijd voor onderzoek en administratie, waarbij ook een systeem ingericht dient te worden om te evalueren of de capaciteitsnormering toereikend is.

Ondanks dergelijke detailleringen geeft het protocol, volgens onze informanten terzake, nog veel ruimte aan Uvi's en Lisv wat betreft hoe een en ander precies wordt ingevuld. Er blijft variatie mogelijk.

Het Ctsv zal de werkwijze en interne borgingssystematiek van de Uvi's met een zogenaamde systeemaudit regelmatig toetsen.

Ook aan de cliëntgerichtheid wordt gewerkt. Dit gebeurt in het brede kader van de gehele sociale zekerheid, zoals de één loket-gedachte van SWI, en met algemene maatregelen gericht op tijdigheid en juistheid. Ook wordt er, conform de Lisv-opdracht, gewerkt aan klachtenprocedures en zijn er bij diverse Uvi's cliëntenpanels ingesteld om de wensen van cliënten beter te kunnen inventari-

seren en feedback te kunnen krijgen. Sommige Uvi-kantoren houden regelmatig klanttevredenheidsenquêtes. Ook zijn er berichten dat bijvoorbeeld brieven aan verzekerden zijn aangepast en in begrijpelijker taal zijn gesteld.

In dit verband van cliëntgerichtheid is het van belang te vermelden dat Tica/Lisv sinds 1996 de Naslag Gevalsbehandeling Sociale Verzekering aan alle betrokkenen ter beschikking stelt. Deze naslag beschrijft de basis van de sociaal-medische beoordeling en biedt een overzicht van benodigde (achtergrond)kennis. Dit is van belang voor de uitvoerders, maar ook voor de verzekerden en uitkeringsgerechtigden in het kader van de inzichtelijkheid van het proces en de eisen waaraan het dient te voldoen.

8.2.2.3 *Kwaliteit van de professionals*

Ten aanzien van de professional worden aparte eisen gesteld.

Voor de professional bestaan alleen zeer globale wettelijke eisen. Deze geven ruimte aan de Uvi's voor een eigen personeelsbeleid. Het Lisv heeft zich daarbij tot taak gesteld coördinerend op te treden. Onder het Lisv fungeren twee, door het Tica gestarte, programmacommissies voor de opleiding van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. De Uvi's brengen daar materie- en uitvoeringsdeskundigheid in, het Lisv is voorzitter en voert het secretariaat. Doelstelling is het bevorderen van een goede aansluiting van de opleiding op de uitvoeringspraktijk. De gewenste kwalificaties worden opgesteld in overleg tussen Lisv, hoofden Opleidingen van de Uvi's en vertegenwoordigers van de professionals en hun beroepsorganisaties. De huidige gehanteerde beroepsprofielen zijn enkele jaren oud; er wordt voor beide beroepsgroepen gewerkt aan nieuwe profielen. Ook de Lisv-standaarden worden daarin verwerkt. Er is geen sprake van formele erkenning van opleidingen of opleidingsinstituten.

In de praktijk dient men, om als verzekeringsarts bij een Uvi te mogen werken, in elk geval basisarts te zijn. Daarnaast vragen de Uvi's doorgaans een opleiding tot verzekeringsarts of Arts voor Arbeid en Gezondheid (AAG). Deze aanvullende opleiding tot verzekeringsarts of algemeen sociaal geneeskundige wordt verzorgd door diverse opleidingsinstituten. De beroepsgroep stelt eisen aan deze opleidingen. Ook bestaat voor sociaal-geneeskundigen de mogelijkheid tot registratie in Occupational Health bij de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie, gelieerd aan de KNMG. Er wordt overwogen om registratie voor Uvi-artsen in de toekomst verplicht te gaan stellen.

Daarnaast bestaat er een Uvi-gemeenschappelijke interne bedrijfsopleiding (GIB) voor verzekeringsartsen in de sociale zekerheid. Deze geeft een vrijstelling voor delen van de opleiding tot AAG. De overgrote meerderheid van de verzekeringsartsen die in dienst komen bij Uvi's, ook contractanten, volgen deze opleiding.

Artsen worden, ook als ze (nog) geen specifieke opleiding hebben gevolgd, meestal direct op het totale takenpakket ingezet.

Ook om als arbeidsdeskundige bij een Uvi te mogen werken dient men te voldoen aan criteria. Arbeidsdeskundige is geen beschermde titel, in principe kan iedereen zich zo noemen. Er bestaat wel een register van arbeidsdeskundigen, dat de eis stelt van een HBO-vooropleiding (in technisch-analytische of personele richting) en het diploma van een van de drie opleidingen. Het register is ondergebracht bij een aparte stichting SRA, die gelieerd is aan de beroepsvereniging NVvA. In dit verband is van belang dat in deze beroepsvereniging ook die arbeidsdeskundigen vertegenwoordigd zijn die niet bij een Uvi werkzaam zijn. Men werkt momenteel aan het formuleren van verdergaande vakbekwaamheidseisen en overweegt een systeem van certificatie te gaan optuigen.

De Uvi's stellen als eis dat men de opleiding van het GAK volgt of heeft gevolgd. Tijdens hun opleidingsperiode worden arbeidsdeskundigen door een ervaren collega begeleid en ingewerkt.

Een ander aspect dat kan worden ingezet wat betreft de kwalificaties van professionals is intervisie en intercollegiale toetsing. Daarbij wordt gestreefd naar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een gedeelde visie door professionals met elkaar te laten overleggen en eventueel elkaar ook te laten toetsen.

In de GMD-tijd was intercollegiaal overleg zeer gebruikelijk, zij het op vrijwillige basis. De effectiviteit ervan wordt wisselend beoordeeld. Over de resultaten ervan bestaan twijfels. Na invoering van de wet TBA werd dit veel minder, waarbij men dit vooral wijt aan de werkdruk en het feit dat het management niet stimulerend optrad (Horstman e.a., 1997).

Inmiddels wordt weer gewerkt aan een systeem van intercollegiale toetsing voor beide beroepsgroepen. In de beide beroepsverenigingen is dit een item en ook de Uvi's nemen initiatieven. Het Lisv stimuleert deze initiatieven.

Tot slot dient vermeld te worden dat beide beroepsverenigingen werken aan een gedragscode, waarin onder andere de professionele onafhankelijkheid wordt geregeld. Eind mei 1998 is een intentieverklaring opgesteld voor ondertekening van de code door de directies van de Uvi's.

8.2.2.4 *Samenvatting*

In deze paragraaf is een overzicht geboden van de kwaliteitsmaatregelen voor de WAO-claimbeoordeling die ons bekend zijn geworden uit literatuur en informatie van de sleutelinformanten. De meeste van de hier beschreven maatregelen zijn genomen na inwerkingtreding van de wet TBA. Het blijkt, dat bij de claimbeoordeling veel kwaliteitsinstrumenten worden ingezet. Tegelijkertijd is

duidelijk geworden dat de betrokken actoren daarbij verschillende invalshoeken hanteren.

De getroffen maatregelen zijn voor een groot deel gericht op de formele criteria tijdigheid en juridische rechtmatigheid. Er is veel aandacht voor de administratieve procesbeheersing en kwantitatieve controlesystematieken.

Ook is er aandacht, hoewel wat minder, voor de criteria inhoudelijke juistheid en cliëntgerichtheid. In dit verband is van belang dat er vanaf 1999 een Ctsv-protocol in werking treedt dat met name op de vakinhoudelijke juistheid is gericht.

In de volgende paragrafen bespreken we deze situatie verder.

8.2.3 *Effecten kwaliteitsmaatregelen: een verkenning van de huidige stand van zaken bij de WAO-claimbeoordeling*

In paragraaf 8.2.2 hebben we een overzicht gegeven van de kwaliteits-instrumenten zoals die worden gehanteerd bij de WAO-claimbeoordeling.

De onderhavige paragraaf bespreekt de *resultaten* van de inzet van deze instrumenten: zowel wat betreft de effectiviteit van de verschillende kwaliteits-instrumenten als de (ermee) behaalde prestaties in de uitvoering. De weergegeven bevindingen zijn gebaseerd op bestudering van literatuur en werkdocumenten en daarnaast op de eerder genoemde gesprekken met sleutelinformanten (zie voor een overzicht de Verantwoording).

Bij de schets van de huidige situatie die wij hier geven, hanteren wij dezelfde paragraaf-onderverdeling als bij paragraaf 8.2.1 en 8.2.2.

8.2.3.1 *Kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren en kwaliteitsprestaties*

Hoewel er al veel werk is verzet wat betreft operationalisatie van criteria en kwaliteitsmetingen, is de situatie nog voor verbetering vatbaar. We geven in deze paragraaf van alle criteria eerst een oordeel over de stand van operationalisatie en vervolgens een overzicht van de kwaliteitsprestaties.

A. Het criterium tijdigheid: prestatie-indicatoren, metingen en resultaten

Dit criterium is, zoals reeds beschreven, duidelijk uitgewerkt en ook de norm is bekend.

De prestaties zijn wel bekend per Uvi-kantoor, maar nog niet op geaggregeerd niveau. Het meest omvattende cijfer dat ons bekend is, is dat van de GAK-prestaties over het laatste kwartaal van 1997. Dat geeft aan dat van de primaire AAW-WAO-beslissingen gemiddeld 80,30% tijdig is geweest. Dat is dus aanmerkelijk minder dan de gestelde norm van 90%. (GAK-kwartaaloverzicht)

B. Het criterium juridische rechtmatigheid: prestatie-indicatoren, metingen en resultaten

Ook dit criterium is duidelijk uitgewerkt met een bekende norm.

Het blijkt dat deze norm nog nauwelijks wordt gehaald. Het Ctsv heeft sinds haar oprichting diverse malen de rechtmatigheid getoetst. Hoewel verschillend wordt gepresteerd per Uvi en per regeling heeft het Ctsv over het algemeen steeds een onvoldoende score aangetroffen. Er zijn wel aanwijzingen waar deze onderprestatie door veroorzaakt wordt, zoals de complexiteit van nieuwe wetgeving, grote reorganisaties en bezuinigingen. Om verbetering te bevorderen vraagt het Ctsv de Uvi's sinds 1995 om verbeterplannen op te stellen, die vervolgens ook worden getoetst op invoering en effectiviteit. Ook het Lisv wordt aangespoord om rechtmatigheidsbevorderend te werken, bijvoorbeeld door doorlichtingen, analyse van oorzaken van te geringe prestaties en sturing bij de verbeteringsacties bij de Uvi's. De eerste lichting ingediende plannen werd door het Ctsv bekritiseerd vanwege een gebrek aan diepgang en onderliggende analyse.

Inmiddels noemt het Ctsv het inzicht in de rechtmatigheid wel aanmerkelijk verbeterd. Toch waren de onrechtmatigheidsscores over 1996 voor alle wetten weer hoger dan de norm van 1% en er is zelfs deels een verslechtering opgetreden. Bij de AAW/WAO bleek over 1996 de geschatte onrechtmatigheid tussen 1 en 3% te liggen, zodat daar een accountantsverklaring met beperking werd afgegeven.

Gezien de huidige situatie verwacht het Ctsv dat de norm ook in 1997 weer niet gehaald zal worden. Er worden verbeterplannen gemaakt en maatregelen ingevoerd, echter nog zonder de gewenste effecten. Door steeds maatregelen te blijven nemen, te evalueren en plannen weer bij te stellen dient voor 1998 de norm toch behaald te worden, zo stelt het Ctsv. (Ctsv, 1998)

C. Het criterium vakinhoudelijke rechtmatigheid: prestatie-indicatoren, metingen en resultaten

Het criterium vakinhoudelijke rechtmatigheid is nog niet eenduidig uitgewerkt.

Lisv en Ctsv hebben recent diverse onderzoeken gepubliceerd naar de professionele oordeelsvorming bij de WAO-claimbeoordeling. Het gaat om de volgende studies. Bureau As/tri verrichtte een enquête onder de 160 leden (respons 74%) van het uitvoerderspanel van het Lisv naar de kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling (van Deursen & Veerman, 1997). In juli van het vorig jaar verscheen het verslag van een uitgebreide evaluatie (literatuurstudie, dossieronderzoek, interviews, enquêtes) van de FIS-methodiek, verricht in opdracht van het Lisv (KPMG BEA/ Universiteit van Maastricht, 1997). Najaar

1997 bracht het Lisv een lijvig rapport uit van een onderzoek naar de introductie en werking van standaarden voor de WAO-claimbeoordeling. Doel van het onderzoek was empirische aanknopingspunten en een theoretisch perspectief voor nader onderzoek te leveren (Horstman e.a., 1997). Ook dit onderzoek is verricht door medewerkers van de Universiteit van Maastricht. Toegepaste methoden van onderzoek zijn dossieronderzoek (analyse van 178 eindrapportages) en interviews met management en artsen van 8 regiokantoren bij 4 Uvi's (22 interviews).

Het Ctsv heeft onlangs (juni 1998) de resultaten openbaar gemaakt van onderzoek (ruim 30 interviews bij verzekeringsgeneeskundigen en ME-patiënten) naar de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium (De Bont e.a., 1998). De werking van de richtlijn is geanalyseerd en geïllustreerd aan de hand van de ME-problematiek.

In de augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998 (Berendsen e.a., 1998) verschaft het Ctsv naast deze problematiek ook inzicht in andere kwaliteitsaspecten van de WAO-claimbeoordeling.

De genoemde studies leveren nadere gegevens over de operationalisatie van dit criterium en over de vakinhoudelijke juistheid van de beoordelingen. Beide onderwerpen worden hier besproken.

Onderzoek naar de operationalisatie van vakinhoudelijke rechtmatigheid

Definitie en operationalisatie van het begrip 'ziekte' is, zoals eerder betoogd, een centraal probleem, waarover binnen de medische professie continu een wetenschappelijk en ideologisch debat wordt gevoerd. Sinds de jaren dertig onderneemt de uitvoering pogingen dit vraagstuk hanteerbaar te maken. Binnen de actuele wettelijke kaders is hiervoor de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium ontwikkeld. Een recente Ctsv-studie (De Bont e.a. 1998) onderzocht de werking van specifiek deze richtlijn. De onderzoekers concluderen dat de richtlijn een positieve bijdrage heeft geleverd aan de standaardisering van de oordeelsvorming door helder stelling te nemen in de discussie of het recht op een WAO-uitkering impliceert dat een diagnose aangetoond moet kunnen worden. De richtlijn stelt eenduidig dat dit niet het geval is.

Tegelijkertijd heeft de richtlijn niet alle problemen opgelost. Dit is het gevolg van het feit dat de richtlijn op sommige punten onduidelijk is of tegenstrijdige formuleringen kent (De Bont e.a., 1998), en artsen er niet mee uit de voeten kunnen (van Deursen en Veerman, 1997). Ook hangt dit samen met het karakter van de richtlijn, namelijk het bieden van een denkkader (Horstman e.a. 1997). Voorts blijkt uit deze onderzoeken dat een aantal artsen het niet eens is met de richtlijn. De artsen en arbeidsdeskundigen die wij interviewden (zie Verantwoording) bevestigen het voortbestaan van verschillen van opvatting, binnen beide beroepsgroepen: de richtlijn MAOC heeft aan het wetenschappelijk en ideologisch debat geen einde gemaakt. Algemeen zien onze informanten geen

tekenen dat door discussie toenadering wordt gezocht en positieve resultaten worden geboekt. Er zou door opdrachtgevers en management teveel ruimte gelaten worden om de verschillen naast elkaar te laten bestaan: er wordt te weinig inhoudelijk gestuurd, discussie wordt niet gestimuleerd. Het Ctsv concludeert dat de standaarden, die gemaakt zijn om de uniformering van keuringen te bevorderen, interpretatieverschillen (van de standaarden? NIA TNO) in de uitvoeringspraktijk niet kunnen voorkomen (Berendsen e.a., 1998, p.9).

In de herfst van 1997 bleek in een spraakmakende casus over een ME-patiënt dat de Centrale Raad van Beroep de richtlijn niet als de gouden standaard accepteerde, mede vanwege de niet geheel duidelijke status die het Tica had als regelgevend orgaan. Met de opvolging van Tica door het Lisv is die status wel helder, namelijk dwingend, zodat de Centrale Raad van Beroep de standaarden vanaf nu zal dienen te volgen.

Het Lisv organiseerde in het voorjaar van 1998 een 'rondetafelconferentie' over de vraag of de richtlijn in de wetgeving zou moeten worden opgenomen (Sprangers, 1998). Patiëntenverenigingen zijn hier voorstander van, omdat dit erkenning zou opleveren voor patiënten en omdat het de eenduidigheid in de beoordelingen zou bevorderen. Andere actoren (beleidsmakers, onderzoekers, uitvoerders) zijn hier in het algemeen niet positief over, omdat de status van de richtlijn sinds

1 maart 1997 gelijk is aan die van een wettelijke regeling, al moet nog blijken of de Centrale Raad van Beroep het hier mee eens is. Voorts acht men de tekst van de richtlijn niet geschikt: de richtlijn is niet in juridische termen geformuleerd, zodat deze door juristen moet worden

geïnterpreteerd waardoor weer nieuwe, thans nog onbekende, accenten kunnen ontstaan.

Uit de evaluatie van het standaardenbeleid van het Lisv door Horstman e.a. (1997) komt naar voren dat de uitvoering in principe positief is over de kwaliteitsbevordering die met de standaarden tot stand komt. Dit resultaat vinden we ook bij Van Deursen & Veerman (1997). Dit positieve resultaat wordt onder meer verklaard uit het feit dat de standaarden, in tegenstelling tot vergelijkbare instrumenten in de curatieve sector, de uitvoerders nog vrij veel handelingsruimte geven. Op dit laatste punt wijkt een ander hier beschreven instrument, het methodisch beoordelingsgesprek, af. Het is wellicht om deze reden dat dit instrument nog geen algemene ingang heeft gevonden in de praktijk. Voorts wordt op diverse plaatsen opgemerkt dat de inhoud en de onderlinge samenhang van de standaarden duidelijker gesteld kunnen worden.

Dat nieuwe richtlijnen - in ieder geval tijdelijk - ook nieuwe problemen opwerpen blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat artsen aangeven niet (altijd) uit de voeten te kunnen met betekenis en toepassing van centrale begrippen van het conceptuele kader van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, de ICIDH. Dit is mede toe te schrijven aan de wijze waarop de standaard geïntroduceerd is. De verschillende onderzoeken zijn unaniem in de conclusie dat de implementatie van de standaarden verbetering behoeft. De wijze waarop dit gebeurt verschilt tot nu toe per standaard en per Uvi. Het recente (ME-)onderzoek van het Ctsv heeft vastgesteld dat deze verschillen direct zijn terug te vinden in verschillen in de praktijk van de claimbeoordeling.

Horstman e.a. spreken in dit verband van flankerend beleid. Hierbij wijzen zij onder meer op het belang van de cultuur van de organisatie en van de wijze waarop de controle en de sturing van de professionele oordeelsvorming daarin geregeld zijn. Bij alle Uvi-kantoren zijn deze toebedeeld aan staffunctionarissen terwijl de sturing op de kwantitatieve prestatie-indicatoren in de lijn is geregeld. De auteurs geven aan dat dit een hiërarchische onderscheid betekent met de impliciete boodschap dat kwantiteit belangrijker is dan professionele kwaliteit.

Gezien de centrale rol van de FIS-methodiek, is deze recentelijk geëvalueerd in opdracht van het Lisv door KMPG-BEA en de Universiteit van Maastricht. Zowel de interne als de externe werking kwamen daarbij aan bod. Het onderzoeksrapport trekt de volgende positieve conclusies over de FIS-methodiek:

- de FIS-methode wordt wetsconform gebruikt;
- het FIS-systeem is, zoals bedoeld, gevuld met algemeen geaccepteerde arbeidsfuncties;
- de functie-analyses worden doorgaans als goed beoordeeld;
- de 28-puntenlijst wordt redelijk accuraat gevonden, hoewel een deel van de artsen een indeling met meer en andere juist met minder punten wenselijk achten.

Als belangrijkste kritiekpunten worden aangegeven:

- het systeem bevat relatief te weinig functies voor hoger opgeleiden en parttimers, hetgeen tot scheve uitkomsten kan leiden;
- de complexe psychische belastbaarheid is opgenomen in de vorm van slechts één van de 28 punten; hier is de toelichting van de arts van groot belang;
- niet alle relevante gegevens wat betreft opleiding kunnen worden ingevoerd;
- het FIS-systeem is gebruikersonvriendelijk, niet alleen in praktisch opzicht maar ook in de toegankelijkheid van bepaalde mogelijkheden, waardoor niet alle arbeidsdeskundigen het systeem optimaal kunnen gebruiken;
- wat betreft de cliëntvriendelijkheid van het systeem wordt gesteld dat de FIS-systematiek niet goed uit te leggen is aan verzekerden.

Verder worden in de conclusies diverse opmerkingen gemaakt over het feit dat het FIS slechts een deel van de claimbeoordeling kan objectiveren. Er blijft altijd

een flink deel niet objectiveerbaar; de deels subjectieve professionele inschatting door arts en arbeidsdeskundige geeft de doorslag. FIS is een hulpmiddel, geen schattingsmiddel.

In onze ogen kunnen enkele kritiekpunten die het rapport noemt, in dit licht beschouwd niet zozeer gezien worden als tekortkomingen van het FIS-systeem, maar als voorwaarden waarbinnen dit FIS zou moeten worden ingezet. Enkele voorbeelden: zowel artsen als arbeidsdeskundigen geven aan dat meer scholing gewenst is, toegespitst op het FIS maar ook in algemene zin. Ook wordt gesteld dat artsen en arbeidsdeskundigen te weinig overleggen, mede als gevolg van tijdsdruk, bij de professionele eindselectie. Dit zijn geen tekortkomingen van het FIS-systeem zelf, maar wel van de claimbeoordeling als totaal en worden ook in andere onderzoeken gemeld.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek worden door het Lisv diverse bijstellingsacties ondernomen en nog voorbereid voor het FIS-systeem zelf en het gebruik ervan.

Naast deze officiële evaluatie hebben wij ook in het interview met de arbeidsdeskundigen naar hun mening over het FIS gevraagd. Uit hun opmerkingen komt de volgende kritische lijn naar voren: het FIS is inderdaad een goed hulpmiddel, maar ook niet meer dan dat. Nadeel is dat het FIS aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de schijn van objectiviteit verleent, terwijl het maar een klein stukje van het hele claimbeoordelingsproces objectiveert. Gesteld wordt dat sommige professionals het FIS veel te zwaar laten wegen bij hun beoordeling, en te weinig werken met hun eigen kritische professionaliteit. Een score op de 28-puntenlijst zonder toelichting is dikwijls een ontoelaatbare versimpeling van de complexe werkelijkheid en hetzelfde geldt voor de selectie van functies puur op de 'kale' scores. Toch werken sommige professionals zo, en verschuilen zij zich bij

hun conclusies achter de opmerking dat "... het FIS nu eenmaal dit resultaat geeft". Echter, het FIS is een hulpmiddel voor WAO-beoordelingen, maar het mag niet als schattingsmethode worden gebruikt.

Tot slot plaatsen we nog twee kritische kanttekeningen bij de uitkomsten van de evaluatie van het FIS. De eerste heeft betrekking op de conclusie van de onderzoekers dat de 28-puntenlijst van het FIS een redelijk accurate beschrijving van de belastbaarheid geeft. Deze conclusie is, voorzover in het rapport is na te gaan, alleen gebaseerd op de mening van de uitvoerders en niet op empirisch onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument. Uit wetenschappelijke literatuur is bekend dat mensen niet goed in staat zijn de kwaliteit van hun eigen beoordelingen te bepalen. Dit geldt onverminderd voor professionals (medici, psychologen, rechters etc.) en ook in het geval men sterk

overtuigd is van het eigen oordeel (zie o.a. De Groot, 1961; Baron, 1994; De Bruyn e.a. 1995). Bovendien laten andere resultaten van de FIS evaluatie en andere onderzoeken zien dat vraagtekens te plaatsen zijn bij de kwaliteit van juist dit onderdeel van de FIS methodiek.

Een tweede kritische kanttekening hangt met het vorige punt samen. Uit de FIS evaluatie blijkt op diverse plaatsen dat de beoordeling van de psychische aspecten problematisch is, op de volgende methodiekonderdelen: de 28-puntenlijst, de invoer in het FIS systeem en de beoordeling van functies op dit punt. In de formulering van de eindconclusies krijgt dit punt echter niet veel aandacht, terwijl het een wezenlijk onderdeel van het werkterrein van het FIS betreft. De resultaten uit de FIS evaluatie wijzen immers uit dat het FIS maar in zeer beperkte mate de oordeelsvorming over arbeidsongeschiktheid op grond van/bij psychische klachten kan structureren.

De beoordeling van psychische problematiek in relatie tot de arbeidsongeschiktheidsschatting is overigens een lastig probleem waarvoor geschikte methodieken en instrumenten vooralsnog ontbreken. Geconcludeerd moet worden dat ook het FIS hier geen oplossing voor kan bieden; dit noodzakelijke deel van de oordeelsvorming wordt niet door het FIS geobjectiveerd. Het Ctsv komt in haar augustusrapportage 1998 (Berendsen, 1998) tot dezelfde conclusie.

Kwaliteitsprestaties bij vakinhoudelijke rechtmatigheid

In 1997 schreef het Tica in een notitie aan de staatssecretaris dat men geen goed zicht heeft op de kwaliteitsprestaties: "Een onderontwikkeld punt in de kwaliteitscyclus is toetsing, waarneming van de kwaliteit." (Tica-notitie, Kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling, 1997).

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 8.1.4.1 meldt het Ctsv (Berendsen, 1998) dat de uitvoeringsinstellingen onvoldoende informatie beschikbaar hebben over de toetredingskeuringen. Er zijn slechts enkele gegevens bekend, waaronder gegevens over de verdeling van nieuwe toekenningen over vijf diagnosecategorieën. Deze gegevens tonen een sterke toename tot 56% in 1998 van het aantal toekenningen met de diagnosecategorie "onbekend". Indicaties voor verklaring van deze ontwikkeling verstrekt het rapport niet. Vanuit het oogpunt van evaluatie en borging van kwaliteitsprestaties is dit evenwel een belangrijk gemis.

Het Ctsv heeft in 1996 getracht zelf een beeld van de prestaties te krijgen. Bij het rechtmatigheidsonderzoek over 1996 heeft het College artsen en arbeidsdeskundigen van een particulier bureau 1.000 Uvi-dossiers laten beoordelen. Hiervan is geen apart verslag gepubliceerd. De rapportage meldt dat er wel ervaring is opgedaan met deze beoordelingsmethode, maar dat er "... nog geen sprake (is) van een volstrekt valide landelijk oordeel, dat representatief is voor

alle dossiers". Wel wordt geconstateerd dat "... in 3% van de AAW/WAO-beoordelingen fouten zijn gemaakt, die de oordeelsvorming hebben beïnvloed, wat nog niet hoeft te betekenen dat het ook tot een andere uitkering zou hebben geleid." (Ctsv, 1998)

Een belangrijke opmerking in dit verband is de bevinding van Horstman e.a. dat dossieranalyse geen geschikte methode blijkt te zijn voor empirisch onderzoek naar de werking van standaarden. De belangrijkste reden is dat rapportages niet de spiegel zijn van de praktijk, maar een eigen functie in die praktijk vervullen. Aanvullend kunnen hier redenen genoemd worden die voorkomen uit het verschil in karakter tussen het proces van dienstverlening i.c. de claimbeoordeling en de output ervan (de rapportage). Zie ook paragraaf 8.2.1.

D. Het criterium cliëntgerichtheid: prestatie-indicatoren, metingen en resultaten

Cliëntgerichtheid is door Ctsv en Lisv min of meer in dezelfde termen geoperationaliseerd. Er wordt wel onderzoek naar gedaan, maar er is geen norm gesteld om de geleverde prestaties, zoals in onderzoek gemeten, aan te toetsen.

In 1996 heeft het Ctsv een gecombineerd onderzoek gedaan naar cliëntgerichtheid en klanttevredenheid. Hier volgen enkele algemene gegevens uit dit onderzoek.

Wat betreft de onderscheiden aspecten van cliëntgerichtheid (zie par. 8.2.2.1) stelt het Ctsv dat de integratie van gevalshandeling zowel méér als minder voorkomt, dat er sterk wordt gestuurd op tijdigheid en juistheid, dat er veel aandacht wordt besteed aan de informatievoorziening aan de cliënten en dat er ook meer besef is dat klantvriendelijkheid belangrijk is voor de organisatie. Op vrijwel alle punten wordt dus een verbetering ten opzichte van het verleden geconstateerd.

Ook vermelden we hier enkele klanttevredenheidsgegevens. Het rapportcijfer voor de aanvraagprocedure dat gegeven wordt door resp. volledig en gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaarden en geheel arbeidsgeschikt verklaarden, is resp. 6,8, 6,0 en 5,7. Bij de vraag naar een oordeel over de arts en de arbeidsdeskundige, met als aspecten tijd en aandacht, deskundigheid, uitleg en luisteren zijn de gemiddelde scores op een 5-puntsschaal (1 = zeer negatief/5 = zeer positief) op alle punten ruim boven de 3, met slechts kleine verschillen tussen de drie groepen ondervraagden.

Een andere indicator voor tevredenheid is het aantal bezwaar- en beroepszaken; volledig en gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaarden en geheel arbeidsgeschikt verklaarden, geven resp. voor 10, 15 en 8% aan dat zij bezwaar of beroep hebben aangetekend. Een (veel) groter percentage heeft dit overwogen: 11, 24 en 33%.

Het blijkt wel dat, zoals verwacht kan worden, het cliëntoordeel bij bepaalde vragen in zekere mate afhankelijk is van de hoogte van de toegekende uitkering. Hoe hoger de uitkering, des te gunstiger het oordeel. Maar ook de mate waarin men het eens is met de uitslag, beïnvloedt de tevredenheid.

Zoals eerder gesteld, hebben Ctsv noch Lisv vooraf normen geformuleerd, of minimumscores aangegeven waar de Uvi's aan dienen te voldoen. Zolang dergelijke normen ontbreken, kan geen evaluatieve uitspraak gedaan worden over de geleverde prestaties op dit terrein.

8.2.3.2 *Inrichting dienstverleningsproces en kwaliteitsborging*

Hoewel er voor de tijdigheid en de juridische rechtmatigheid een controle- en borgingssysteem is uitgewerkt, lijken de matige resultaten (vermeld in par. 8.2.3.1) erop te wijzen dat de primaire processen hierop verder verbeterd kunnen worden.

Wat betreft de vakinhoudelijke rechtmatigheid is er nog geen uitgewerkt borgingssysteem.

Het Ctsv stelt: 'Uitvoeringsinstellingen beschikten in 1996 nog niet over voldoende beheersingsinstrumenten, gericht op de beheersing van de kwaliteit van de gevalsbehandeling door verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen.' (Ctsv, 1998)

Standaarden lijken een vruchtbaar instrument voor standaardisering, maar perfectionering van standaarden en verbetering van de implementatie zijn zeker nog noodzakelijk. De status van de standaarden is niet geheel helder, de implementatie heel wisselend per standaard en per Uvi-kantoor en bovendien zijn er, zoals reeds hiervoor gesteld, interpretatieverschillen. Niettemin blijken de standaarden bij veel aspecten van het werkproces duidelijkheid en gelijkvormigheid te brengen. (Horstman e.a., 1997)

Ook dient niet uit het oog verloren te worden dat protocollering alleen niet voldoende is. Zoals al uit het zojuist geciteerde onderzoek blijkt, is de implementatie van nieuwe inzichten geenszins vanzelfsprekend en pakt deze op verschillende kantoren geheel anders uit. Ook zijn voor het toepassen van vele inzichten nieuwe vaardigheden nodig, ook vaardigheden die voor sommige professionals zeer moeilijk zijn aan te leren. Verdere ontwikkeling van de state of the art zal dus gepaard dienen te gaan met een degelijk implementatieplan, compleet met kennisoverdracht, trainingen en beoordeling van de benodigde vaardigheden.

Een van de verklaringen voor de matige stand van zaken van de kwaliteitsborging van vakinhoudelijke rechtmatigheid (en dus ook van de niet optimale

implementatie van de standaarden) is volgens de door ons geïnterviewde artsen en arbeidsdeskundigen (zie Verantwoording) het gebrek aan interesse bij het management. Zij geven aan dat ze een heldere visie missen van beleidsmakers en Uvi directies op criteria, meetbare prestatie-indicatoren en normen voor de minder formele, inhoudelijke kant van het werk. Uvi's stellen zich in de eerste plaats op als administratieve organisaties. In de werkpraktijk wordt sterk vanuit de formele criteria gewerkt en weinig aandacht besteed aan kwaliteit rond rechtmatigheids en cliëntgerichtheids criteria. (zie ook UM, 1998). Zeker gezien de nadruk op doelmatigheid en volumebeleid komen de genoemde criteria het voldoen daaraan vergt immers tijd in het gedrang. Zo noteerden we uit de mond van de geïnterviewde arbeidsdeskundigen de verzuchting dat de standaarden vaak prachtig zijn, maar dat er in de praktijk te weinig ruimte is om zo te werken: "...wat zou het fijn zijn om volgens die standaarden te mogen werken!" Er is te weinig tijd voor een goede beoordeling, voor contact met de verzekerde en de behandelende sector etc. Hoewel er bij Uvi's normtijden zijn vastgelegd, is daar in de praktijk volgens onze informanten veelal geen ruimte voor. Dit betekent dus dat, in elk geval één belangrijke conditie, en wel tijd, voor vakinhoudelijke rechtmatigheid niet voldoende is geregeld. Dat kan gevolgen hebben, bijvoorbeeld dat de arbeidsdeskundige uit tijdgebrek een snelle FIS-selectie maakt en dan dus lagerbetaalde functies zonder beperkingen selecteert, in plaats van te zoeken naar geschikte, beter betalende restrictiefuncties, hetgeen meer tijd vergt. (KPMG/UM, 1997).

Ook is er nauwelijks controle of feedback op vakinhoudelijke kwaliteit. Ook weer volgens de door ons geïnterviewde artsen en arbeidsdeskundigen kan elke professional min of meer 'z'n gang gaan'. Stafcontrole is nauwelijks op de inhoudelijke criteria gericht, zelfs niet bij aankomende en in opleiding zijnde verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Vormen van uitwisseling als het af en toe samen doen van spreekuren of gerichte gesprekken over aan beslissingen voorafgaande afwegingen zouden niet of nauwelijks voorkomen. Ook wordt geen gewag gemaakt van het werken met statistische informatie en inzicht: door vergelijking van het aantal toegekende uitkeringen en de hoogte daarvan bij verschillende kantoren en professionals zou men verschillen in interpretatie of werkwijze op het spoor kunnen komen.

Deze bevindingen contrasteren overigens met de recente uitkomsten van de Augustusrapportage 1998 van het Ctsv. Op basis van onderzoek van Van de Goor concluderen Berendsen e.a. (1998) dat na invoering van de wet TBA alle vormen van controle (controle op inhoud, controle op indicatoren, intercollegiale toetsing) voor zowel verzekeringsartsen als arbeidsdeskundigen sterk zijn toegenomen.

Wat betreft de cliëntgerichtheid zijn er, zoals eerder gesteld, geen normen geformuleerd, zodat geen uitspraak gedaan kan worden of deze al dan niet voldoende is. Wel is onze indruk én die van onze informanten dat er nog verbetering mogelijk is. Er wordt wel gewerkt aan inzichtelijkheid van de beoordeling achteraf, in de vorm van het overleggen van rapportages, maar er zijn, ondanks dat velen erom vragen, niet bij alle Uvi's folders om verzekerden vooraf in te lichten over de claimbeoordelingsprocedure. Een van de overwegingen hierbij is dat een schriftelijke uitleg in eenvoudige, begrijpelijke taal wellicht tot problemen zou leiden omdat de juridische finesses daarin niet voldoende aan bod zouden kunnen komen. Wel zijn er bij sommige Uvi-kantoren enige tijd voorlichtingsmiddagen georganiseerd voor verzekerden die kort daarna zouden worden opgeroepen. Volgens betrokkenen hadden deze voorlichtingen een positieve werking, veel onduidelijkheid werd weggenomen, hetgeen het persoonlijke contact tussen verzekerde en arts en arbeidsdeskundige weer ten goede kwam. Deze middagen worden echter, vooral om budgettaire redenen, niet meer georganiseerd.

8.2.3.3 *Kwaliteit van de professionals*

Wat betreft de kwalificatie-criteria voor professionals ligt er wel een basis, maar nog niet meer dan dat. Er zijn geen strikte eisen, geen verplichting tot het volgen van opleidingen en bijscholingen. Professional-gerichte maatregelen zijn vaak impliciet en enigszins vrijblijvend, de kaders ontbreken. Indien een professional zich ergens aan wil onttrekken, is dat goed mogelijk.

Professionals wezen ons erop, dat wat betreft artsen al snel de indruk bestaat dat zij het vak van verzekeringsarts ook wel zonder specifieke scholing kunnen uitoefenen. De algemene artsenopleidingen, curatief gericht, bereiden echter voor op een geheel andere beroepspraktijk dan die bij de Uvi's. Als voorbeeld een terugverwijzing naar de discussie over het ziektebegrip in de paragrafen 8.2.2.1 en 8.2.3.1: in de curatieve sector is het ICD concept leidend en bestaat veel minder aandacht voor het ICIDH gedachtengoed, centraal in de MAOC. Waar het voor de functie van arbeidsdeskundige vanzelf spreekt dat men hiervoor een gerichte opleiding nodig heeft, wordt dat voor verzekeringsartsen niet altijd zo gezien.

Op het terrein van bij- en nascholing hebben de Uvi's een grote eigen verantwoordelijkheid en vrijheid. Het Tica meldt de staatssecretaris in 1997: 'Over het algemeen hebben alle uitvoeringsinstellingen de intentie te zorgen dat elke medewerker een bij- of nascholing kan gaan volgen en goed geïnstrueerd wordt bij wetwijzigingen. De praktijk laat nog wel eens een ander beeld zien (...) bijvoorbeeld omdat de werkdruk niet toestaat dat medewerkers naar een

cursus, training of instructie gaan of omdat individuele professionals het niet nodig vinden (...).' (Tica, 1997, p.9)

In een recent onderzoek bleek dat 22% van de ondervraagde verzekeringsartsen zich niet voldoende opgeleid acht voor het werk, waarbij wordt bedoeld op de basisopleiding, maar ook op nascholing, intercollegiale toetsing etc. Arbeidsdeskundigen gaven voor 60% aan behoefte te hebben aan bijscholing, met name wat betreft FIS en wetkennis. (KPMG/UM, 1997).

In 1996 is er enige onrust geweest naar aanleiding van uitlatingen in de pers dat er basisartsen, dus niet specifiek opgeleid voor het werk als verzekeringsarts, als uitzendkrachten werden ingezet bij de grote hoeveelheid extra herbeoordelingen. Tica heeft uit eigen onderzoek toen echter geconstateerd dat dit weinig voorkwam en zover het wel voorkwam, deze uitzendartsen geen kritisch werk deden. (Tica, 1997) Toch zijn er nog steeds veel tijdelijke en uitzendprofessionals in beide beroepsgroepen, onder andere vanwege de gespannen arbeidsmarkt in combinatie met de mate van belangstelling van professionals voor het werk bij de Uvi's en ook vanwege sterk wisselende personeelsbehoefte. Overigens betreft een deel van deze tijdelijke krachten goed opgeleide, ervaren krachten die voor zichzelf zijn begonnen of bij een particulier bureau werken. Recentelijk zijn er publicaties in de dagbladen verschenen die aangeven dat hier sprake is van een groeiend verschijnsel.

Ook de intervisie en intercollegiale toetsing, waar men al jaren initiatieven voor neemt, is nog steeds niet goed van de grond gekomen. De professionals die wij interviewden gaven aan dat hier geen structurele vormen voor bestaan. Bovendien kan men zich aan wel bestaande vormen zonder sancties onttrekken. Teulings e.a. (1997) wijzen in dit verband op het belang van een open cultuur die professionals uitnodigt en stimuleert om te praten over de problemen die zij tegenkomen in hun werk en samen naar oplossingen te zoeken bij visie en interpretatieverschillen. Deze cultuur is geen gemeengoed, geven onze informanten aan. Het management stimuleert dit vaak ook niet. Horstman e.a. (1997) bevestigen het beeld dat de cultuur op dit punt per Uvi verschilt.

Zoals gesteld is motivatie van de professionals voor hun werk een voorwaarde voor kwaliteit. Deze motivatie is echter, volgens de door ons geïnterviewde professionals, bij velen aangetast door de recente ontwikkelingen in de sociale zekerheid. Nogal wat professionals vinden hun werk uitgehold sinds Wulbz, TBA en de overdracht van de bemiddelingsbevoegdheid aan Arbeidsvoorziening. Daarnaast geldt het eerder genoemde gebrek aan aandacht van het management voor de professionele aspecten van de sociaal-medische gevalsbehandeling. Onze gesprekspartners stellen dat de nadruk op bezuinigingen, doelmatigheid en

formele criteria als tijdigheid ten koste gaat van een goede beroepsuitoefening. Zij realiseren zich wel dat de verminderde financiële ruimte van de Uvi's grenzen betekent, maar daarbinnen zou men graag meepraten over aanpak en prioriteiten. Men mist nu dergelijke invloed en de mogelijkheid zelf oplossingen aan te dragen voor (financiële) problemen.

Ook vinden sommige professionals dat zij de verzekerden te vaak een onplezierige boodschap moeten brengen, die bovendien schadelijk kan zijn. Zo kan een arts bij een bepaalde verzekerde de kans groot achten dat toepassing van de TBA-criteria gezondheidsschade toebrengt, omdat de verzekerde bijvoorbeeld zich in zijn problemen te zeer miskend voelt. Of een arbeidsdeskundige kan van mening zijn dat een lage uitkering volgens strikte TBA-toepassing reïntegratiebelemmerend is. Naast het belang van een wetsconforme uitvoering stellen zij dan het bredere belang van de gezondheid en de reïntegratie van verzekerde.

Tenslotte willen we de aansturing van de professionals noemen. Zoals al in de paragraaf over criteria is aangegeven, zijn bij de Uvi's de formele criteria helder en ook de prestatie-indicatoren daarvoor. Bovendien zijn er de dwingende doelstellingen als marktgericht werken en bezuinigen. De subjectievere en voor een professional interessante criteria als rechtmatigheid en cliëntgerichtheid staan daarbij meer op de achtergrond. De door ons geïnterviewde professionals geven aan dat het Uvi-management doorgaans geen aandacht heeft voor professionele criteria en normen. Dergelijke aandacht is er wel enigszins bij de staf, maar veel minder bij de hiërarchisch belangrijker lijnmanagers. Dat wat voor de professionals centraal staat, is voor het management onbelangrijk en vice versa. Ook dit is niet motiverend.

Onze informanten zijn van mening dat in de huidige werkpraktijk professionele normen en waarden in de het gedrang komen, en dat mede daardoor een tekort aan artsen en arbeidsdeskundigen is ontstaan. Indien dit zo is, is het een reden te meer om de inzet en betrokkenheid van professionals, toch al van wezenlijk belang voor kwaliteitsbeheersing, te heroveren.

8.2.4 *Eindoordeel huidige kwaliteit*

De laatste jaren is op diverse terreinen en op diverse manieren gewerkt aan verbetering en borging van de kwaliteit van de claimbeoordeling. Uit literatuur en gesprekken met sleutelinformanten blijkt dat er veel aandacht is voor kwaliteit, dat er veel gedachtenvorming is over dit onderwerp, zowel bij beleidsinstellingen als de uitvoerders en de professionals. De groeiende interesse heeft geleid tot tal van maatregelen: zo zijn criteria geformuleerd en heldere prestatie-indicatoren ontwikkeld, standaarden uitgewerkt en prestatiemetingen opgezet en uitgevoerd. Nieuwe kwaliteitsinstrumenten zijn in ontwikkeling.

Al deze inspanningen hebben geleid tot meer inzicht in aard en kwaliteit van de claimbeoordeling.

Tevens blijkt echter dat de situatie nog voor verbetering vatbaar is. Ten eerste heeft het kwaliteitsbeleid verdere uitwerking. De vele ingezette maatregelen vormen geen sluitend geheel, er ontbreekt een allesomvattend kader met een systematische benadering van dit complexe vraagstuk. Wel lijkt het Ctsv Protocol Sociaal-medisch handelen Uitvoeringsinstellingen een goede stap in die richting - overigens geïnitieerd door de toezichthouder, niet door de beleids- of uitvoeringsinstellingen.

Op dit moment is het kwaliteitsborgingssysteem in elk geval nog niet sluitend. Zo zijn er bijvoorbeeld voor het criterium cliëntgerichtheid/klantvriendelijkheid wel prestatie-indicatoren ontwikkeld, maar nog geen normen geformuleerd. Een ander voorbeeld is het criterium vakinhoudelijke rechtmatigheid, dat onder meer betrekking heeft op de objectiviteit van de medische keuring en uniformering van de uitvoeringspraktijk op dit punt. Van oudsher worstelt de uitvoeringspraktijk met het vraagstuk van een objectieve claimbeoordeling. Er zijn gerichte maatregelen genomen om de uitvoering op dit punt meer uniform te maken. Dit heeft echter nog niet geleid tot een eenduidige en breed gedragen uitwerking en toepassing van prestatie-indicatoren. Er zijn aanwijzingen dat met meer ondersteunende beleidsmaatregelen hierop betere resultaten kunnen worden bereikt.

Wat is de huidige kwaliteit van de WAO-claimbeoordeling?

De opzet van dit onderzoek laat niet toe dat hier harde uitspraken over worden gedaan. Wel zijn over enkele aspecten gegevens bekend. Uit rapportages van het Ctsv blijkt dat met name de normen voor tijdigheid en juridische rechtmatigheid nog niet worden gehaald. Op deze punten werkt het Ctsv met de Uvi's al heel gericht aan verbetering.

Over de prestaties ten aanzien van de criteria vakinhoudelijke rechtmatigheid en klantgerichtheid zijn op basis van dit onderzoek geen definitieve conclusies te trekken. Er zijn weinig kwantitatieve gegevens beschikbaar, bijvoorbeeld over bezwaar- en beroepsprocedures, die een indicatie kunnen geven van de vakinhoudelijke rechtmatigheid van WAO-beoordelingen. Bovendien zijn de laatste jaren nauwelijks resultaten behaald met empirisch onderzoek naar deze kwaliteitsaspecten.

De gesprekken met de in de praktijk werkzame sleutelinformanten hebben het beeld opgeleverd dat met name op het punt van de vakinhoudelijke rechtmatigheid de praktijk weerbarstig is. Claimbeoordeling is een complexe gelegenheid die wordt uitgevoerd in een turbulente omgeving waarbij een belangrijke aandeel wordt geleverd door specialistische professionals. De sleutelinformanten zijn allen de mening toegedaan dat de getroffen kwaliteitsmaatregelen in de praktijk van de professional nog (te) weinig effect sorteren. Als

redenen hiervoor zijn onder meer genoemd dat het management van Uvi's te veel gericht is op formele, kwantitatieve doelstellingen, daardoor ruimte laat bestaan voor visieverschillen, dat intervisie, intercollegiale toetsing en inhoudelijke controle/feedback nog niet goed van de grond gekomen zijn en dat een deel van de professionals over onvoldoende specifieke kennis en vaardigheden beschikt voor uitvoering van nieuwe richtlijnen en standaarden.

Wat betreft de vakinhoudelijke rechtmatigheid poneren wij hier tot slot de stelling dat inmiddels wellicht de tijd gekomen is om de aandacht te verleggen van het ontwikkelen van nieuwe kwaliteitsmaatregelen naar een goede implementatie van reeds bestaande maatregelen en instrumenten. De dagelijkse werkpraktijk van de professionals zou daarbij aangrijpingspunt dienen te zijn.

In hoofdstuk 8.3 werken we deze ideeën verder uit.

8.3 *Voorwaarden voor kwaliteitsbeleid bij de WAO-claimbeoordeling: conclusies en aanbevelingen*

In het derde hoofdstuk (Deel I) van dit rapport hebben we aangegeven dat er diverse voorwaarden zijn waaraan voldaan dient te worden voordat men op enig terrein (verder) kan werken aan kwaliteitsbeleid. In de voorgaande hoofdstukken zijn deze voorwaarden besproken wat betreft de PAGO en de medische aanstellingskeuringen.

Deze voorwaarden bespreken we nu ook voor een verdere verbetering van de kwaliteit van de claimbeoordeling. Achtereenvolgens zijn dat het ontwikkelstadium van de claimbeoordeling als proces; bereidheid tot kwaliteit bij de Uvi's; bereidheid bij de professionals; bereidheid tot gezamenlijk ontwikkelen van normen bij klantgroepen en tot slot de kans op consensus tussen die groepen. In de laatste paragraaf geven we aan welke kwaliteitsverbeteringen onzes inziens wenselijk en mogelijk zijn.

8.3.1 *Ontwikkelstadium*

De ontwikkeling van de claimbeoordeling als proces binnen de vastgestelde wettelijke kaders is inhoudelijk al vrij ver. Toch dient deze nog verder uitgewerkt te worden.

Er is een te grote variëteit in opvattingen en handelingsconcepten onder professionals. Om hierin meer eenheid te brengen is het vooral nodig dat er nadere conceptontwikkeling komt rond elementaire begrippen in de claimbeoordeling: ziekte, beperkingen, belastbaarheid, verwerkingsvermogen - het zijn slechts voorbeelden van essentiële elementen waarover nog veel onduidelijkheid blijkt te bestaan. Standaarden als de MAOC zijn goede pogingen tot

verduidelijking, maar zijn daarin toch niet geheel geslaagd. Er is nog teveel inconsistentie.

De discussie over interpretatie ligt nu vooral op het uitvoerend niveau, zodat er een grote variëteit bestaat in handelingsrepertoire. Dat de uiteindelijke hoogte van de toegekende uitkering daardoor wellicht niet sterk wordt beïnvloed, doet niets af aan de wenselijkheid van een grotere eenvormigheid. Het lijkt ons van belang dat de interpretatiediscussies op beleidsniveau, bij SZW, Lisv en beroepsverenigingen wordt gevoerd, zodat de uitvoering eenduidige instructies krijgt. Om in de termen van deze rapportage te blijven: veel criteria dienen nader geoperationaliseerd te worden, zodat iedereen weet wat er verwacht wordt en hoe men dient te handelen. Uiteraard verdient de implementatie van nieuwe concepten ook alle aandacht.

Ook dient er verdere kennisontwikkeling te komen, bijvoorbeeld op het terrein van meetmethodieken voor moeilijk objectiveerbare aandoeningen of, een vraagstuk van heel andere aard, betekenisgeving van ziekte bij allochtonen.

Wel willen we hierbij aantekenen dat de claimbeoordeling nooit geheel gestandaardiseerd of geobjectiveerd zal kunnen worden. Er zal altijd een flinke discretionaire ruimte blijven, die alleen door goed ontwikkelde en goed ingezette professionaliteit gevuld kan worden. De inhoudelijke ontwikkeling van de claimbeoordeling kan verder uitgewerkt worden, en dat is ook wenselijk, maar dit streven zal altijd op grenzen stuiten.

8.3.2 *Bereidheid tot kwaliteitszorg bij Uvi's*

Er is in elk geval bereidheid tot kwaliteitsbeleid, getuige het werken aan standaardisering, handboeken en het streven naar certificering. Tot nu toe lijkt het probleem dat de Uvi's daarbij vooral sturen op de formele en financiële doelstellingen. Voor de andere criteria waar kwaliteitsverbetering mogelijk en gewenst is, met name vakinhoudelijke rechtmatigheid, lijkt minder aandacht te zijn. Financiële (bezuinigings)doelstellingen kunnen botsen met professionele condities als meer tijd voor de beoordeling. Ook de permanente druk van reorganisaties en onzekerheid over de toekomst belemmeren een cultuuromslag op dit punt. Bovendien is de indruk dat de Uvi's geen bemoeienis wensen bij hun interne werkprocessen. Voor de sociaal-medische beoordeling wil men echter wellicht een uitzondering maken. Zo schrijft het Uvi-directeurenoverleg op 22 januari 1997 aan het Tica: 'Het voert te ver om vanuit de relatie opdrachtgever/opdrachtnemer niet de outputspecificaties maar de procesnormen centraal te stellen. (...) Bij wijze van uitzondering kan het echter noodzakelijk zijn dat voor onderdelen van de uitvoering algemene procesnormen en kwalificatie-eisen gelden, mits deze niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is. Met betrekking tot

de sociaal-medische beoordeling is naar onze mening, vanwege het bijzondere karakter, sprake van zo'n uitzonderingssituatie.' In dit kader is wellicht ook te verklaren dat de samenwerking bij het totstandbrengen van het Ctsv-protocol voor sociaal-medisch handelen over het algemeen goed is verlopen.

Nu het Ctsv, met het nieuwe protocol terzake, gericht gaat sturen op vakinhoudelijke rechtmatigheid en cliëntgerichtheid, bestaat de kans dat het Uvi management meer aandacht aan deze criteria gaat besteden.

8.3.3 *Bereidheid tot kwaliteitszorg bij professionals*

Momenteel zijn grote delen van de beroepsgroepen minder gemotiveerd voor hun werk. Dit wil echter niet zeggen dat er geen motivatie is om gericht te werken aan verdere ontwikkeling van de eigen professie. Zo zijn de Lisv-standaarden over het algemeen positief ontvangen. Het lijkt echter wel nodig dat de professionals eerst vertrouwen moeten hebben dat er inderdaad verbeteringen mogelijk zijn, na jaren van (in de eigen ogen) uitholling van hun werk en verslechtering van werkvoorwaarden.

Wat nog wel belemmerend zou kunnen werken, zijn de soms grote ideologische en interpretatieverschillen over essentiële aspecten van het werk. Door intervisie, intercollegiale toetsing en verdere ontwikkeling van het vak, zoals onder 8.3.1 aangegeven, serieus aan te pakken zouden deze verschillen wellicht verminderd kunnen worden. Dit vereist wel een opener cultuur dan die welke momenteel overheerst.

Ook het meer betrekken van de professionals bij de inrichting van de werkprocessen zou de motivatie kunnen bevorderen.

8.3.4 *Bereidheid tot gezamenlijk ontwikkelen van criteria*

Hier gaat het om de kans op succesvol gezamenlijk ontwikkelen van criteria en prestatie-indicatoren tussen Lisv, Ctsv, Uvi's, professionals en cliëntenorganisaties. Deze kans lijkt wel aanwezig, gezien het gestelde in de voorgaande paragrafen, maar er dient nog veel argwaan overwonnen te worden.

8.3.5 *Aanbevelingen*

Op basis van de gegevens uit dit onderzoek zijn onzes inziens vooral op de volgende terreinen verbeteringen nodig en mogelijk.

1. De professionals kunnen beter geschoold en getraind worden. Er is bij groepen professionals een gebrek aan bepaalde kennis en vaardigheden, die een functioneren volgens de huidige wettelijke vereisten en standaarden belemmeren. Niet alleen medisch-technische kennis, maar ook communicatieve vaardigheden, een juiste attitude etc. zijn essentieel. Verbetering op dit

vlak vergt een grote controle op de professionele opleidingen, maar ook een zorgvuldig bij- en nascholingsprogramma, met stimulans tot en controle op deelname. Ook dient bij de implementatie van nieuwe standaarden een uitgekiend introductie- en implementatie-programma gevolgd te worden. Aparte aandacht dient te bestaan voor tijdelijk personeel.

2. Er dient een grotere eenheid van opvatting en handelingsconcepten te komen onder professionals. Zie ook paragraaf 8.3.1. Er dient binnen de discretionaire ruimte, die er op dit terrein altijd zal blijven, zoveel mogelijk eenstemmigheid te komen. Verdere ontwikkeling en verbetering van het instrumentarium voor de professionals verdient hoge prioriteit. Discussies, congressen, intercollegiale intervisie en toetsing etc. kunnen hier ook een belangrijke rol bij spelen.
3. Tevens is het nodig, ook als voorwaarde voor de voorgaande twee punten, dat de Uvi's gericht beleid voeren voor vakinhoudelijke kwaliteit en cliëntgerichtheid. Tot nu toe ligt de nadruk vooral op de formele en financiële doelstellingen, waardoor de inhoudelijke kwaliteit in de verdrukking komt. Bij gericht beleid hoort dat de professionals worden aangestuurd op hun inhoudelijke kwaliteit, dat zij terzake gecontroleerd en gestimuleerd worden en feedback krijgen. Dit impliceert dat naast de staf ook de lijn verantwoordelijkheid neemt voor de inhoudelijke kwaliteit van de claimbeoordeling en dat de noodzakelijke condities daarvoor worden gecreëerd, zoals voldoende tijd voor een goede beoordeling. Een bijkomend groot voordeel is dat de motivatie van de professionals waarschijnlijk baat zal hebben bij meer aandacht en ruimte voor hun werk. Dit zal de kwaliteit ook ten goede komen.
4. Er dient verdere kennisontwikkeling te komen, zie ook paragraaf 8.3.1.
5. Ook de tijdigheid en de juridische rechtmatigheid dienen verder versterkt te worden. De huidige Ctsv inzet daarbij lijkt, ondanks de teleurstellende resultaten, vooralsnog een goede ingang; de inspanningen op dit terrein zijn nog te kort van kracht om nu al te concluderen dat deze methode niet effectief zou zijn.
6. De klanttevredenheid kan meer aandacht kunnen krijgen dan nu het geval is. Er dienen onder andere minimumnormen voor geformuleerd te worden.
7. Thans ontbreekt een integrerend kader voor de vele, door verschillende actoren ingezette, kwaliteitsmaatregelen inzake de WAO-claimbeoordeling. Er lijken synergie-effecten te behalen indien de beleidsinspanningen meer op elkaar worden afgestemd.
8. Tot slot dient empirisch onderzoek geïnitieerd te worden naar met name de vakinhoudelijke rechtmatigheid van de oordeelsvorming. Voor dit vraagstuk lijken statistische analyses, noch dossieronderzoek als zelfstandige methode van onderzoek te kunnen volstaan; waarschijnlijk is een aanpak nodig waarin deze technieken gecombineerd worden om een goed inzicht te krijgen in de vakinhoudelijke rechtmatigheid van de WAO-claimbeoordelingen.

De Uvi's lijken de eerst aangesprokenen voor de punten 1, 2, 3, 5 en 6. Het Ctsv protocol 'sociaal medisch handelen uitvoeringsinstellingen' zal hier waarschijnlijk een goede stimulans voor zijn. Het lijkt wenselijk om de resultaten van invoering van dit kwaliteitsmodel kritisch te volgen en te evalueren. Aandachtspunten 1, 2, 4, 6 en 7 zijn onzes inziens een gedeelde verantwoordelijkheid van SZW, Ctsv, Lisv en de beroepsverenigingen.

SZW zou wellicht het voortouw kunnen nemen bij de punten 4, 7 en 8.

DEEL 3

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

9. *Conclusies en aanbevelingen*

In dit slothoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan hoe de overheid kwaliteitsbeleid bij oordeelsvorming zou kunnen stimuleren. Eerst wordt kwaliteitsbeleid in zijn algemeenheid behandeld, daarna worden uitspraken gedaan over periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek, medische aanstellingskeuringen en de WAO-claimbeoordeling.

9.1 *Kwaliteitsbeleid*

- De belangstelling voor kwaliteitszorg en certificering groeit, ook in de sociale zekerheid. Het directe toezicht van de overheid op de uitvoering neemt af: kwaliteitszorg kan hier enige mate van zekerheid bieden over aard en kwaliteit van de dienstverlening.
- In deze sector zijn kwaliteitsstrategieën gericht op het werkproces en op de professional het meest effectief.
- Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsborgingssystematiek in deze sector gelden de volgende algemene randvoorwaarden:
 - het product of de dienst is voldoende 'uitontwikkeld': er bestaat (een gerede kans op) consensus over de aard (productdefinitie) en wijze van voortbrengen/producen
 - bij organisaties én bij professionals bestaat bereidheid tot kwaliteitszorg
 - er is bereidheid bij klantengroepen om gezamenlijk en met de uitvoerende organisaties kwaliteitseisen te formuleren.
- Bij oordeelsvorming geldt specifiek het volgende:
 - de rol van de professional is cruciaal (naast beschikbaarheid van goede theorieën en instrumenten)
 - commitment van professional bij kwaliteitszorg is essentieel
 - de kwaliteit van de oordeelsvorming wordt mede bepaald door de organisatorische context waarbinnen die geleverd wordt
 - complicerende factor is dat er bij oordeelsvorming uiteenlopende klantgroepen zijn die onderling (deels) strijdige normen hanteren.
- Het ligt voor de hand om bij oordeelsvorming te kiezen voor kwaliteitsverbeteringsstrategieën en (voorlopig nog) niet alleen voor kwaliteitsborging. Immers, er is bij diverse typen oordeelsvorming nog geen sprake van een

uitontwikkeld product, mede omdat slechts in beperkte mate goede theorieën, instrumenten en methodieken voorhanden zijn. Het voortdurend zoeken naar nieuwe inzichten, werkmethoden en protocollen is dan een voor de hand liggende keuze.

- Kwaliteitsverbetering bij oordeelsvorming kan langs drie wegen worden bewerkstelligd:
 - ontwikkeling van theorieën en instrumenten
 - verbetering van het gehele dienstverleningsproces
 - het ontwikkelen van kennis, attitude en vaardigheden van de professional.

9.2 *Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek*

- Brede consensus over productomschrijving en uitvoeringswijze ontbreekt bij PAGO.
- Onderzoek naar kwaliteit en mate van toepassing van PAGO's is tot op heden niet verricht: er zijn slechts enkele fragmentarische gegevens beschikbaar.
- Bij leveranciers van PAGO bestaat bereidheid tot kwaliteitszorg, al staat die door diverse oorzaken onder druk.
- Hoe het staat met de bereidheid tot kwaliteitszorg bij professionals, betrokken bij PAGO, is niet bekend. Recent is door de beroepsvereniging wel een discussie over aard en inhoud van het PAGO gestart.
- Door diverse partijen binnen de branche is geïnvesteerd in de ontwikkeling van kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering. Dit heeft geresulteerd in deels strijdige kwaliteitseisen voor PAGO.
- Bij PAGO lijkt er sprake van onvoldoende gezamenlijkheid in het veld. Ontwikkeling van kwaliteitsbeleid vraagt een actieve aanpak van dit probleem. De overheid wordt geadviseerd zich te beraden op de bijdrage die zij hieraan kan leveren. Mogelijkheden zijn onder meer:
 - als wetgever: het stellen van andere beleidsregels voor invulling van het PAGO
 - via handhaving door de Arbeidsinspectie, met gerichte inspecties
 - als regisseur: initiëren en structureren van gezamenlijk overleg tussen alle betrokkenen en eventueel het coördineren van activiteiten die daaruit voortkomen
 - met een stimuleringssubsidie, al dan niet gekoppeld aan bijdragen van brancheorganisaties en arbodiensten.

- Omdat veel primaire gegevens ontbreken wordt aanbevolen onderzoek te initiëren naar de aard en de kwaliteit van de uitgevoerde PAGO's. Voorts is interessant na te gaan welke initiatieven worden genomen binnen branches ten aanzien van instrumentontwikkeling en toepassing van het PAGO.

9.3 *Medische aanstellingskeuring*

- Met het in werking treden van de Wet op de medische keuringen per 1 januari 1998 is de situatie rond medische aanstellingskeuringen drastisch gewijzigd. Een groot deel van de in jaren negentig ontstane praktijk rond aanstellingskeuringen is vanaf die datum bij wet verboden: er mag alleen nog gekeurd worden voor functies die specifieke eisen stellen aan de medische geschiktheid van de keurling teneinde de veiligheid en gezondheid van de keurling en van derden te beschermen bij vervulling van de functie (functiegericht keuren). Het gebruik van medische aanstellingskeuringen als instrument voor risicoselectie is per 1 januari 1998 verboden.
- Op dit moment is onduidelijk in hoeverre de wettelijk gedefinieerde omschrijving van de na 1 januari 1998 nog toegestane medische keuring bij vacaturevervulling door alle partijen wordt onderschreven. Ook is nog niet duidelijk voor welke concrete functies wel gekeurd mag worden en hoe dat zou moeten gebeuren. Kortom: ook bij medische aanstellingskeuringen ontbreekt brede consensus over productomschrijving en uitvoeringswijze.
- Sinds begin jaren negentig is het gebruik van aanstellingskeuringen fors toegenomen. Uit onderzoek komen consistente resultaten naar voren omtrent de voorspellende waarde van medische aanstellingskeuringen: die wordt algemeen als onvoldoende beschouwd. Alleen voor bepaalde risicovolle beroepen kunnen aanstellingskeuringen als voldoende acceptabel selectie-instrument worden beschouwd.
- Het is waarschijnlijk nog te vroeg om met het veld te gaan praten over kwaliteitsborging bij medische aanstellingskeuringen. Op het vlak van de kwaliteitsverbetering zijn verschillende maatregelen denkbaar:
 - nader onderzoek en instrumentontwikkeling gericht op de voorspelling van individuele arbeidsongeschiktheidsrisico's en uitwerking van het concept 'functiegericht keuren'
 - het stimuleren van branche breed overleg over de invulling van de Wet op de medische keuringen
 - inspelen op initiatieven tot kwaliteitsverbetering vanuit het veld.

- Geconstateerd is dat er thans geen sprake is van consensus over de 'product-omschrijving'. Tevens is vastgesteld dat door invoering van de Wet op de medische keuringen het gemeenschappelijk overleg tussen alle betrokken (klant)groepen onder druk is komen te staan. Desondanks kan waarschijnlijk toch al zinvol gewerkt worden aan het formuleren van kwaliteitseisen voor medische keuringen. Te beginnen met functies waarbij medische keuringen geaccepteerd zijn vanwege veiligheidsrisico's, kan begonnen worden met het op systematische wijze definiëren van functie-eisen. Volgende stappen zijn dan het vertalen van die eisen in medische termen en die (trachten) meetbaar (te) maken. De ervaringen die hierbij worden opgedaan zouden de basis kunnen leggen voor een te ontwikkelen methodiek voor functiegericht keuren.
- De gemengde reacties uit het veld op de invoering van de Wet op de medische keuringen stellen de overheid voor de vraag hoe hierop te reageren. Kwaliteitsbeleid vraagt om een gemeenschappelijke benadering door de gehele branche. Aan die gemeenschappelijkheid ontbreekt het op dit moment bij de medische aanstellingskeuringen. Indien de overheid besluit een meer actieve rol te nemen bij de invoering van deze wet, kan zij overwegen zelf de regie te voeren over dit proces. Het is echter ook mogelijk dat de overheid andere instanties stimuleert de centrale regisseursrol op zich te nemen.

9.4 *WAO-claimbeoordeling*

- De WAO en dus ook de WAO-claimbeoordeling zijn de laatste jaren onderhevig geweest aan ingrijpende politieke en praktische veranderingen, met als belangrijkste doelstelling het terugdringen van het volume arbeidsongeschikten. Hierbij zijn drie aspecten te onderkennen:
 - inhoudelijk: om de WAO-toegangscriteria aan te scherpen heeft arbeidsongeschiktheid een nieuwe, engere betekenis gekregen
 - organisatie: de uitvoering is van de GMD naar de verschillende Uvi's overgegaan
 - context: er zijn meer partijen die (financieel) belang bij de WAO hebben gekregen.
- Lisv en Ctsv, respectievelijk opdrachtgever en toezichthouder, stellen beiden als overall-eis dat de claimbeoordeling wordt uitgevoerd conform de wet en uitvoeringsregels.
Dit leidt tot de volgende vier criteria: tijdigheid, rechtmatigheid in resp. juridische en in vakinhoudelijke zin, en cliëntgerichtheid.
Deels zijn dit concrete criteria: tijdigheid en de juridische component van rechtmatigheid zijn in wet en uitvoeringsregelingen in meetbare prestatie-indicatoren en normen uitgedrukt.

De criteria vakinhoudelijke rechtmatigheid en cliëntgerichtheid zijn minder concreet uitgewerkt.

- Tijdigheid is een helder geformuleerd criterium met een duidelijke norm: 90% van alle beslissingen dient binnen de termijnen van de AWB afgehandeld te zijn. Er worden in de uitvoeringspraktijk instrumenten ingezet om de tijdigheid te bevorderen, zoals standaardisatie van processen, tussentijdse metingen etc.

De norm wordt echter niet gehaald.

- Juridische rechtmatigheid is ook eenduidig geoperationaliseerd en betreft de hantering van formele, eenduidige regels zoals grondslagen voor uitkeringen, berekeningswijzen etc. Als norm geldt dat maximaal 1% van het totaal toegekende uitkeringenbedrag onrechtmatig mag zijn. Ook aan dit criterium wordt in de uitvoering gewerkt, en ook hier wordt de norm niet gehaald.

- Vakinhoudelijke rechtmatigheid is een complex criterium en vereist dat de sociaal medische gevalsbehandeling voldoet aan de wettelijke criteria én aan de professionele normen van de beroepsgroep. Het kwaliteitsstreven rond dit criterium heeft diverse aspecten. Zo wordt er reeds geruime tijd gewerkt aan de verdere operationalisatie van dit criterium, bijvoorbeeld met de MAOC-standaard. Dit leidt tot verduidelijking, maar verdere conceptontwikkeling is nodig rond elementaire begrippen in de claimbeoordeling zoals ziekte, beperkingen, belastbaarheid en verwerkingsvermogen. Van volledige objectivering van dergelijke begrippen zal weliswaar nooit sprake kunnen zijn, maar het feit dat er op het uitvoerend niveau nog veel interpretatieruimte bestaat, mag ongewenst worden genoemd.

Ook wordt gewerkt aan het stroomlijnen van de werkprocessen, o.a. met standaarden van het Lisv. Hoewel dit duidelijk positieve effecten heeft en verheldering biedt, laten ook deze standaarden ruimte voor interpretatieverschillen en bovendien schort het aan een goede implementatie. Omdat er altijd een zekere discretionaire ruimte voor de professionals zal overblijven zijn er ook strategieën die zich op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij de professionals richten. Deze komen echter niet goed van de grond, o.a. doordat het management van Uvi's meer kwantitatief dan inhoudelijk is gericht, zodat intervisie en inhoudelijke feedback veelal niet voorkomen. Er is een te grote variëteit in opvattingen en handelingsconcepten onder professionals. Ook mist een deel van de professionals de benodigde specifieke kennis en vaardigheden voor uitvoering van nieuwe richtlijnen en standaarden.

Vanaf 1999 zullen de Uvi's gaan werken met een vooral op dit criterium gericht Ctsv-protocol, dat een brede aanpak biedt van de kwaliteit van werkprocessen en professionals.

- Ook cliëntgerichtheid is nog geen uitgewerkt criterium. Er wordt binnen Uvi's wel aandacht aan besteed, er worden af en toe klanttevredenheidsonderzoeken gedaan en ook het Ctsv doet onderzoek op dit terrein. De indruk is echter dat dit aspect nog wat onderbelicht blijft in de praktijk. Er zijn geen systematische inspanningen op dit terrein naar voren gekomen, de uitvoering wordt er niet op aangesproken en er zijn ook nog geen normen ontwikkeld om prestaties mee te beoordelen.
- De indruk is dat er in principe bereidheid is bij alle partijen om de kwaliteit verder te ontwikkelen, een voorwaarde voor kwaliteitsverbetering. Als maatregelen voor zo'n verbetering van de kwaliteit van de WAO-beoordeling kunnen worden genoemd:
 - verdere kennisontwikkeling en verbetering van het instrumentarium voor de professionals verdient hoge prioriteit. Daarbij dient ook aandacht te zijn voor een goede implementatie.
 - betere (bij- en na)scholing en training van professionals, niet alleen op medisch-technische terrein, maar ook op aspecten als communicatieve vaardigheden en attitude.
 - het streven naar een grotere eenheid van opvatting en handelingsconcepten onder professionals. Discussies, congressen, intervisie en intercollegiale toetsing kunnen hier een belangrijke rol bij spelen.
 - gericht beleid bij de Uvi's voor vakinhoudelijke kwaliteit en cliëntgerichtheid, zoals aansturing van professionals op hun inhoudelijke kwaliteit en feedback daarop.
 - verbetering van de tijdigheid en de juridische rechtmatigheid. Hiertoe volgt het Ctsv met de Uvi's al een gericht beleid.
 - meer aandacht voor cliëntgerichtheid en klanttevredenheid. Er dienen onder andere minimumnormen voor geformuleerd te worden.
 - ontwikkeling van een integrerend kader voor de vele, door verschillende actoren ingezette, kwaliteitsmaatregelen inzake de WAO-claimbeoordeling. Er lijken synergie-effecten te behalen indien de beleidsinspanningen meer op elkaar worden afgestemd.
 - tot slot meer empirisch onderzoek naar met name de vakinhoudelijke rechtmatigheid van de oordeelsvorming. Voor dit vraagstuk lijkt een aanpak nodig waarin verschillende onderzoekstechnieken gecombineerd worden om een goed inzicht te krijgen in de vakinhoudelijke rechtmatigheid van de WAO-claimbeoordeling.

Nawoord

Doel van dit rapport is overheid en andere betrokkenen te informeren over de totstandkoming van kwaliteitsbeleid voor oordeelsvorming over arbeidsmogelijkheden van individuele werknemers. Het rapport bevat drie onderdelen:

- inzicht in aard en voorwaarden van kwaliteitsbeheersing en de relevantie ervan voor het domein van de oordeelsvorming
- een overzicht van aard, kwaliteit en kwaliteitsbeleid bij Periodiek Arbeidsgezondheidkundig Onderzoek (PAGO), medische aanstellingskeuringen en WAO-claimbeoordeling
- aanbevelingen voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid bij de drie onderzochte processen.

In dit nawoord wordt stilgestaan bij de onderzoeksopzet en worden enkele in het project ontwikkelde inzichten voor het voetlicht gehaald.

Nabeschouwing van de onderzoeksopzet

Het rapport is gebaseerd op exploratief onderzoek. Op basis van inzichten uit de literatuur over kwaliteitszorg is een analysekader vervaardigd. Aan de hand van dit kader zijn de drie genoemde beoordelingsprocessen bestudeerd. De verkenningen hebben een globaal overzicht opgeleverd van de state of the art op de drie genoemde gebieden. Daarnaast heeft het geresulteerd in *inzicht in factoren die bij elk van de drie processen de effectiviteit van kwaliteitsbeleid (mee)bepalen*.

Het analysekader heeft hierbij, naar onze mening goede diensten bewezen: voor elk van de drie bestudeerde processen zijn met gebruikmaking van dit kader de belangrijkste kenmerken, knelpunten en kansen voor kwaliteitsbeleid in kaart gebracht.

Veel van de in dit rapport beschreven kwaliteitsmaatregelen zijn van vrij recente datum en nog te kort van kracht om te kunnen beoordelen welk effect ze hebben gesorteerd. Daar doorheen speelt het gegeven dat de in dit rapport beschreven maatregelen genomen zijn door diverse actoren, waardoor er verschillen zijn in status, aangrijpingspunt en bereik. Naast de overheid hebben Uvi's, Lisv en Ctsv, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid, kwaliteitsbeleid geformuleerd; beroepsverenigingen houden zich actief met het kwaliteitsvraagstuk bezig, brancheorganisaties nemen initiatieven, etc. Daarnaast geldt, en dat is met name voor de WAO-claimbeoordeling relevant, dat bij het gelijktijdig effectueren van verschillende (beleids)maatregelen het uitermate lastig is, te achterhalen welke (verandering in) kwaliteitsprestatie aan welke maatregel kan worden toegeschreven. In het kader van de onderzoekslijn 'Prestatie-indicatoren in de sociale zekerheid en arbodienstverlening' ontwikkelt NIA TNO thans een model voor de bestudering voor dit soort vraagstellingen. Voorts zijn er onvoldoende actuele, empirische gegevens beschikbaar over aard en kwaliteit van de drie

bestudeerde processen om te kunnen beoordelen wat het effect van het gevoerde kwaliteitsbeleid is geweest.

In deze verkennende studie is de theorie van de kwaliteitszorg gelegd naast de praktijk van PAGO, medische aanstellingskeuringen en WAO-claimbeoordeling. De in wetgeving vastgelegde definities en criteria zijn in dit onderzoek gepresenteerd als de uitgangspunten voor de formulering van kwaliteitseisen waaraan de uitvoeringspraktijk moet (trachten) te voldoen. Uit de diverse beschouwingen blijkt dat deze uitgangspunten zelf niet altijd even helder of onomstreden zijn. Zo is in deze studie naar voren gekomen, dat relevante verschillen in uitvoering van PAGO teruggevoerd kunnen worden op de wetgeving over PAGO, die op onderdelen soms veel interpretatieruimte laat. Het formuleren van eenduidige en algemeen geaccepteerde kwaliteitseisen wordt hierdoor bemoeilijkt.

Bij de medische aanstellingskeuring doet zich de situatie voor dat de actoren die zijn betrokken bij de uitvoering van de Wet op de Medische Keuringen verschillende opvattingen hebben over doel en inhoud van de wet.

Bij de Arbeidsongeschiktheidswetgeving worstelt men sinds de jaren dertig met het vraagstuk hoe medische oordeelsvorming in sluitende juridische termen vast te leggen. Vooralsnog is het niet mogelijk gebleken eenduidige, objectieve criteria te formuleren voor de oordeelsvorming over WAO-claims. Niettemin lijken betere kwaliteitsprestaties ook op dit punt mogelijk. Daartoe is het enerzijds gewenst te komen tot een meer nauwkeurige omschrijving van prestatie-indicatoren voor oordeelsvorming door professionals. Anderzijds dient nader onderzoek te leiden tot meer kennis en instrumenten ter ondersteuning van oordeelsvorming over arbeidsmogelijkheden van individuen.

Nieuwe inzichten

Bij de start van het onderzoek was er weinig materiaal voorhanden. Er was weinig geschreven over kwaliteitszorg bij oordeelsvorming en ook was er slechts in zeer beperkte mate empirisch materiaal beschikbaar over aard van de drie oordeelsvormingsprocessen en de kwaliteitsprestaties. Dit betekende een voortdurende speurtocht naar gegevens en ervaringen van betrokkenen. De voortgang van het onderzoek bood mede daarom een steeds verder voortschrijdend inzicht in de materie. Dit bleek vooral toen, na afronding van het onderzoek naar PAGO en de medische aanstellingskeuringen, het WAO-onderzoek werd uitgevoerd. Door de eerder opgedane ervaring zijn de accenten in dit deelonderzoek wat anders komen te liggen. De opzet van de verslaglegging over de WAO-claimbeoordeling wijkt daardoor iets af van die van de twee andere typen oordeelsvorming. Er is in het rapport met name een duidelijker onderscheid aangebracht tussen kwaliteitseisen (criteria), de operationalisatie van die eisen in prestatie-indicatoren, het vaststellen van normen voor elke indicator en tot slot de metingen van de kwaliteitsprestaties. Bijvoorbeeld voor het

criterium 'juridische rechtmatigheid' van de WAO-claimbeoordeling hanteert het Ctsv als prestatie-indicator dat de relevante formele en eenduidige regels juist worden toegepast. Als norm geldt dat maximaal 1% van het totaal toegekende uitkeringsbedrag onrechtmatig mag zijn. De Uvi's meten zelf de geleverde prestaties. Het Ctsv gaat jaarlijks, via de controle van de Uvi-gegevens na of voldaan is aan deze kwaliteitseis.

Een ander belangwekkend voorbeeld van voortschrijdend inzicht is het volgende. Bij het begin van het onderzoek hanteerden we de invulling van kwaliteit zoals die zeer vaak gebruikt wordt, namelijk standaardisatie en beheersing van processen. Dit biedt specifieke problemen als het gaat om kennisintensieve dienstverlening, want hoe standaardiseer je professionals? Het inzicht groeit dat volledige standaardisatie niet alleen onmogelijk, maar ook ongewenst is. Bij oordeelsvorming geldt namelijk ook de eis van responsiviteit, van maatwerk. Dit betekent dat een zekere discretionaire ruimte niet zozeer een noodzakelijk kwaad, als wel een voorwaarde voor goede dienstverlening is. Bij de kwaliteitsstrategie van standaardisatie dient dus een goed evenwicht gevonden te worden met het belang van een zekere discretionaire ruimte.

Tot slot nog dit. Zoals we in de rapportage diverse malen aangeven, ligt het voor de hand om bij oordeelsvorming te kiezen voor kwaliteitsverbeteringsstrategieën en niet alleen voor kwaliteitsborging. Immers, er is bij geen van de drie typen oordeelsvorming sprake van een goed uitontwikkeld product. Het voortdurend zoeken naar nieuwe inzichten, werkmethoden en protocollen is dan een voor de hand liggende keuze, die mede aantrekkelijk is omdat dit professionals doorgaans erg aanspreekt en dus mogelijkheden biedt voor het ontwikkelen van draagvlak voor kwaliteit. Bij een keuze voor een verbeteringsstrategie is de kans dat vooral de inhoudelijke kwaliteit voorop komt te staan, reëel. Dit zou kunnen leiden tot een naar binnen gerichte blik en een verwaarlozing van de klantvriendelijkheid. Dit aspect dient echter wel degelijk in het oog gehouden te worden - immers als men over kwaliteit spreekt, gaat het niet alleen om de professionele normen maar juist ook om de beoordeling en waardering door de klant, dit alles binnen de geldende wettelijke kaders.

Het zou zelfs de moeite waard kunnen zijn om te onderzoeken in hoeverre het concept van Total Quality bij een verbeteringsstrategie tot nieuwe inzichten en mogelijkheden kan leiden. Ofwel: wat betekent het als bij het kwaliteitsstreven de belangen van alle actoren in het werkveld betrokken zouden worden, dus bijvoorbeeld ook arbodiensten, samenwerkingspartners in SWI, particuliere verzekeraars etc.? Vooralsnog is het nog niet zo ver.

Op korte termijn speelt de vraag hoe een goede kwaliteit van oordeelsvorming in sociale zekerheid en arbozorg tot stand te brengen en te borgen. Volume-beheersing van de uitkeringsgelden en toenemende marktwerking in sociale

zekerheid en arbodienstverlening, flexibilisering en uitbesteding van arbeidsmedische en verzekeringsgeneeskundige expertises versterken de roep om kwalitatief goede oordeelsvorming. Het stimuleren van de initiatieven van de beroepsgroepen om de kwaliteit van de professionele oordeelsvorming te verbeteren, zijn naast andere in het rapport genoemde maatregelen, een waardevolle strategie om dit doel te realiseren.

Verantwoording

Aan de totstandkoming van dit rapport hebben vele personen en organisaties bijgedragen. Een aantal van hen is -doorgaans telefonisch- geïnterviewd, diverse documenten zijn via hen verworven en onderdelen van dit rapport zijn van deskundig commentaar voorzien.

Voor de hoofdstukken over PAGO en de medische aanstellingskeuringen gaat onze dank uit naar:

mr.R.Berns	Certiked
E.M. de Bruin, arts	KNMG
P.Y.M. van Heitling, arts	PCA (tevens verbonden aan AI)
drs.L.M. van Hoogstraten	VNO-NCW
Dr.W.L.A.M. de Kort	TNO Voeding
secretariaat NVAB	NVAB
H.P.J.Stinis, arts	Arbeidsinspectie
H.Staal	FNV
R.Steenbergen	FNV
E.Stijger	BOA
H. de Vries	Lisv
P.B.Wulp, arts	Arbeidsinspectie

Voor het WAO-gedeelte zijn de volgende sleutelinformanten geïnterviewd:

H.J. Foeken	Werkzaam als registerarbeidsdeskundige. Tevens bestuurslid Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen, specifiek belast met kwaliteitsbeleid.
W.L. Wijngaards	Werkzaam als registerarbeidsdeskundige. Tevens voorzitter van de Stichting Registratie Arbeidsdeskundigen.
T. Buers	Werkzaam als verzekeringsarts. Tevens zelfstandig gevestigd als opleidingskundige/coach, waarbij zij zich o.a. bezighoudt met de ontwikkeling van professioneel handelen en kwaliteit bij verschillende organisaties in de sociale zekerheid
W.E.L. de Boer	Werkzaam bij het Lisv als Hoofd Gevalsbehandeling. Tevens betrokken bij de opleiding tot verzekeringsarts.
H. de Vries	Werkzaam bij het Lisv als coördinator Kwaliteitszorg en Opleidingen

R.J. Kos	Werkzaam bij het Lisv als coördinator producten (referentiediensten)
J.W.T.M. Urselmann	Werkzaam bij het Ctsv, betrokken bij het protocol Sociaal medisch handelen.
A. Siljee	Werkzaam bij het kwaliteitsbureau van het GAK

Gezien de verschillende achtergrond en werkpraktijk van deze sleutelinformanten zijn in de gesprekken naast een algemene basis verschillende accenten gelegd. Wat betreft de dagelijkse praktijk van de WAO-claimbeoordeling hebben vooral de heren Foeken, Wijngaards en De Boer en mevrouw Buers informatie en ervaring aangedragen. Daarbij baseerden zij zich enerzijds op eigen, directe ervaring en anderzijds op ervaringen van anderen zoals zij die kennen uit bijvoorbeeld activiteiten in beroepsverenigingen en opleidingen. Waar in dit rapport verwezen wordt naar interviews met professionals, worden deze vier personen bedoeld.

Wat betreft het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en de inrichting van de huidige kwaliteitsborgingsstrategieën hebben naast bovenvermelde personen tevens mevrouw Siljee en de heer Urselmann informatie geleverd. De laatsten hebben vooral de totstandkoming en opbouw van het Ctsv-protocol 'Sociaal-medisch handelen Uitvoeringsinstellingen (WAO, WAZ en Wajong)' toegelicht. Wat betreft de kwalificatie-eisen en opleidingen van artsen en arbeidsdeskundigen heeft met name mevrouw De Vries informatie gegeven.

De manier waarop het Lisv omgaat met de kwaliteitsbewaking van de Uvi's is vooral besproken met de heer De Boer en mevrouw De Vries. De heer Kos tenslotte heeft in dit verband toelichting verstrekt op het systeem van de referentieproducten, die een belangrijke rol spelen bij de opdrachtverlening van het Lisv aan de Uvi's.

Het onderzoek is vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid begeleid door een commissie die haar taak op een constructieve en voor de auteurs motiverende wijze heeft verricht. Hartelijk dank daarvoor aan:

Directie/afdeling:

A&O/OND	drs.F.A.J.M. van Bavel, drs.M.S.Roest, dr. I.D. Nijboer
AV/RV	drs.H.Overbosch
ARBO/ATB	J.A.Ringelberg, arts
SV/WV	mr.M.W.J.Menken, F.E.M.Eijnwachter,
	mr. W.M.M. van der Pal
AM/RAW	drs.C.J.Koene

Tot slot bedanken we onze directe collega's C. Wevers, J. Bos, D. van Putten en R. Visser, de specialisten op wie wij altijd een beroep konden doen.

De auteurs zijn alle hier genoemde personen erkentelijk voor hun bereidwillige medewerking. Dit laat onverlet dat de verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport uitsluitend ligt bij ondergetekenden,

C.A.M.Mul

H.E.M.Verkleij

A.M.Hazelzet (Hoofdstuk 6)

F. de Roos (Hoofdstuk 7)

Literatuur

ANDRIESSEN S, VEERMAN TJ, VIJGEN J. Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt. Selectieve aanstelling en afvloeiing van personeel op grond van (vermeende) risico's binnen de Ziektewet en WAO. Zoetermeer: Ctsv, juni 1995. Rapport R95/4.

ANDRIESSEN S, VERKLEIJ HEM, MARCELISSEN FHG. Verzuimbeleid in verandering. Verschuivende opvattingen van bedrijven en instellingen over verzuim in relatie tot de invoering van de WULBZ en de effecten op het bedrijfsbeleid. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 's-Gravenhage: VUGA uitgeverij bv, mei 1997.

ARTS & BEDRIJF. Recht en Wet Aktueel. 1997;2:14 (a).

BARON J. Thinking and deciding. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

BENNINK, T. Verplicht inschakelen arbodienst van tafel. NVAB zelfbewust en ambitieus. Arbeidsomstandigheden 1996; 72:351-353.

BERENDSEN L, BURGER JC, KOEHLER JBI, SPIJKERBOER PM. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Een overzicht van ontwikkelingen tot begin 1998. Zoetermeer: Ctsv, september, 1998.

BERTS D. Certificatie arbodiensten: duizendpoten die moeten beschrijven hoe ze lopen. Arbo & milieu, 1996; 11; 22-25.

BERTS, D. Privatisering PCA: certificering arbodiensten in particuliere handen? Arbo & milieu, 1997; 5 (1), 26-28.

BERWICK D. Continuous improvement as an ideal in health care. New Engl J Med 1999; 320: 53-6.

BOCK RH de, MARSEILLE AT. De Richtlijn 'Medisch Arbeidsongeschiktheids-criterium'. PS 17, 6 augustus 1997.

BOER WEL de, CROON NHT, TOORN M van den, CHÁNSKY-ACHILLES HW. Enquete Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde: juni 1996; 3, 98 - 102.

BOER WEL de, DUIN J, HERNGREEN H. Methodisch beoordelingsgesprek. Een handleiding op basis van de argumentatieve claim/probleembeoordeling. Utrecht: Netherlands School of Public Health, 1997.

BONT MEA de, MEUS C, HAZELAAR G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering. Over verschillen in interpretatie, implementatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME. Zoetermeer: Ctsv, augustus 1998.

BROEKHUIS H, LEEUW, ACJ de. NEN-ISO normering in de professionele dienstverlening I. Bedrijfskunde, april 1995; 71-79.

BRUINS SLOT JHW. PAGO voor alle werknemers. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 1997; 5; 182-184.

BRUYN EEG de, PAMEIJER NK, RUIJSSENAARS AJJM, AARLE EJM van. Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus. Leuven/Amersfoort: Acco, 1995.

BUIS HAM. De ontwikkeling van het begrip 'ziekte en gebrek' in de literatuur en de jurisprudentie (deel 1), Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 24, 1986; 134-135.

CERTIFICATIETOETS ARBODIENSTEN. Structuur en methodiek in hoofdlijnen. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: Projectbureau Certificering Arbodiensten, 1994.

COG. Classificatie Ontwikkelingsgroep. Gehandicapten, Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Voorburg: Raad voor Gezondheidsresearch TNO, 1980.

COMMISSIE VERZEKERINGSZAKEN (CVZ) Kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling. Tica-notitie; 1997.

COUNCIL DIRECTIVE of 12 june 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work 1989;391 EEC.

CREMER R, MUL CAM, WEVERS CWJ. Oordeelsvorming over arbeid en gezondheid van individuele werknemers. Amsterdam: NIA TNO, mei 1997; Intern rapport.

CTSV, Augustusrapportage handhaving 1997, Zoetermeer: 1997.

CTSV, Protocol sociaal medisch handelen uitvoeringsinstellingen (WAO, WAZ en WAJONG). Zoetermeer: augustus 1998.

CTSV, Rechtmatigheidsonderzoek werknemersverzekeringen 1996. Zoetermeer: 1998.

DEURSEN CGL van, VEERMAN TJ. Randvoorwaarden van de sociaal-medisch begeleiding. Onderzoek onder verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die lid zijn van het Lisv uitvoerderspanel. Amsterdam: Lisv, februari 1997.

DOCTER HJ, FORTUIN RJ, KUITERT HDWB. Tijdsbesteding van bedrijfsartsen en andere deskundigen in Arbodiensten. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 1996; 6, 203-213.

DIJK FJH van, KORT WLAM de, VERBEEK JHAM. Quality assessment of occupational health services instruments. Occupational Medicine 1993;43:S28-S33.

EVERS A, VLIET-MULDER JC van, GROOT C, Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Amsterdam, Nederlands Instituut van Psychologen, (1999; in voorbereiding).

EVERS A, VLIET-MULDER JC van, LAAK J. ter. Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Amsterdam: 1992.

EVERS A. Meetinstrumenten voor arbeidsomstandigheden, stress en welzijn. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

FORTUIN RJ, GOEDHART EA. Leidraad PAGO. Het beslissingsproces van RI&E naar PAGO beschreven. Amsterdam: SKB, 1997.

GEZONDHEIDSRAAD. Keuren en voorspellen. Een beoordeling van het RIVM-rapport 'Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keurings-situaties. 's Gravenhage: Gezondheidsraad, 1993.

GIER HG de, et al. HUGO SINZHEIMER INSTITUUT, JEHOEL-GIJSBERS GJM et al. IVA; Waardering of kritiek, de uitvoering van sociale zekerheidswetten. Zoetermeer: SVR, 1992.

GROL R. Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? Oratie. Huisarts en wetenschap, 1993; 36:3.

GROOT AD de, Methodologie. De grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Den Haag: Mouton & Co, 1961.

HEEMSKERK F. Nieuwe Ziektewet vereist nieuwe beleidsvoorstellen. Arbeidsomstandigheden 1996;72:223-227.

HEER A de, AHAUS CTB. ISO 9000-serie en kwaliteitshandboek. Delft: Nederlandse organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek TNO, 1991.

HEINEN G, REIJDELS REM. Modules, mode of maatwerk? Een eerste evaluatie van modulair PAGO. Onderzoeksscriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (UvA), Coronel Laboratorium, 1995.

HILDEBRANDT VH. Ontwikkeling deelmodule 'fysieke belasting' voor modulair PAGO. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Arbeid en Gezondheid, 1995; Publ.nr. 95.016.

HORSTMAN K, BERG M, HEUSDEN M van, PLASS S. Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen. Amsterdam: Lisv, november 1997

HUURNE AG ter, REULING AMH, SCHELLEKENS EILM, VEERMAN TJ. ZARA-werkgeverspanel Reguliere rapportage tweede meting. 's Gravenhage: VUGA Uitgeverij bv, 1996.

HUURNE AG ter, DEURSEN CGL van, REULING AMH, SCHELLEKENS EILM, VEERMAN TJ. ZARA-werkgeverspanel rapportage najaar 1996. Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij bv, mei 1997.

HUURNE AG ter, VEERMAN TJ, DEURSEN CGL van, FUX RAP, SCHELLEKENS EILM, VISSERS AMC. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1996-1997. Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid. 's Gravenhage: VUGA Uitgeverij bv, november 1997.

JANSEN J, LOURIJSEN ECMP, POPPELAARS CAM, PUTTEN DJ van, TREURNIET HF, WINTER CR de, WATER HPA van de, VERKLEIJ H. Een verkenning van Voorspellend Medisch Onderzoek in keuringssituaties. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, januari 1993.

JEHOEL-GIJSBERS G. et al, IVA; Cliënten over de uitvoering van WW, WAO en ZW. Zoetermeer: Ctsv, 1996.

KAMP B. Arbodiensten zien veel toekomst in arbeidsgezondheidskundig onderzoek. Arbo en milieu; januari 1995; 10-13.

KAMP B. Het 'periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek' en spreekuur. OR Informatie, december 1995; 36-37.

KERKLAAN LAFM. (red.) Verbetermeters voor Dienstverleners. Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen, 1995.

KLIP H. Aanstellingskeuringen aan banden gelegd. Verbod op risicoselectie ziekte en arbeidsongeschiktheid. Praktijkblad voor Medezeggenschap mei 1997.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST; WAO/AAW (her)keuringen. Utrecht: KNMG 1995.

KORT WLAM de. De waarde van aanstellingskeuringen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1990;134:1589-1592.

KORT WLAM de. Niet keuren, tenzij ... O.R. Informatie; december 1996:21.

KORT W de, DIJK F. van Preventive effectiveness of pre-employment medical assessments. Occupational Environmental Medicine 1997;54:1-6.

KOTEK W. Arbowet vraagt om bescherming en onderzoek, niet om keuren en voorspellen. Aanstellingskeuring ter discussie. Arbeidsomstandigheden 1994; 70:139-142.

KOTEK W. Medische keuringen. KNMG-protocol vraagt om parlementaire bijstelling. Bedrijfsarts kan bij sollicitaties betere belangenbehartiger van sollicitant zijn. Medisch Contact 1996;51:23-26.

KPMG/BEA, UM. Evaluatie van de FIS-methodiek. Eindrapportage. Hoofddorp/Maastricht: juli 1997.

KWANTES JH, HOOGENDIJK L. (red.) Het Arbobesluit compleet: tekst en uitleg over het arbobesluit: wettekst/toelichting/registers. Amsterdam: NIA TNO, oktober 1997.

LANDELIJK SAMENWERKINGSVERBAND WAO-platforms (LSV/WAO), Buitenparlementaire enquête Arbeidsongeschiktheidsregelingen. Den Haag: LSV/WAO, mei 1996.

LISV, Mededeling over de referentiediensten 1999; bijlage bij S98.38.

LISV, Interne Evaluatie Standaarden. Amsterdam, Lisv, 1997. (geciteerd in Horstman, 1997).

LOURIJSEN ECMP, KORT WLAM de, DAM J. De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland. Een samenvattend verslag van een aantal onderzoeken naar de omvang, uitvoering en kwaliteit van medische aanstellingskeuringen. Den Haag: Arbeidsinspectie Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, november 1991.

LOURIJSEN ECMP, DAM J, KORT WLAM de. De medische aanstellingskeuring als selectie-instrument: afgekeurd? Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1993;71:71-78.

LTD, De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993. Loontechnische Dienst. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994.

LUBBE JF van der, VERMEIJ E. Claimbeoordeling in de ZW en de WAO; heringrichting uitvoeringsproces in 1994/1995. Zoetermeer: Ctsv, maart 1996; rapport R96/1.

LUTEIJN F, DEELMAN BG, EMMELKAMP PMG. (red). Diagnostiek in de klinische psychologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.

MAAS JGV (red.). Kwaliteit in de kennisintensieve dienstverlening. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie, 1995.

MARCELISSSEN FHG, PUTTEN DJ van, WINTER CR de. De vragenlijst voor periodiek bedrijfsgezondheidkundig onderzoek (III). Methoden voor gebruik van referentiegegevens. TSG, 66, 115-120.

MUL CAM, VERKLEIJ HEM, HAZELZET AM, ROOS F de. Kwaliteit van oordeelsvorming. Eerste rapportage. Amsterdam: NIA TNO, februari 1998. Intern rapport.

NELISSEN NJM, KOREMAN LMHJ. Kwaliteit van overheidsdienstverlening. Openbaar bestuur, 1998; 2, 14/18.

NEIJZEN JA, TROMPETTER M. Kwaliteitszorg in dienstverlenende organisaties. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1989.

NIEUWENHOVEN RA. Inleiding, namens de Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties (RCO), bij de KNMG-conferentie over aanstellingskeuringen. jan. 1995.

POPMA J. OR moet Protocol aanstellingskeuringen body geven. OR Informatie dec. 1995.

POPPEL J. van. e.a. Leiding blijkt voor HBO-docent belastender dan student. Arbeidsomstandigheden 72, 1996; 6, 295-299.

PROJECTBUREAU Certificering Arbodiensten. Certificatietoets Arbodiensten. Toelichting op de derde fase. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994.

PUTTEN DJ van. RI&E en PAGO t.b.v. Koninklijke Marine. Amsterdam: NIA TNO, 1997.

PUTTEN DJ van. PAGO of niet? Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 1997; 5; 180-182.

RAAD VAN DE CENTRALE ONDERNEMINGSORGANISATIES. Brief d.d. 13 december 1996 gericht aan Th. M.G. Berkestijn, arts en Voorzitter Begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen KNMG.

RAAD VAN DE CENTRALE ONDERNEMINGSORGANISATIES. Brief d.d. 3 juni 1997 gericht aan Th. M.G. Berkestijn, arts en Voorzitter Begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen KNMG.

RIETBERGEN C. Verdienen en krijgen: resterende verdien capaciteit bij de beoordeling van arbeidsongeschikten. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1994.

RIETBERGEN C, HOOIJDONK G van. Het zwaard van Damocles; de mening van verzekerden over de gang van zaken tijdens de verplichte herbeoordeling van arbeidsongeschikten. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, mei 1996.

ROBROEK F. Wat is er mis met arbodiensten?: alle certificerings-voorschriften van arbodiensten. Arbo & milieu, 1996, 4, 11, 26-31.

SCHRAA G. Werknemer mag best een vlekje hebben. Een andere blik op aanstellingskeuringen. Arbeidsomstandigheden 1996;10:482-483.

SMITS PBA, KROON PJ, VERBEEK JHAM. Tijdsbesteding van bedrijfsartsen. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1996; 1, 9 13.

SKB. Handboek PAGO: protocol voor periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek. Amsterdam: Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, 1994.

SKB. PAGO Nieuws. No 1, febr. 1995.

SOEST R van, MEUS CJM. Herbeoordeling van arbeidsongeschikten; kwaliteit van de uitvoering volgens cliënten. Zoetermeer: Ctsv, mei 1996; rapport r96/7.

SPRANGERS A. Hoe heilig is de wet? Rondetafelconferentie over beoordeling arbeidsongeschiktheid. Lisv Magazine, 1988; 1, 4, 8-9.

STAATSBLED 178, Jaargang 1997, Wet van 24 april 1997, houdende overgangs- en invoeringsrecht voor de totstandkoming van de Wet premie-differentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (invoeringswet nieuwe en gewijzigde arbeidsongeschiktheidsregelingen), Artikel XLIII Arbeidsomstandighedenwet, p.21.

STELT HG van der, SMAAL M. Einde wachttijd WAO in 1994; onderzoek in het kader van het project epidemiologie van de arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: TICA, april 1996.

STICHTING VAN DE ARBEID. Aanbevelingen inzake het wervings- en selectiebeleid van ondernemingen. Den Haag: 1991.

TEULINGS C, VEEN R van der, TROMMEL W. Dilemma's van sociale zekerheid. Den Haag/Zoetermeer: SZW/Stsv/Ctsv, september 1997.

TICA-NOTITIE COMMISSIE VERZEKERINGSZAKEN (CVZ) 9 januari 1997. CVZ 3/291. Kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling.

TIMMER M, KLERK JM de, KOTEN JW. Verzekeringsgeneeskunde in theorie. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu, 1988.

TOMA JBHJ, LOCHEM RJ van. Nadere rapportage over het arbeidsongeschiktheids criterium. Zoetermeer: oktober 1995, Ctsv.

TWEEDE KAMER, vergaderjaar 1997-1998, 22 187, nr. 51.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Wijziging van de wet op de medische keuringen. Tweede kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 648, nrs. 1-2.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Wijziging van de wet op de medische keuringen. Tweede kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 648, nr. 3.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Wijziging van de wet op de medische keuringen. Tweede kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 648, A.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Wijziging van de wet op de medische keuringen. Tweede kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 648, B.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Wijziging van de wet op de medische keuringen. Tweede kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 648, nr. 4.

VEERMAN TJ, HUURNE AG ter, KERSTEN A, REULING AMH, SCHELLEKENS E, VISSERS AMC. ZARA-werkgeverspanel Rapportage 1995-1996. Ministerie van Sociale Zaken Werkgelegenheid. 's-Gravenhage: VUGA Uitgeverij bv, oktober 1996.

VELDHOVEN M, DIJK FJH van, MEIJMAN TF van. Hoe periodiek is het periodiek bedrijfsgezondheidkundig onderzoek? Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 71, 1993;7, 408 414.

VELLEMA W; Falende beleidsmakers. In: Hibbeln, Vellema JG mr, Vellema W. Het WAO-debacle. Utrecht: van Arkel;1993.

WEEL ANH, BLOEMHOFF A, VERBEEK JHAM. ...(e.a.) I: Periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek voor vrachtwagenchauffeurs: ontwerp en test van een beroepsspecifieke vragenlijst. Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde 2, 1994; 5, 165 172.

WEEL A, PAGO-PBGO-GPO: relatie en historische schets. In: PAGO, losse flodder of gericht schot. Nijmegen: Bureau PAOG-Heyendaal, Katholieke Universiteit Nijmegen: 1995; p3-6.

WERVEN-BRUIJNE FA van, HEITLING I van, P. Artikel 24a Periodiek Arbeidsgezondheidkundig Onderzoek (PAGO)/Artikel 25 Verplicht Arbeidsgezondheidkundig Onderzoek. Arboret 1995; B1200-1-B1200-10.

WERVEN-BRUIJNE FA van, LINNENBANK PC. Meer dan ISO 9000: praktijkassessment als een aanvulling bij de certificering van arbodiensten. Sigma 1996;42, no. 5, 9-13.

WERVEN-BRUIJNE FA van, HEITLING I. van P. Arbodiensten dokteren aan PAGO: gebreken bij opzet en uitvoering. Arbeidsomstandigheden 73:1997;no. 5, p. 232 235.

WET VAN 5 JULI 1997, houdende regels tot versterking van de rechtspositie van hen die een medische keuring ondergaan (Wet op de medische keuringen). Staatsblad 1997; 365. 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1997.

WEVERS CWJ, NIJBOER ID, SMULDERS PGW, Researchnota betreffende enkele recente onderzoeken over de gevolgen van de Wet TBA en de reïntegratie van (gedeeltelijk) arbeidsgeschikten. Leiden: TNO PG, augustus 1996.

WEVER MM, KNUTTEL MW, MEIJER KL, et al. AAW/WAO (her)keuring en (her)intreding: een klachteninventarisatie. Breed Platform Verzekeringen; Nationale Commissie Chronisch Zieken. Amsterdam: Breed Platform Verzekeringen, 1994.

WILLEMS JHBM, CROON NHTh, KOTEN J-W.(red.); Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.