

# Onderzoek naar het beoordelingsgedrag van verzekeringsartsen

Jan Besseling, Ton Schellart, Romy Steenbeek, Herman Kroneman

Een van de kritieken op de verzekeringsgeneeskunde is dat het voor de cliënt veel verschil zou uitmaken door welke dokter hij wordt beoordeeld. Interdoktervariatie bij de claimbeoordeling is ongewenst, omdat dit gevolgen kan hebben voor de uiteindelijke beslissing over de mate van arbeidsongeschiktheid. Interbeoordelaarsvariatie is een fenomeen dat voorkomt bij verschillende beroepen met discretionaire ruimte. Spanjer et al. constateerden significante verschillen op verschillende beperkingenscores toegekend door verzekeringsartsen.<sup>1</sup> Kenmerkend voor veel onderzoek naar interdoktervariatie, zoals ook bij Spanjer, is dat beoordelaars dezelfde informatie aangeboden krijgen en vervolgens onderzocht wordt of beoordelaars tot hetzelfde oordeel komen. De vraag is echter altijd in hoeverre in de werkelijkheid de resultaten van de beoordeling van functionele mogelijkheden door verzekeringsartsen systematisch verschillen en of zulke verschillen samenhangen met (gedrags)kenmerken van de verzekeringsartsen.

In twee artikelen doen we verslag van dit onderzoek. In dit artikel staat een vragenlijstonderzoek onder de verzekeringsartsen en de toetsing van een model van beoordelingsgedrag van verzeke-

## SAMENVATTING

Onderzocht is het beoordelingsgedrag van verzekeringsartsen. Nagegaan is hoe Attitude, Sociale Norm, Eigen Effectiviteit (ASE-model) en Intentie samenhangen met het zelfgerapporteerde gedrag van verzekeringsartsen met betrekking tot het proces (Gedrag-proces) en de inhoud van de beoordeling (Gedrag-beoordeling), rekening houdend met hun Kennis en ervaren Barrières.

Het model is geschat op basis van 231 ingevulde vragenlijsten (respons 51%).

Verzekeringsartsen zijn overwegend zeer gemotiveerd voor hun werk. 73% ervaart het merendeel van hun cliënten als moeilijk.

Niet alle theoretisch verwachte relaties zijn significant. We vonden bijvoorbeeld geen direct effect van Attitude op Intentie. Wel vonden we een positief direct effect van Attitude op Gedrag-proces en op Gedrag-beoordeling, en een negatief direct effect van Intentie op Gedrag-proces in het model met een goede fit.

ringsartsen centraal. In het tweede artikel koppelen we, voor de verzekeringsartsen die daartoe toestemming gaven, de feitelijke beoordelingen aan de variabelen van dit model. We gaan na of er sprake is van systematische variatie in beoordelingen en of dat verklaard kan worden uit (de concepten in) het model. Op deze wijze is interdoktervariatie nog niet eerder onderzocht binnen de verzekeringsgeneeskunde.

## METHODE

### Ontwikkeling van het conceptueel model

Arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen door verzekeringsartsen zien we als gedrag. Gedrag dat verklaard kan worden vanuit de relatie tussen attitudes en gedrag,<sup>2</sup> het zogenoemde ASE-model dat de concepten 'Attitude – Social Norm – Self-Efficacy' met gedragsintentie en gedrag verbindt.<sup>3</sup> Naast deze drie determinanten van intentie en gedrag spelen de factoren 'Kennis' en 'Barrières' een rol. Een verantwoording over de ontwikkeling van het conceptueel model weergegeven in figuur 1, is elders te vinden.<sup>4</sup> Onderstaand geven we een korte toelichting op dit conceptueel model:

#### Attitude

I De werkmotivatie in de vorm van arbeidsvredigheid.

Drs. J.J.M. Besseling is sociaal wetenschapper en was ten tijde van het onderzoek senior onderzoeker bij TNO.

Dr. A.J.M. Schellart is sociaal wetenschapper en senior onderzoeker bij de afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VU medisch centrum en het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde van AMC-UMCG-UWV-VUmc (KCVG).

Dr. R. Steenbeek is onderzoeker bij TNO.

Dr. H. Kroneman, MHCM, is verzekeringsarts, medisch adviseur UWV.

#### CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: janbes32@gmail.com.

VERZEKERINGS-  
ARTSEN,  
ZELFGERAPPORTEERD  
BEOORDELINGS-  
GEDRAG,  
WAO/WIA,  
STRUCTUURMODEL  
VOOR  
BEOORDELINGS-  
GEDRAG

## SUMMARY

### A study of the assessment behaviour of insurance physicians

Inter-doctor variation in claim assessments is undesirable. The research question of this study is how the concepts of Attitude, Social Norm, Self-Efficacy and Intention (ASE-model) shape the behaviour that insurance physicians themselves report with regard to the process of the occupational disability assessment (Behaviour-process) and its content (Behaviour-assessment), while taking into account the factors of Knowledge and Barriers.

Data from a questionnaire completed by 231 insurance physicians (response 51%) formed the basis for the estimation of a structural model.

Some results are that insurance physicians are motivated for their work, though 73% experience the majority of their clients as complex. We did not find all theoretically expected direct effects. For example, there was no direct effect of Attitude on Intention. We did, however, find that Attitude had a positive direct effect on Behaviour-process and Behaviour-assessment and that Intention had a negative direct effect on Behaviour-process in a well-fitted model.

*Note: for English publications on this subject see: Steenbeek et al.<sup>4</sup> and Schellart et al.<sup>18</sup>*

- De rechtvaardigheid van het systeem van sociale zekerheid en de WIA.<sup>5,6</sup>
- De ervaren kwaliteit van de beoordeling, het belang dat de verzekeringsarts hecht aan het ontwikkelen van vaardigheden en bijscholing, de aansturing door leiding en management, het ontwikkelen en gebruiken van protocollen en richtlijnen en het bijhouden van het dossier.<sup>7,8</sup>
- De hersteltijd en persoonlijke omstandigheden van de cliënt en het nastreven van een goede relatie met de cliënt.<sup>7,9</sup>

#### Sociale Norm

- Het belang dat verzekeringsartsen bij de uitoefening van het beroep hechten aan de mening van anderen zoals UWV, overheid,

Aan dit vragenlijstonderzoek hebben 231 verzekeringsartsen (51%) meegewerkt.

Verzekeringsartsen zijn overwegend zeer gemotiveerd voor hun werk.

Het management van UWV wordt wel als normstellend voor de productie, maar niet als ondersteunend voor kwaliteit ervaren.

De concepten van het zogeheten ASE-model beschrijven het beoordelingsgedrag van verzekeringsartsen, al lopen sommige relaties anders dan verwacht.

beroepsorganisatie, vrienden, familie en collega's.<sup>5,10</sup>

#### Eigen Effectiviteit

- Het geloof over eigen mogelijkheden en kwaliteiten om een taak te realiseren.<sup>11</sup>

#### Barrières

- De werkdruk, autonomie, beslissingsbevoegdheid en emotionele uitputting.
- De cultuur op het kantoor en de kwaliteit van de sturing.
- 'Moeilijke' groepen cliënten,<sup>5</sup> moeilijk objectieerbare aandoeningen.<sup>12</sup>

#### Kennis en Informatie

- Of de verzekeringsarts voldoende medische kennis, medische informatie, informatie van de bedrijfsarts en informatie van derden heeft.

#### Intentie

- Belang van vaststellen van de belastbaarheid en ziekteoorzaak en van het bevorderen van herstelgedrag en zelfinzicht van de cliënt.<sup>12-14</sup>
- Belang van gezondheidsklachten, een intern consistent en plausibel verhaal van de cliënt.
- Belang van kansen op de arbeidsmarkt en van de thuissituatie.

#### Gedrag-proces

- Kernelementen uit de gespreksmodellen,<sup>15</sup> zoals: wie heeft regie over het gesprek (arts of cliënt), of de arts een vaste volgorde van vragen hanteert.
- Stijl van conflicthantering als er een meningsverschil is met een cliënt.
- Toewijding (onderdeel van bevlogenheid met het werk).<sup>16</sup>

#### Gedrag-beoordeling

- Het vaststellen van Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM).
- Het aangeven van de functionele mogelijkheden.
- Het verwerven van informatie tijdens het beoordelingsgesprek.

#### Onderzoeksopzet en uitvoering

De concepten en achtergrondkenmerken uit het model zijn uitgewerkt tot een vragenlijst voor verzekeringsartsen. In een pilotonderzoek hebben twee verzekeringsartsen hardop denkend de vragenlijst ingevuld om te testen of de vragen correct werden begrepen, en twee anderen om de tijdsduur te bepalen van het invullen.

In maart 2008 is door UWV aan 750 verzekeringsartsen werkzaam bij UWV de vragenlijst verzonden naar hun huisadres met het verzoek de vragenlijst ingevuld terug te sturen naar TNO. Niet al deze artsen behoorden tot onze doelgroep: die bestond uit 450 verzekeringsartsen. Inclusiecriteria werden in de begeleidende brief vermeld: in actieve dienst bij UWV in mei 2008 en (her)beoordelingen voor WAO of WIA uitgevoerd hebben in 2007 of eerder.

### Opzet van analyses

De antwoorden van de verzekeringsartsen zijn gebruikt om vast te stellen welke concepten uit de vragenlijst voor verdere analyses geschikt zijn. Op alle items is een factoranalyse dan wel een homogeniteitsanalyse uitgevoerd met SPSS 15 om betrouwbare variabelen (schalen, respectievelijk dimensies) te verkrijgen.<sup>4</sup>

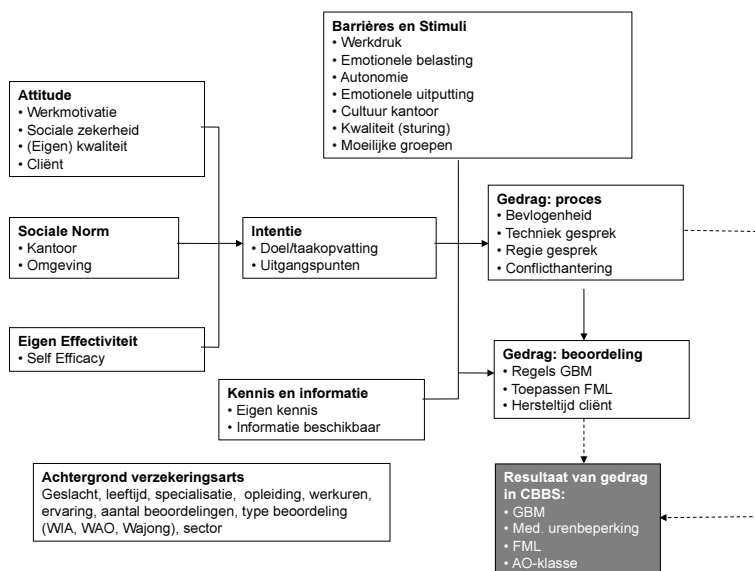
Per ASE-concept is daarna een passend 'meetmodel' bepaald: daarbij 'laadt' het desbetreffende ASE-concept als niet-waarneembare variabele op de waargenomen variabelen. Vervolgens is voor elke verzekeringsarts met de significante ladingen de score op het desbetreffende ASE-concept berekend. Met die scores als geobserveerde variabelen zijn de verdere analyses uitgevoerd in een zogenoemd 'structuurmodel': daarin worden de relaties tussen deze gemeten ASE-concepten geschat. Gestart is met een model met de theoretische relaties zoals in figuur 1 geschetst. In een aantal stappen is daarna het finale model geschat. Deze exercities zijn uitgevoerd met Lisrel 8.2.<sup>17</sup> Details van deze analysestappen zijn elders gepubliceerd.<sup>18</sup>

## RESULTATEN

### Respons en achtergrondkenmerken van de respondenten

De respons bestond uit 231 teruggestuurde vragenlijsten (ongeveer 51% van de doelgroep). Van de 231 verzekeringsartsen gaven er 200 toestemming om hun antwoorden te koppelen aan hun arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in het CBBS. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 50,8 jaar en 41,1% was vrouw. De gemiddelde werktijd per week was 32,5 uur. In de totale populatie verzekeringsartsen was de leeftijd gemiddeld 49 jaar, was 41,7% vrouw en was de gemiddelde werktijd 32 uur per week. Op basis van deze vergelijking is de conclusie dat de groep van respondenten niet afwijkt van alle 750 aangeschreven verzekeringsartsen.

De deelnemende verzekeringsartsen hebben gemiddeld 16,2 jaar werkervaring met arbeidson-

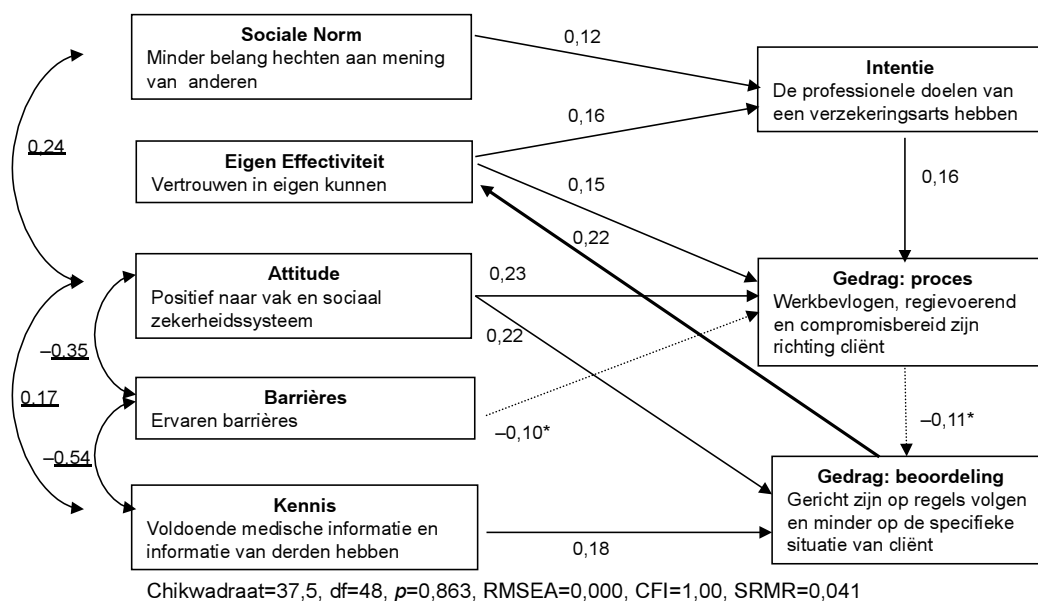


Figuur 1. Het conceptueel model met de onderwerpen per ASE-concept.

geschiktheidsbeoordelingen. Het merendeel, 85,7%, is geregistreerd verzekeringsarts, bijna twee derde werkt meer dan 32 uur per week en gemiddeld worden per week 9,1 beoordelingen verricht.

### Resultaten voor variabelen behorende bij ASE-concepten

De schaalvariabelen die voortkomen uit de factoranalyses zijn weergegeven in tabel 1, de dimensievariabelen uit de homogeniteitsanalyses in tabel 2. Hier gaan we kort op een aantal belangrijke resultaten in. Wat betreft Attitude blijkt dat 78% van de verzekeringsartsen gemotiveerd is voor hun werk, 70% is van mening dat het sociale zekerheidssysteem rechtvaardig is en 53% is positief gestemd over de WIA. De resultaten onder Sociale Norm geven aan dat verzekeringsartsen vooral beïnvloed worden door hun collega's (66%), gevolgd door hun werkgever (43%) en veel minder door de samenleving (10%). Wat betreft Barrières blijkt dat 44% een hoge werkdruk ervaart, bij 20% sprake is van een hoge emotionele belasting, 12% emotioneel vermoeid is en 73% aangeeft dat ze het merendeel van hun cliënten ervaren als moeilijk. Volgens het merendeel beïnvloeden bijscholing en de staf-verzekeringsarts de kwaliteit positief, terwijl slechts 27% van mening is, dat de leidinggevende de kwaliteit bevordert. Wat betreft Kennis vindt minder dan de helft van de artsen dat hij voldoende informatie van de bedrijfsarts ontvangt. Aan de scores voor Intentie zien we dat bijna alle verzekeringsartsen op alle drie onderdelen de intentie hebben om het vak uit te oefenen zoals van hen als professionals wordt verwacht. Bij



Figuur 2. Het finale Lisrel model (n=231).

Voor alle weergegeven coëfficiënten geldt  $p \leq 0,05$  behalve voor de coëfficiënten met (\*)  $p \leq 0,10$ . Onderstreepte coëfficiënten zijn correlaties tussen storingstermen, de andere zijn directe effecten. Alle coëfficiënten zijn gestandaardiseerd. Relaties zijn positief tenzij aangegeven met een minteken (-); df = aantal vrijheidsgraden; p = statistische waarschijnlijkheid; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; CFI = Comparative Fit Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Gedrag-proces, zien we dat driekwart van de artsen 'toegewijd' is, dat zij het doel van het beoordelingsgesprek en de werkwijze beschrijven voor de cliënt, en dat slechts 5% aangeeft 'compromis zoeken' als stijl te hanteren bij een meningsverschil met een cliënt. Bij Gedrag-beoordeling zien we dat 72% van de verzekeringsartsen de regels volgt, 31% van mening is rekening te houden met de cliënt en 63% vaker overlegt met de arbeidsdeskundige wanneer dat niet is voorgeschreven, namelijk in de situatie van 'medisch arbeidsongeschikt' of 'geschikt voor eigen werk'.

### Resultaten meetmodellen ASE-concepten

In figuur 1 zijn de variabelen weergegeven voor ieder theoretisch ASE-concept, voortkomend uit de meetmodellen. Alle schaalvariabelen (zie tabel 1) leverden een statistisch significante bijdrage aan de meetmodellen, van de dimensievariabelen (zie tabel 2) de meeste. We geven hieronder een inhoudelijke duiding voor een hoge positieve score; details zijn weer elders te vinden.<sup>18</sup> De plus-polen (+) van de gemeten ASE-concepten laten zich als volgt omschrijven:

*Attitude*: positieve attitude naar vak en systeem.  
*Sociale Norm*: minder belang hechten aan de mening van anderen, meer sturing naar kwaliteit.  
*Eigen Effectiviteit*: meer vertrouwen in eigen kunnen.

*Barrières*: ervaren van veel barrières.

*Kennis*: voldoende medische kennis en informatie en informatie van derden.

*Intentie*: meer de (te verwachten) professionele houding van een verzekeringsarts hebben.

*Gedrag-proces*: verzekeringsarts is meer bevoegen voor het werk/regie voerend/bereid tot compromis.

*Gedrag-beoordeling*: strengere, regels volgende, op stoornisgerichte verzekeringsarts.

### Resultaten structuurmodel

Het structuurmodel is eerst geschat op basis van het theoretische model voor de ASE-concepten. In een aantal stappen is vervolgens het finale model geschat zoals weergegeven in figuur 2. Daarbij horen eveneens de directe effecten van de achtergronden (exogene variabelen) van de verzekeringsarts op de ASE-concepten in tabel 3. Elders zijn details over het schatten van dit finale structurele model te vinden.<sup>18</sup>

#### Invloed van achtergrondkenmerken op ASE-concepten

Het hebben van een ander medisch specialisme hangt samen met het meer beïnvloed worden door anderen (Sociale Norm), meer Eigen Effectiviteit en minder stringent richtlijngebaseerde, stoornisgerichte aanpak (Gedrag-beoordeling). Een dienstverband voor meer uren hangt ook

samen met minder beïnvloed worden door anderen en meer Eigen Effectiviteit, maar juist met meer stringent beoordelingsgedrag gericht op richtlijn en stoornis en minder met een professioneel verzekeringsgeneeskundige intentie. Het hebben van meer jaren werkervaring als verzekeringsarts gaat samen met een minder positieve attitude naar het beroep en het sociale zekerheidssysteem, het minder beïnvloed worden door anderen, meer Eigen Effectiviteit en met de ervaring dat de beschikbare informatie van derden veelal onvoldoende is. Verzekeringsartsen met cliënten vooral uit de industrie zijn meer op richtlijnen en op stoornis georiënteerd in hun beoordelingsgedrag. Ten slotte, het uitvoeren van vooral WAO-beoordelingen hangt samen met het meer beïnvloed worden door anderen.

#### *Samenhangen en directe effecten tussen de ASE-concepten*

We vinden een positieve samenhang – zie de kromme lijnen in figuur 2 – van Attitude met Sociale Norm en Kennis, en een negatieve met ervaren Barrières. Verder is er een negatieve samenhang tussen Kennis en Barrières.

De directe effecten zijn in figuur 2 weergegeven als rechte pijlen. Meer beïnvloed worden door anderen (Sociale Norm) en meer Eigen Effectiviteit leiden tot een hogere professionele Intentie. Een positieve Attitude naar het beroep en naar het sociale zekerheidssysteem, een hogere Eigen Effectiviteit, weinig ervaren Barrières en een hogere professionele Intentie leiden tot werkbevlogen verzekeringsartsen die regie nastreven en compromisbereid zijn (een toename van Gedrag-proces).

Een positieve Attitude naar het beroep en naar het sociale zekerheidssysteem, en het beschikken over voldoende Kennis en Informatie gaan samen met strengere verzekeringsartsen die regels volgen en stoornisgericht zijn (een hogere score op Gedrag-beoordeling). Een hogere werkbevlogenheid, regie nastreven en compromisbereid zijn (Gedrag-proces) hangt, hoewel zwak, echter samen met minder dat gedrag (Gedrag-beoordeling) tonen.

De fit van het model verbeterde substantieel door het omdraaien van de theoretisch verwachte relatie van Eigen Effectiviteit naar Gedrag-beoordeling. In het uiteindelijke model loopt de relatie van Gedrag-beoordeling naar Eigen Effectiviteit. De verklaarde variantie is 7% voor Intentie, 14% voor Gedrag-proces en 15% voor Gedrag-beoordeling.

## DISCUSSIE

### Belangrijkste resultaten

De respons van de verzekeringsartsen was met ongeveer 50% hoog. We vonden concepten die staan voor Attitude, Sociale Norm, Eigen Effectiviteit, Barrières, Kennis en Intentie. We hebben gedrag verdeeld in twee deelconcepten: het eerste geeft het gedrag weer rond het proces van beoordelen (Gedrag-proces) en het tweede deel het gedrag van het beoordelen (Gedrag-beoordeling). De ASE-concepten zijn hierbij specifiek geoperationaliseerd voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen door verzekeringsartsen. Het was mogelijk om alle concepten uit het ASE-model te schatten in een meetmodel op basis van de onderliggende schalen en dimensies, en hiermee een structuurmodel te schatten met een goede fit. De verklaringskracht van het gevonden structuurmodel is relatief laag. Andere studies vinden gemiddeld 39% voor intentie en 27% voor gedrag.<sup>19</sup>

### Interpretatie

De beschrijvende resultaten laten zien dat verzekeringsartsen zeer gemotiveerd zijn voor hun werk en positief staan tegenover het Nederlands sociale zekerheidssysteem. Slechts de helft denkt echter positief over de WIA. Qua professioneel vakinhoudelijk handelen streven verzekeringsartsen naar een hoge mate van kwaliteit. Ze ervaren stevige emotionele belasting en emotionele uitputting en werkdruk. Bekend is dat deze factoren de kans op gezondheidsklachten en ziekteverzuim vergroten. Van de verzekeringsartsen geeft 73% aan dat zij hun cliënten als moeilijk ervaren, vrijwel gelijk met een soortgelijk onderzoeksresultaat voor 'geneeskundigen, tandartsen en dierenartsen'.<sup>20</sup> De verzekeringsarts voelt zich professioneel gebonden aan de normen en opvattingen van de eigen beroepsgroep. Daarmee worden kaders gesteld aan de discretionaire bevoegdheid: een collega-verzekeringsarts moet tot dezelfde beoordeling kunnen komen (reproduceerbaarheid).

Het management van UWV wordt ervaren als vooral normstellend voor werkprocessen en productie, maar niet als ondersteunend voor de kwaliteit. Dit is geen unieke bevinding maar een illustratie van de problematiek van aansturing van professionals in het algemeen.<sup>21</sup> De resultaten voor Sociale Norm laten zien dat de verzekeringsartsen het meeste belang hechten aan de mening van hun collega-beroepsgeenoten. Veel verzekeringsartsen zijn van mening dat de kwaliteit van hun beoordelingen positief beïnvloed wordt door goede samenwerking met collega's, bijscholing



en overleg, en begeleiding door staf-verzekeringsartsen. Veel verzekeringsartsen scoren hoog ten aanzien van het volgen van regels tijdens de beoordeling zodat een 'fair trial' mogelijk is. Slechts weinig verzekeringsartsen geven aan dat ze bij conflicten ervoor kiezen om een compromis te zoeken. Dat zou mogelijk in hun denken afbreuk doen aan hun onafhankelijke professionaliteit en de vereisten van een 'fair trial'. De Boer benadrukt dat in Nederland de eis van een 'fair trial' ook een centraal onderdeel is van de kwaliteit van de claimbeoordeling.<sup>22</sup>

## CONCLUSIE EN VERVOLG

Ondanks de vele gemeten variabelen, schalen en dimensies, kan veel van de variantie van het zelfgerapporteerde beoordelingsgedrag in ons onderzoek niet verklaard worden met het structurele model. De onderliggende 48 factoren en dimensies zijn echter statistisch gezien valide en betrouwbaar gebleken. De hierop gebaseerde meetmodellen voor de ASE-concepten zijn ook zodanig goed, dat ze in de vervolganalyse kunnen worden opgenomen. In het volgende artikel in dit TBV gaan we na of en hoe de gemeten concepten uit het ASE-model samenhangen met systematische verschillen in beoordeling van onder andere (duurzame) functionele mogelijkheden van cliënten, zoals de verzekeringsarts die heeft aangegeven in het CBBS in het al dan niet toekennen van een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering.

## NOOT

Het onderzoek is uitgevoerd door Romy Steenbeek en Jan Besseling (TNO), Ton Schellart en Han Anema (VUmc) en Henny Mulders en Herman Kroneman (UWV) met subsidie van Stichting Instituut GAK.

Dit TBV-artikel is gebaseerd op twee eerder verschenen Engelstalige artikelen (zie literatuurverwijzing 4 en 18).

*Het onderzoeksproject werd gefinancierd door Stichting Instituut Gak.*

*Aanvullende financiering kwam van TNO Werk en Gezondheid en van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde AMC-UMCG-UWV-VUmc.*

*Er zijn door de auteurs geen belangenconflicten gemeld.*

## LITERATUUR

1. Spanjer J, Krol B, Groothoff JW. Inter-rater reliability in disability assessment based on a semi-structured interview report. *Disabil Rehabil* 2008; 30: 1885-1890.
2. Croon NHTh, Langius SWTh. Arbeid en gezondheid: een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk bij de bedrijfsverenigingen. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1993.
3. Vries H de, Backbier E, Kok GJ, Dijkstra M. Measuring the impact of social influences on smoking onset in a longitudinal study: an integration of social psychological approaches. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25: 237-257. (Zie ook Johannes Brug, Patricia van Assema, Lilian Lechner, Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. 2007; 356 pp.).
4. Steenbeek R, Schellart AJM, Mulders HPG, et al. The development of instruments to measure the work disability assessment behaviour of insurance physicians. *BMC Public Health* 2011; 11: 1.
5. Besseling JJM, Bockting AJV, Franquinet JMWA, Sprenger WJ. Evaluatie stelselherziening. Amsterdam: GMD, 1990.
6. Willems JHBM, Kroneman H. Arts of advocaat? Nieuwe WAO verandert de rol van verzekeringsarts. *Med Contact* 2003; 58: 337-340.
7. Van Deursen CGL. Claimbeoordeling WAO: het handelen van verzekeringsartsen in de praktijk. Amsterdam: Lisv, 2000.
8. Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil* 2002; 24: 727-733.
9. Spanjer J. Tien stellingen rond herstelgedrag. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 1999; 7: 233-235.
10. Goor AG van de. Effects of regulation on disability duration. Proefschrift. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997.
11. Scholtz U, Gutierrez Dona B, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a Universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Eur J Psychol Assess* 2002; 18: 242-251.
12. Boer WEL de, Croon NHTh, Toorn M van der, Csánky-Achilles HW. Enquête Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 1996; 4: 98-104.
13. Spanjer J. De reproduceerbaarheid van WAO-beoordelingen, een literatuuronderzoek. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2002; 10: 195-198.
14. Spanjer J. Voorbeelden: Een hulpmiddel om de ernst van de beperkingen te beoordelen. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2002; 10: 109-111.
15. Boer WEL de, Wijers J, Spanjer J, et al. Gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2006; 14: 17-23.
16. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and emotional exhaustion: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002; 3: 71-92.
17. Jöreskog KG, Sörbom D. Interactive Lisrel (version 8.72). Lincolnwood (IL): Scientific Software International Inc., 2004.
18. Schellart AJM, Steenbeek R, Mulders HPG, et al. Can the disability assessment behaviour of insurance physicians be explained? Applying the ASE-model. *BMC Public Health* 2011; 11: 576.
19. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol* 2001; 40: 471-499.
20. Koppes LLJ, Vroome EMM de, Mol MEM, et al. Nationale Enquête Arbeidsonstandigheden 2008. Hoofddorp: TNO, 2009.
21. Weggemans M. Leiding geven aan professionals? Niet doen! Schiedam: Scriptum, 2008.
22. Boer WEL de. Quality of evaluation of work disability. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 2010.

De tabellen 1 tot 3 vindt u als digitale pagina's op de website van TBV ([www.tbv-online.nl](http://www.tbv-online.nl)) onder de knop 'TBV 2013 digitale pagina's 59 en 60'. De laatste pagina van dit artikel is 60.

BIJLAGE

**Tabel 1 t/m 3 behorend bij het artikel Onderzoek naar het beoordelingsgedrag van verzekeringsartsen, door Jan Besseling, Ton Schellart, Romy Steenbeek, Herman Kroneman**

<b>Tabel 1</b>								
Resultaten voor de schaalvariabelen (n=231)								
ASE	Schaal	# items	% ja/ hoog <sup>1</sup>	Theor. max <sup>2</sup>	Mediaan	Gemiddelde	sd	Cronbach's alpha
Attitude								
	Werkmotivatie	3	78	15	12	11,41	2,51	0,875
	Positieve mening WIA	5	53	25	16	15,98	3,63	0,797
	Sociale zekerheid rechtvaardig	5	70	25	17	17,43	3,25	0,636
	Kwaliteit: ontwikkelen vaardigheden belangrijk	5	99	25	22	22,11	2,27	0,648
	Kwaliteit: ondersteuning leiding belangrijk	3	68	15	11	10,46	2,32	0,643
Sociale Norm								
	Mening (voornamelijk) UWV belangrijk	6	43	24	15	15,01	2,75	0,697
	Mening collega's belangrijk	5	66	20	14	13,40	2,36	0,679
	Mening maatschappij belangrijk	3	10	12	6	5,77	1,53	0,560
Eigen Effectiviteit								
	Eigen Effectiviteit	10		40	32	32,81	4,21	0,908
Barrières								
	Werkdruk	4	44	16	10	10,18	2,06	0,771
	Emotional workload	3	20	12	6	6,38	1,42	0,702
	Autonomie	4	61	16	11	10,96	2,65	0,724
	Emotionele uitputting	5	12	25	10	10,79	3,97	0,892
	Kantoorcultuur: goede samenwerking	8	83	40	30	29,62	5,65	0,900
	Kantoorcultuur: voldoende medezeggenschap	4	20	20	10	9,78	3,25	0,814
	Kwaliteit: invloed bijscholing en overleg bevorderend	2	97	6	6	5,90	0,38	0,665
	Kwaliteit: invloed staf-va bevorderend	2	80	6	6	5,38	0,89	0,675
	Kwaliteit: invloed leidinggevende bevorderend	2	27	6	4	4,03	1,05	0,647
	Veel moeilijke cliënten	8	73 <sup>3</sup>		16	15,62	2,82	0,675
Kenniss								
	Voldoende informatie van de bedrijfsarts	3	44	12	7	7,20	1,33	0,769
Intentie								
	Doel/taakopvatting	4	94	20	17	16,71	2,77	0,852
	Uitgangspunten: belastbaarheid	6	99	30	28	27,03	2,75	0,809
	Uitgangspunten: cliëntverhaal	4	97	20	18	17,37	2,17	0,727
Gedrag-proces								
	Toewijding	4	73	20	14	13,94	2,74	0,874
	Techniek gesprek: doel en werkwijze beschrijven	2	84	8	7	6,71	1,15	0,594
	Conflicthantering: compromis zoeken	7	5	35	15	15,57	3,46	0,733
Gedrag-beoordeling								
	GBM: regels volgen	2	72	8	6	6,09	1,23	0,734
	FML: rekening houden met cliënt	5	31	25	14	14,16	2,47	0,566
	FML: overleg met ad	2	63	10	8	7,09	2,00	0,761

<sup>1</sup> % ja/hoog = % van respondenten wier score boven het theoretische schaal midden ligt of het % van respondenten dat gemiddeld antwoordt 'het er (totaal) mee eens te zijn', 'het (erg) belangrijk te vinden' of 'vaak of altijd' antwoordt.

<sup>2</sup> Het theoretisch maximum van de schaal.

<sup>3</sup> Het percentage verzekeringsartsen dat het merendeel van hun cliënten als moeilijk classificeert.

**Tabel 2**Resultaten voor de dimensievariabelen<sup>a</sup> (n=231)

	# items	Min	Max	Mediaan	Gemiddelde*	Sd*	Eigen waarde
<b>Attitude</b>							
Hersteltijd: cliënt heeft na werk nog energie over*	6	-2,50	1,79	-0,0784	0,00	1,00	0,254
Hersteltijd: goede relatie cliënt*	6	-3,36	2,07	0,0931	0,00	1,01	0,188
<b>Sociale Norm</b>							
Sturing op kwantiteit i.p.v. kwaliteit	4	-1,44	1,70	-0,0953	0,00	1,00	0,489
Sturing op productie en uitkomsten	4	-1,16	4,03	-0,1753	0,01	1,00	0,371
<b>Barrières</b>							
Kwaliteit: invloed wetgeving en reorganisaties niet belemmerend	4	-1,75	2,13	-0,0833	0,00	1,02	0,352
Kwaliteit: invloed richtlijnen niet belemmerend en productie-eis niet bevorderend*	4	-1,25	2,90	-0,6381	0,01	1,02	0,269
<b>Kennis</b>							
Onvoldoende kennis hebben, opvragen en gebruiken	8	-2,65	2,20	0,0174	-0,01	1,02	0,231
Onvoldoende medische informatie en kennis*	8	-2,77	1,80	0,0751	0,00	1,01	0,173
RIV vult medische informatie aan	8	-2,67	2,77	-0,0985	0,00	1,01	0,154
<b>Gedrag-proces</b>							
Regie gesprek: cliënt bepalend	6	-1,66	2,46	-0,2199	0,00	1,00	0,263
Gesprek: nagaan belemmeringen*	6	-1,32	3,09	-0,4262	0,00	1,00	0,214
Gesprek: ingaan op cliënt	6	-2,32	2,61	-0,0496	0,00	1,00	0,170
Conflicthantering: confrontatie aangaan*	8	-1,91	2,63	0,0086	0,00	1,00	0,235
Conflicthantering: tegenstellingen dempen*	8	-1,92	2,87	-0,1829	0,00	1,00	0,209
<b>Gedrag-beoordeling</b>							
FML en hersteltijd: streng/formalistisch*	6	-9,13	1,82	0,0851	-0,07	1,27	0,292
FML en hersteltijd: stoornissen	6	-8,94	2,27	0,0507	-0,28	1,65	0,288
Cliëntbenadering: betrokken bij en tijd voor	8	-2,24	2,25	-0,0536	0,00	1,00	0,263
Cliëntbenadering: tijd voor dagverhaal en rapportage*	8	-2,68	1,58	0,0614	0,00	1,00	0,178
Cliëntbenadering: te weinig tijd, wel betrokken*	8	-7,66	2,74	-0,2466	-0,07	1,23	0,168

<sup>a</sup> Deze dimensievariabelen zijn geschat als *Homals object scores*.

\* Dimensies met \* zijn in een latere analysestap afgevalen omdat ze onvoldoende aan het meetmodel van het desbetreffende ASE-concept bijdragen.

**Tabel 3**

Finale model, gestandaardiseerde directe effecten van exogene variabelen op endogene variabelen (n=231)

	Endogene variabelen							
	Attitude	Sociale Norm	Eigen Effectiviteit	Barrières	Kennis	Intentie	Gedrag-proces	Gedragbeoordeling
<b>Exogene variabelen</b>								
Med spec		0,12 <sup>#</sup>	0,15*					-0,13*
Werkuren per week		-0,13*	0,13*			-0,19**		0,17**
Jaren ervaring als va	-0,14*	-0,13*	0,21**		-0,12*			
Industrie								0,17**
Winkelbedrijf								-0,13*
WAO		0,18**						
R <sup>2</sup> -structural equation	0,018	0,078	0,109	0,000	0,014	0,071	0,137	0,150

Med spec = aanvullend medisch specialisme; Industrie = substantieel deel van cliënten is afkomstig uit industriële sector; Winkelbedrijf = substantieel deel van cliënten is afkomstig uit winkelbedrijf; WAO = meeste arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen voor WAO.

<sup>#</sup> =  $p \leq 0,10$ ; \* =  $p \leq 0,05$ ; \*\* =  $p \leq 0,01$ .