Maastricht University

Psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid

Citation for published version (APA):

Lancée, W. H. J. (1988). *Psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. https://doi.org/10.26481/dis.19881125wl

Document status and date:
Published: 01/01/1988

DOI:
10.26481/dis.19881125wl

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 18 Apr. 2024

PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK INZAKE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEID

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. F.I.M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen op vrijdag 25 november 1988
om 14.00 uur

door

Wilhelm Heimen Jorgen Lancée

geboren te Amersfoort in 1948

1988
Druk: Krips Repro Meppel

Promotor: Prof.Dr. J.J.C.B. Bremer
Co-promotor: Dr. N.H. Groenman

Beoordelingscommissie: Prof.Dr. Tj. de Boorder (voorzitter)
Prof.Dr. E.P. de Jong (Vrije Universiteit)
Prof.Dr. M.A.J. Romme
Prof.Dr. M. Timmer (Universiteit van Amsterdam)
Prof.Dr. F.C.B. van Wijmen

"There are no disabled people,
only people..." (Viscardi, 1957)

Aan mijn ouders, Marjan en Lize

Uitgave: Psychologisch Adviesbureau Lancée B.V.
Scharlo 47 Torenlaan 1
1815 CN Alkmaar 9401 HN Assen
tel. 072-123923 tel. 05920-12722

Omslagtekening: J.W. Lancée

Gedrukt bij: Krips Repro Meppel, 1988

VOORWOORD

Op deze plaats wil ik allen danken voor de medewerking, de ondersteuning en het begrip, die zij mij direct en indirect hebben gegeven bij de totstandkoming van dit proefschrift.
Mijn dank gaat in de eerste plaats uit naar mijn promotor, prof.dr. J.J.C.B. Bremer. Joost, je vele kritische en constructieve kanttekeningen bij het manuscript zijn onontbeerlijk geweest. Ze betekenden voor mij, dat je in de mogelijkheid geloofde een retrospectief veldonderzoek, met al zijn methodologische voetangels en klemmen, een zodanig wetenschappelijk karakter te geven dat het aan de eisen van een proefschrift zou kunnen voldoen.
Daarnaast ben ik evenzoveel dank verschuldigd aan mijn co-promotor, dr. N.H. Groenman. Nico, je was degene die iedere keer op de juiste momenten aanwezig was, dan wel van je liet horen om mij te motiveren door te gaan met het onderzoek en de beschrijving ervan.

Vervolgens gaat mijn dank uit naar drs. F.W.J. Otten voor zijn statistische creativiteit en analyses, naar drs. J.H.M. van Houtem voor de statistische verwerking van het onderzoeksmateriaal en naar dr.ing. J.A. Schuerman voor zijn methodologische puntjes op de i.

Zonder de medewerking van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP), het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK) en de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) zou het onderzoek niet mogelijk zijn geweest.
Voor deze medewerking ben ik deze instanties erkentelijk en bedank ik bij dezen in het bijzonder voor hun bijdragen (in alfabetische volgorde): drs. R. van den Brand, adviserend geneeskundige ABP, drs. D.B. Kagenaar, medisch adviseur GAK, drs. G.B.M. Nagel, districtsverzekeringsgeneeskundige GMD, dhr. M. Passieux, hoofd stafbureau uitvoerende dienst GMD, drs. D. de Pater, voorheen medische adviseur GAK, mw. dra. M.L. Schipper-Kunz, adviserend geneeskundige GAK, dhr. B.J. Schouten, districtsarbeidsdeskundige GMD, drs. J.H.W.A. Schouten, districtsverzekeringsgeneeskundige GMD en dhr. A.J. Steenbergen, hoofdarbeidsdeskundige ABP.

Tevens ben ik voor hun kritische kanttekeningen dank verschuldigd aan mr. drs. M.W.P.J. Pompe, jurist en medisch adviseur Bedrijfsvereniging voor de gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen (BVG), en drs. B. Vos, directeur Bedrijfsvereniging voor detailhandel, ambachten en vrouwen (Detam).

De vooronderzoeken, zoals deze zijn verricht door de verzekeringsgeneeskundigen drs. R. Smitshuijzen (Talmapenning, 1986) en drs. A. Wehman, zijn niet alleen van belang geweest voor het verzamelen van de verzekeringsgeneeskundige gegevens voor deze studie, maar hebben voor beiden tot een scriptie geleid in het kader van de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige.

Van eminent belang is de wijze geweest, waarop de medewerkers van mijn bureau te Alkmaar en Assen mij de gelegenheid hebben gegeven dit proefschrift te schrijven, terwijl zij op respectabele wijze de voortgang van de dagelijkse werkzaamheden hebben verzorgd.

Naar de collega's drs. G. Kraaijenbrink en drs. J.H. Poelstra gaat mijn waardering uit voor hun inhoudelijke becommentariëring van het manuscript.

Voor de taalkundige correcties bedank ik mw. drs. H.M. Lancée-Marco en mijn echtgenote M.A.F. Lancée-van Gestel, als ook dhr. E. Hoeksma voor zijn Engelse vertaling van de samenvatting.

Een bijzonder dankwoord gaat uit naar mw. H. van Braam-Groot, mijn secretaresse, die naast haar 'gewone werk' de uiterste zorg heeft gedragen voor zowel de tekstverwerking als de lay-out. Hanneke, hiervoor ben ik je zeer erkentelijk.

Een belangrijke stimulans heb ik dagelijks ondervonden van mijn toen nog 4-jarig dochtertje Lize, die mij in de periode dat het manuscript moest worden geschreven iedere ochtend om 5 uur heeft geroepen met: "Pappa kom, we moeten aan het werk!", waarop ze, terwijl ik het manuscript schreef, bij mij ging zitten tekenen.
Zijn arbeidsethos en creativiteit dan toch erfelijk of is het een kwestie van 'modelling'?
In ieder geval laat mijn vader als ontwerper van de omslagtekening zien, dat een hoog arbeidsethos en creativiteit goed kunnen samengaan. Ook inhoudelijk is dit proefschrift daarvan een illustratie.

West-Graftdijk, 1988

INHOUD

		blz.
OVERZICHT VAN SCHEMA'S, TABELLEN, FIGUREN EN GRAFIEKEN		I
1.	INLEIDING	5
	1.1 Doel en opbouw van de studie	5
	1.2 Het niet-strafrechtelijke forensisch psychologische referentiekader	10
	1.3 Globale probleemstelling	14
	1.4 Vraagstellingen	21
2.	ARBEIDSONGESCHIKTHEID	23
	2.1 Psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek vanuit historisch perspectief	23
	2.2 De arbeidsongeschiktheidswetten	28
	2.2.1 Geschiedenis van de arbeidsongeschiktheidswetten	28
	2.2.2 Huidige arbeidsongeschiktheidswetten	32
	2.3 Algemene praktijkgang bij de advies- en uitvoerings-organen van de arbeidsongeschiktheidswetten	37
	2.4 Beroepsmogelijkheden en rechtsgang	46
	2.5 Overzicht van de procesgang bij de arbeids(on)geschikt-heidsbeoordeling	48
3.	ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN PSYCHISCHE STOORNISSEN	53
	3.1 Arbeidsongeschiktheid in relatie tot ziekte en gebrek	53
	3.2 Arbeidsongeschiktheid in verband met psychische stoor-nissen	57
	3.3 Arbeidsongeschiktheid onder invloed van maatschappelijke en bedrijfsstructurele ontwikkelingen	62
	3.4 Arbeidsongeschiktheid en iatrogene invalidering	68
	3.5 Arbeidsongeschiktheid en psychologische persoonskenmerken	70
4.	PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSDIAGNOSTIEK	73
	4.1 Theoretische achtergronden	73
	4.2 Indicatiestellingen voor psychologisch onderzoek	83
	4.3 Protocol voor psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)-geschiktheid	85
	4.3.1 Voorbereiding voor het onderzoek	85
	4.3.2 De anamnese	87
	4.3.3 Het psychometrisch onderzoek	89
	4.3.4 Het psychologisch beoordelingsproces en advies	91
	4.3.5 Nabespreking en rapportage	96

5. HET ONDERZOEK: OPZET EN UITVOERING 101

5.1 Specificering van de probleemstelling 101
5.2 Onderzoeksvragen 104
5.3 Vorm en structuur van het onderzoek 107
5.4 Onderzoeksinstrumenten 110
5.5 Overzicht van de verklarende variabelen en de criterium-variabele 111
5.6 Onderzoekspopulatie 114
5.6.1 Verdeling naar geslacht 117
5.6.2 Verdeling naar leeftijd 119
5.6.3 Verdeling naar opleidingsniveau 122
5.7 Methode van data-verzameling 125

6. RESULTATEN EN DISCUSSIE 127

6.1 De verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheids-adviezen 128
6.1.1 Discussie 134
6.2 (Dis)congruentie van de psychologische arbeids(on)-geschiktheidsclassificaties en de beslissingen van de opdrachtgevers 136
6.2.1 Discussie 139
6.3 Overzicht van het aantal beroepszaken 143
6.3.1 Discussie 143
6.4 Overzicht van de (on)gegrondverklaringen van 'voor beroep vatbare beslissingen' 145
6.4.1 Discussie 145

6.5 Predictieve waarde van de enkelvoudige psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties 151
6.5.1 Discussie 155
6.6 Predictieve waarde van de enkelvoudige psychologische persoonskenmerken met betrekking tot het advies-overnamebeleid van de opdrachtgevers 155
6.6.1 Discussie 158
6.7 Predictieve waarde van de enkelvoudige pychologische persoonskenmerken met betrekking tot de beroepszaken 159
6.7.1 Discussie 161
6.8 Predictieve waarde van de enkelvoudige psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de (on)gegrond-verklaringen 162
6.8.1 Discussie 162

6.9 Predictieve waarde van de combinatie van psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties 163
6.9.1 Discussie 172
6.10 Predictieve waarde van de combinatie van psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de beslissingen van de opdrachtgevers 175
6.10.1 Discussie 177

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 179

7.1 Voorlopige beslissingsregels voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek 179
7.2 Een psychometrisch onderzoeksinstrumentarium voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek 184
7.3 Vervolgonderzoek 186
7.4 Opleiding en bijscholing 189
7.5 Slotbeschouwing 189

SAMENVATTING 193

SUMMARY 199

LITERATUUR 205

BIJLAGEN 223

A. Aantal uitkeringsgerechtigden op 31 december naar diagnose van 1981 tot en met 1985 (GMD Jaarverslag 1985) 224
B. Het aantal blijvend arbeidsongeschiktverklaarden bij het ABP in de periode 1981-1985, verdeeld naar ziektecategorie (ABP Jaarverslag 1985) 225
C. Beschrijving van de psychologische persoonskenmerken 226
D. Lijst van afkortingen 235

CURRICULUM VITAE 236

OVERZICHT VAN SCHEMA'S, TABELLEN, FIGUREN EN GRAFIEKEN

blz.

Schema's

Schema 1: Basisstructuur van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadvisering 16
Schema 2: Overzicht huidige sociale verzekeringswetgeving en advies- en uitvoeringsorganen 37
Schema 3: Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling 40
Schema 4: Overzicht van de procesgang bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling 50
Schema 5: Aspecten van de arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek 80
Schema 6: Beslissingsmodel voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling 92
Schema 7: Rapportagemodel van psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid 100
Schema 8: Structuur van het onderzoek 109
Schema 9: Overzicht verklarende variabelen en criterium-variabele 113

Tabellen

Tabel 1: Niveau-indeling van werkzaamheden volgens het ARBI-classificatiesysteem 41
Tabel 2: Overzicht arbeidsongeschiktheidscategorieën en uitkeringspercentages 43
Tabel 3: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar opdrachtgevers 116
Tabel 4: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar geslacht 118
Tabel 5: Verdeling naar leeftijdscategorieën van de onderzoeks- en totale AAW/WAO-uitkeringsgerechtigde populatie met de diagnose 'psychische stoornissen' 120
Tabel 6: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar opleidingsniveau 122
Tabel 7: Percentuele verdeling naar opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie in vergelijking met het totaal aantal uitkeringsgerechtigden volgens de AAW en WAO en de werkende beroepsbevolking 123
Tabel 8: Percentuele verdeling arbeids(on)geschiktheidsadviezen naar leeftijd en geslacht 132
Tabel 9: Percentuele verdeling arbeids(on)geschiktheidsadviezen naar opleidingsniveau en geslacht 133
Tabel 10: Overzicht van aantal werkloze mannen en vrouwen naar scholingsniveau in relatie tot het aantal openstaande vacatures in 1985 135
Tabel 11: Classificatiematrix van psychologische adviezen en beslissingen van de opdrachtgevers betreffende arbeids(on)geschiktheid 137
Tabel 12: Percentuele verdeling van in beroep (BG+) versus niet in beroep (BG-) gegane betrokkenen 143
Tabel 13: Overzicht arbeidsongeschiktheidsschattingen GMD en beroepszaken in Nederland over de periode 1981-1984 144

Tabel 14: Verdeling gegrond en ongegrond verklaarde beroepszaken van op psychologisch advies gebaseerde beslissingen van de opdrachtgevers 145
Tabel 15: Overzicht van het aantal psychiaters en psychologen als adviseurs van de Raden van Beroep in Nederland 150
Tabel 16: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende psychologische persoonskenmerken en psychologische classificatie: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) 153
Tabel 17: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende de categorie betrokkenen met het psychologisch advies arbeidsgeschikt: door de opdrachtgevers overgenomen (OG+) versus niet overgenomen (OG-) adviezen 157
Tabel 18: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende de categorie betrokkenen die in beroep is gegaan (BG+) versus de categorie die niet in beroep is gegaan (BG-) 160
Tabel 19: Overzicht gegrond- en ongegrondverklaringen van de landelijke en de onderzoekspopulatie 163
Tabel 20: Componentenladingen na varimax-rotatie van de verklarende variabelen 165
Tabel 21a: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 1: psycho-emotionele labiliteit 166
Tabel 21b: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 2: verbale intelligentie 166
Tabel 21c: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 3: somatiseren 167
Tabel 21d: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 4: psychopathologie 167
Tabel 21e: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 5: performale intelligentie 168
Tabel 22: Gemiddelden van de variabelen van de componenten en t-toetsbevindingen, verdeeld naar de psychologische classificatie: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) 168
Tabel 23: Het uiteindelijke resultaat van stapsgewijze logistische regressie-analyse met als criterium-variabele de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie en de predictor-variabelen 170
Tabel 24: De odds-ratio's van de relevante predictoren en de overeenkomst met 95% betrouwbaarheidsintervallen 171
Tabel 25: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende psychologische persoonskenmerken van de beslissingen van de opdrachtgevers: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) 176
Tabel 26: Gemiddelden van de variabelen van de componenten en t-toetsbevindingen, verdeeld naar de beslissingen van de opdrachtgevers: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) 177
Tabel 27: Overzicht van de relevante samengestelde componenten en afzonderlijke predictoren als criteria voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie 183

Figuren

Figuur 1: Voorstelling van de balans tussen de draaglast en draagkracht bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling 74
Figuur 2: Percentueel overzicht van de verstrekte arbeids(on)geschiktheidsadviezen volgens categorie I tot en met VI, onderverdeeld naar geslacht 129
Figuur 3: Percentuele verdeling naar geslacht van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen 130
Figuur 4: Percentuele verdeling naar leeftijd van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen 131
Figuur 5: Percentuele verdeling naar opleidingsniveau van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen 132
Figuur 6: Percentueel overzicht van de door de opdrachtgevers wel en niet overgenomen psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen, verdeeld naar adviescategorieën 138

Grafieken

Grafiek 1: Aantal uitkeringsgerechtigden volgens GMD-diagnosecode V: 'psychische stoornissen'; van december 1968, december 1981 tot en met december 1986 59
Grafiek 2: De ontwikkelingen van het verzuimpercentage in Nederland over de periode 1959-1983; mannen resp. vrouwen 118
Grafiek 3: Leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie en de totale populatie AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden volgens GMD Jaarverslag 1984 121
Grafiek 4: Verdeling naar opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie, totaal aantal uitkeringsgerechtigden en werkende beroepsbevolking, volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1987) 124

1. INLEIDING

1.1 DOEL EN OPBOUW VAN DE STUDIE

De laatste jaren worden steeds meer psychologen door verzekeringsgeneeskundigen van de advies- en uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetgeving ingeschakeld om onderzoek te doen naar arbeids(on)geschiktheid (Broekhuis, 1986).
Ondanks de pleidooien van o.a. De Cleen (1985) en Wehman (1986) ontbreekt tot nu toe echter de nodige evaluatie van de betekenis van psychologisch onderzoek voor de verzekeringsgeneeskundige arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.
Voor een zorgvuldige beoordeling van arbeids(on)geschiktheid dient het verzekeringsgeneeskundig oordeel aan een aantal kwaliteitseisen te voldoen (Timmer en Koten, 1984). Daarvoor kan in geval van vermeende psychische problematiek een psychologisch onderzoek noodzakelijk zijn. Tegen deze achtergrond kan de evaluatie van psychologisch onderzoek zich richten op de bijdrage die het levert aan de besluitvorming inzake arbeids(on)geschiktheid door verzekeringsgeneeskundigen.
Naast een zo adequaat mogelijke beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid van betrokkenen is het onder meer de taak van verzekeringsgeneeskundigen om zoveel mogelijk beroepszaken te vermijden, omdat het proces van een beroepsprocedure pathogene elementen bevat en derhalve een invaliderende werking kan hebben (Knepper en Den Ouden, 1988). Op basis daarvan kan vervolgens worden nagegaan in hoeverre mede op psychologisch onderzoek gebaseerde beslissingen van verzekeringsgeneeskundigen tot vermindering van het aantal beroepszaken leiden.
Ingeval er wel sprake is van beroepszaken, is het tenslotte zinvol om te verifiëren in hoeverre de mede op het psychologisch onderzoek gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' (VBVB'en) door de beroepsinstanties ongegrond worden verklaard.
Op deze wijze kan inzicht worden verkregen in de zinvolheid van het inschakelen van psychologen als externe adviseurs voor het verzekeringsgeneeskundig handelen en oordelen.

Verzekeringsgeneeskundigen blijken zich nogal eens door externe deskundi-

gen te laten adviseren, alvorens zij tot een definitieve oordeelsvorming komen (Groothoff, 1981).
In ca. 75% van de 'psychische gevallen' laten verzekeringsgeneeskundigen zich informeren door de betrokken behandelaars en hulpverleners, dan wel vragen zij door middel van een expertise advies aan een psycholoog of psychiater. In ca. 25% van deze gevallen beslissen de verzekeringsgeneeskundigen zelfstandig (De Klerk e.a., 1986).
Op grond van de onderzoeksgegevens van Knepper (1983) uit een analyse van 500 'schattingszaken' voor de Raad van Beroep te Den Haag mag worden verondersteld dat de beroepsinstanties bij psychische problematiek in ongeveer 90% van het totaal aantal te beoordelen gevallen een extern deskundige inschakelen.

De mate waarin door zowel de advies- en uitvoeringsorganen als de beroepsinstanties een beroep wordt gedaan op psychodiagnostisch geschoolde deskundigen geeft aan hoe groot de behoefte is aan specifieke kennis op het gebied van de psychische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.
Tegelijkertijd is er toenemend sprake van kritiek op de adviezen van deze deskundigen (Vanmeulenbroeck, 1982; Timmer en Koten, 1982; Knepper, 1985; Ruijzendaal, 1985; Tilburg en Gerritsen, 1985; Kortmann, 1987; Kabela, 1988).
Een analyse van de kritiek, die vooral de psychiatrische beoordelingen betreft, maar in het algemeen ook van toepassing kan worden geacht op de psychologische beoordelingen, leidt tot de constateringen dat:
- er een gebrek is aan duidelijkheid en inzicht in het beoordelingsproces;
- het ontbreekt aan eenduidige criteria op grond waarvan de oordelen van de deskundigen tot stand komen;
- de beoordelingen en adviezen inhoudelijk nogal uiteenlopen en zelfs dikwijls tegenstrijdig zijn;
- de oordelen niet zijn uitgewerkt in termen van reële resterende arbeidsvermogens (lichamelijke belastbaarheid, psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden).

Mede tegen de achtergrond van deze kritiek wordt bij herhaling gewezen op de noodzaak van standaardisering van het onderzoeksprotocol en op het daarbij gebruik maken van gestandaardiseerde, genormeerde en gevalideerde

psychometrische onderzoeksinstrumenten (Buys, 1984; Knepper, 1987; Koele, 1987; Kabela en Lancée, 1988). Standaardisering van het onderzoeksprotocol heeft in dit verband betrekking op de procedure volgens welke de anamnestische (kwalitatieve) en psychometrische (kwantitatieve) gegevens worden geïnventariseerd om tot een oordeelsvorming inzake de arbeids(on)geschiktheid van betrokkenen te komen.

Een goed gestructureerd onderzoeksprotocol bevordert dat aan alle relevante gegevens aandacht wordt besteed (Farr, 1973). Daarbij verdient het aanbeveling een vaste set van variabelen te gebruiken en bij het verzamelen van deze gegevens een vaste volgorde aan te houden en gebruik te maken van psychometrische onderzoeksmethoden (Roe, 1983).

Psychometrisch onderzoek is een onderdeel van de 'objectiverende psychologie' (Bonarius, 1988), waarbij gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde, genormeerde en gevalideerde onderzoeksinstrumenten. Met psychometrische onderzoeksinstrumenten worden in dit verband wetenschappelijke onderzoeksmethoden bedoeld, waarmee volgens een systematische procedure wordt onderzocht in welke mate er empirisch-theoretisch gedefinieerde psychologische persoonskenmerken bij de onderzochte persoon aanwezig zijn (Drenth, 1975).

Kenmerkend voor psychometrisch onderzoek is dat de onderzoeksopgaven (stimuli) zijn gestandaardiseerd en zodanig in het onderzoek worden gepresenteerd, dat aan de reacties (die dikwijls het karakter van een keuze hebben) gevolgtrekkingen over één of ander persoonskenmerk kunnen worden verbonden.

Bij psychometrisch onderzoek zijn niet alleen de aanbiedingen van onderzoeksstimuli, maar ook het toekennen van scores aan bepaalde reacties aan vaste regels gebonden. Gewoonlijk worden de daardoor verkregen ruwe scores via zogenaamde normen (transformatieformules of tabellen) in gestandaardiseerde scores omgezet. Door gebruik te maken van gestandaardiseerde psychometrische onderzoeksmethoden, waarvan de validiteit en betrouwbaarheid bekend zijn (Visser e.a., 1982), worden onderzoeksbevindingen vergelijkbaar, wordt iedereen aan de hand van zoveel mogelijk dezelfde regels beoordeeld en kunnen analyses van het beoordelingsproces worden gemaakt.

Een analyse van het beoordelingsproces en explicitering van de beslissings-

criteria geeft inzicht in de oordeelsvorming en maakt standaardisering van een onderzoeksprotocol mogelijk.
Door middel van onderzoek kunnen verbeteringen in het onderzoeksprotocol worden aangebracht en kan de samenstelling van de onderzoeksinstrumenten worden bijgesteld. Met duidelijke aanbevelingen en richtlijnen kan een belangrijke stap worden gezet in de richting van meer eenduidigheid in en vergelijkbaarheid van de onderzoeksprotocollen, de psychometrische onderzoeksprogramma's en de verslagleggingen. Dit kan de objectiviteit en rechtsgelijkheid in oordeelsvorming met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid ten goede komen.

Vanuit deze visie richt dit onderzoek zich op de bepaling van de 'instrumentele utiliteit' (De Groot, 1972) ofwel de doeltreffendheid en 'objectiverende' gebruikswaarde van een aantal bestaande psychometrische onderzoeksinstrumenten in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.
Het doel van deze studie kan dan ook worden omschreven als: het maken van een analyse van in de praktijk verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen, waarbij wordt nagegaan:

1e. in welke mate psychometrische onderzoeksbevindingen bijdragen tot de classificatie van arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten;
2e. met behulp van welke psychometrische instrumenten de psychologische oordeelsvorming met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid geobjectiveerd en eventueel verbeterd kan worden.

Daartoe vindt een evaluatie plaats van een aantal psychologische onderzoeken, zoals deze zijn verricht in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving op verzoek van de advies- en uitvoeringsorganen (GAK, GMD en ABP) in de periode 1981 tot en met 1984.

- In de eerste plaats wordt geïnventariseerd welke psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen aan de desbetreffende instanties zijn verstrekt.
- Vervolgens wordt geanalyseerd in welke mate bepaalde psychometrische onderzoeksgegevens een bijdrage leveren aan de psychologische oordeelsvorming (classificaties) inzake arbeids(on)geschiktheid en in het bijzonder hoe op grond van psychometrische gegevens een onderscheid

tussen arbeidsgeschikten en arbeidsongeschikten kan worden gemaakt.
- Ter bepaling van de instrumentele utiliteit van de toegepaste instrumenten wordt nagegaan in hoeverre de desbetreffende psychologische adviezen daadwerkelijk door de opdrachtgevende instanties zijn overgenomen.
- Tenslotte wordt het oordeel van de beroepsinstanties bij deze evaluatie betrokken, voor zover de psychologische adviezen en mede daarop gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' (VBVB'en) van de opdrachtgevers tot beroepszaken hebben geleid.

Op deze wijze kan de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van psychometrische onderzoeksmogelijkheden naar arbeids(on)geschiktheid worden bepaald. Alvorens op de verdere uitwerking hiervan in te gaan, volgt nu eerst een overzicht van de opbouw van deze studie.

Na een korte beschrijving van het niet-strafrechtelijke forensisch psychologische referentiekader waarbinnen psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid plaatsvindt (1.2), eindigt hoofdstuk 1 met de formulering van de globale probleemstelling van deze studie (1.3) en de daaraan gerelateerde onderzoeksvraagstellingen (1.4).
In hoofdstuk 2 wordt vanuit historisch perspectief het ontstaan en de ontwikkeling van de 'sociale verzekeringspsychologie' beschreven (2.1).
Vervolgens wordt een globale beschrijving gegeven van de ontwikkeling van de arbeidsongeschiktheidswetten en worden de actuele wettelijke criteria van arbeidsongeschiktheid aangegeven (2.2). In paragraaf 2.3 komt de werkwijze van de adviserende en uitvoerende instanties met betrekking tot het beoordelen van arbeids(on)geschiktheid aan de orde. Vervolgens wordt kort ingegaan op de beroepsmogelijkheden van degenen die zich niet kunnen verenigen met de mate van vastgestelde arbeidsongeschiktheid (2.4).
Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van de procesgang, zoals deze in het algemeen verloopt bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door respectievelijk de adviserende, uitvoerende en rechterlijke instanties (2.5).
In hoofdstuk 3 wordt het begrip arbeidsongeschiktheid wegens psychische stoornissen in relatie gebracht met de begrippen ziekte en gebrek (3.1). Er wordt een overzicht gegeven van het toenemend aantal mensen dat op grond van psychische stoornissen een uitkering krijgt krachtens de thans

geldende arbeidsongeschiktheidswetten (3.2). Op basis van literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de factoren die op macro-, meso- en microniveau van invloed kunnen zijn op het ontstaan van psychische arbeidsongeschiktheid (3.3 tot en met 3.5).
In hoofdstuk 4 komen de theoretische achtergronden van de psychologisch arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek aan de orde. In aansluiting daarop wordt een overzicht gegeven van de indicatiestellingen voor psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid.
Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van een protocol voor psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid.
Hoofdstuk 5 betreft de beschrijving van de opzet en de uitvoering van het evaluatieve gedeelte van deze studie.
De resultaten van en de discussie over de onderzoeksbevindingen worden in hoofdstuk 6 weergegeven.
In hoofdstuk 7 worden de conclusies uit de onderzoeksbevindingen geformuleerd (7.1 en 7.2) en worden tevens een aantal aanbevelingen gedaan met betrekking tot vervolgonderzoek (7.3) en (post-)doctorale scholing in de sociale verzekeringspsychologie (7.4).
Tot slot (7.5) wordt expliciet aangegeven dat arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische stoornissen niet alleen een individueel persoonsgebonden probleem is, maar tevens is gerelateerd aan maatschappelijke, bedrijfsstructurele en sociaal-economische problemen. Het proefschrift eindigt met een samenvatting in de Nederlandse en Engelse taal.

1.2 HET NIET-STRAFRECHTELIJKE FORENSISCH PSYCHOLOGISCHE REFERENTIEKADER

In algemene zin kan dit evaluatie-onderzoek worden beschouwd als een zogenaamd 'kwalitatief onderzoek' (Van Zuuren, 1987) van een specifieke praktijkgang binnen het niet-strafrechtelijke forensisch psychologische werkveld. Het betreft een analyse van psychologische onderzoeken en adviezen inzake arbeids(on)geschiktheid van wettelijk verplicht verzekerden.

Op grond van de huidige omschrijving van het juridische begrip 'arbeidsongeschikheid', betrekking hebbende op arbeidsonvermogen ten gevolge van

ziekten of gebreken (2.2.2), laat de wet toe dat psychologen worden geraadpleegd in het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.
Deze beoordeling betreft mensen die wegens psychische en/of lichamelijke klachten en symptomen zich niet in staat achten of niet in staat geacht worden om te werken en daarom een beroep doen op een uitkering krachtens de Ziektewet (ZW), respectievelijk de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO).
Zij die voor pensioen verzekerd zijn bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) maken in geval van een blijvende arbeidsongeschiktheid voor hun eigen werk aanspraak op een invaliditeitspensioen (IP) in het kader van de ABP-wet.
In geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid behoudt deze categorie verzekerden het recht op inkomen, in de vorm van salaris, respectievelijk ziekengeld ten laste van de werkgever.
Actief dienende militairen en medewerkers van de Nederlandse Spoorwegen zijn tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd krachtens respectievelijk de Algemene Militaire Pensioenwet (AMP) en de Spoorwegpensioenwet. Ook in het kader van de uitvoering van deze wetten kan een psychologisch arbeids(on)-geschiktheidsonderzoek wenselijk zijn.
Op grond van de samenstelling van de onderzoekspopulatie van deze studie (zie 5.6) wordt alleen nader ingegaan op psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid in het kader van de ZW, AAW, WAO en ABP-wet.

Wat betreft de ZW, AAW, WAO en ABP-wet kan een psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid plaatsvinden in opdracht van respectievelijk de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK) voor een aantal (16) niet zelf-administrerende bedrijfsverenigingen, de zelf-administrerende bedrijfsverenigingen (ZA-BV'en) en het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).
Een dergelijk onderzoek kan tevens worden verricht in opdracht van de beroepsinstanties die belast zijn met de rechtspraak inzake de sociale zekerheidswetgeving: de Raden van Beroep, de Ambtenarengerechten en de Centrale Raad van Beroep.

Psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid ten behoeve van de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving en de sociale verzekerings-

rechtspraak betreft een betrekkelijk recent toepassingsgebied van de voor dit werkveld relevante delen van de klinische, medische, arbeids- en beroepskeuzepsychologie. Gerelateerd aan dit specifieke toepassingsgebied kan er worden gesproken van 'sociale verzekeringspsychologie'. Op grond van het administratief-rechtelijke kader, waarbinnen psychologisch onderzoek van verplicht verzekerden plaatsvindt, ressorteert een dergelijk onderzoek onder de niet-strafrechtelijke forensische psychologie.
Forensisch is afgeleid van 'het forum', de centrale marktplaats waar vroeger recht werd gesproken ten tijde dat de psychologie overigens als wetenschap nog niet bestond (Boon, 1984).
Het actuele forensische aspect van psychologisch onderzoek ligt in de onderbouwing van de juridische beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid van mensen, die daarvoor op grond van vermeende ziekten of gebreken in aanmerking komen.

In het algemeen geldt, dat in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving rechtstreeks door de adviserende, uitvoerende en beroepsinstanties een onderzoek bij een psycholoog kan worden aangevraagd. Alleen in geval van een beroepszaak betreffende geschillen van geneeskundige aard over het al of niet (voort-)bestaan van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van de Ziektewet is de rechter, ingevolge artikel 135 van de Beroepswet, verplicht om advies te vragen aan een vaste medisch-geschoolde deskundige. Aan elke Raad van Beroep zijn vaste deskundigen verbonden, die de hoedanigheid van arts bezitten (Beroepswet, artikel 131). Zij worden telkens voor één kalenderjaar aangesteld op voordracht van de voorzitter van de Raad van Beroep. De benoeming geschiedt door de Minister van Justitie, nadat deze advies heeft ingewonnen bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de geneeskundige hoofdinspecteur van de volksgezondheid (Beroepswet, artikel 132).
Een vaste deskundige kan zich in geval van psychische problemen laten bijstaan door een psycholoog. De psychologische onderzoeksbevindingen worden dan betrokken bij de vaststelling van het advies van de vaste deskundige en daarmee bij de rechterlijke oordeelsvorming.

Ingeval er door de psycholoog als adviserend deskundige rechtstreeks op verzoek van de voorzitter van één der administratieve rechtscolleges een

onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid wordt verricht, is er sprake van een directe relatie met betrekking tot de rechtspleging. Het psychologisch rapport en het advies kunnen in zo'n geval mede de basis voor de oordeelsvorming van de desbetreffende beroepsinstantie vormen.

Voor zover de beslissingen van de advies- en uitvoeringsorganen mede zijn gebaseerd op psychologische adviezen, is er sprake van een indirecte bijdrage aan de rechtspleging inzake de sociale zekerheidswetgeving.
Tegen 'voor beroep vatbare beslissingen', ook die welke (mede) berusten op een psychologisch advies, kunnen betrokkenen bij de administratief-rechtelijke colleges beroep aantekenen.

Hoewel niet als direct betrokken 'partij' heeft de psycholoog, evenals andere adviserende deskundigen, met beroepsprocedures te maken, omdat:
- de advies- en uitvoeringsorganen voor hun 'contra-memorie' in het kader van een beroepszaak een nadere toelichting, motivering en beargumentering van een aan hen uitgebracht advies of commentaar op een 'contra-expertise' door de psycholoog noodzakelijk achten;
- de psycholoog bij een beroepszaak betrokken kan worden wanneer de rechter het noodzakelijk acht om een nadere toelichting op het verstrekte psychologische advies, dan wel commentaar op door derden verricht onderzoek, te vragen.

In het algemeen mag worden verondersteld dat uitspraken van de rechter in dezen een belangrijke invloed kunnen uitoefenen op het adviesbeleid van de psycholoog.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van de plaatsbepaling van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek en de positie van de psycholoog als adviseur van de advies-, uitvoerings- en beroepsinstanties wordt verwezen naar Koenraadt en Pach (1988).
Het onderzoeken en adviseren inzake arbeids(on)geschiktheid binnen het niet-strafrechtelijke forensisch psychologische referentiekader vereist van de deskundige dat hij of zij procedureel en inhoudelijk aan bepaalde eisen, voorwaarden en verwachtingen voldoet. Hierop wordt in hoofdstuk 4 nader ingegaan.

1.3 GLOBALE PROBLEEMSTELLING

Het verrichten van psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid in het kader van de sociale wetgeving vindt plaats op verzoek van instanties die daartoe krachtens de wet zijn bevoegd.
De opdracht tot extern onderzoek van verzekerden door derden wordt vanuit een 'verticale relatie' gegeven (zie Beroepsethiek voor Psychologen; Nederlands Instituut van Psychologen, 1987).
In deze studie zijn de opdrachtgevers verzekeringsgeneeskundigen van de advies- en uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetten.
De werkzaamheden van deze verzekeringsgeneeskundigen hebben als zodanig grotendeels een wetsuitvoerend karakter (Holthuis, 1980b) en bestaan uit:

- het vaststellen van de rechtmatigheid van de aanspraken op een uitkering krachtens de desbetreffende arbeidsongeschiktheidswetten;
- het beoordelen van de prognose met betrekking tot genezing en werkhervatting;
- het eventueel vaststellen van een hersteldatum;
- het treffen van maatregelen om blijvende arbeidsongeschiktheid te voorkomen, dan wel zoveel als mogelijk te beperken (Den Bieman, 1987).

De verzekeringsgeneeskundige dient de arbeidsgeschiktheid aannemelijk te maken door, eventueel met behulp van extern deskundig onderzoek, vast te stellen dat er bij betrokkene geen arbeidsbelemmerende ziekteverschijnselen of gebreken (meer) aanwezig zijn. Als zodanig dient er een positief bewijs te worden geleverd dat betrokkene, ondanks eventuele klachten en symptomen, voldoende draagkracht en beroepsvaardigheden heeft om te kunnen werken. Derhalve ligt de 'bewijslast' van arbeidsgeschiktheid bij de daarover oordelende verzekeringsgeneeskundige (Philipsen, 1979). Diens beoordeling moet wettelijk op medische argumenten berusten, passen binnen het sociaal-wettelijk kader en bestand zijn tegen een toetsing door (deskundigen van) de (Centrale) Raad van Beroep.
Dit vormt de achtergrond van waaruit verzekeringsgeneeskundigen hun vraagstellingen formuleren en opdrachten geven tot extern deskundig onderzoek. Zij verzoeken de deskundige vragen te beantwoorden met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheid van een derde, krachtens de wet verzekerde persoon: betrokkene, belanghebbende of verzekerde genoemd.

De verticale opdrachtrelatie en de sociaal-wettelijke context zijn bepalend en richtinggevend voor de verzekeringsgeneeskundige vraagstellingen en daarmee voor het deskundig onderzoek ter zake.

De belangrijkste redenen voor verwijzing naar een psycholoog zijn vragen van de verzekeringsgeneeskundige omtrent de psychische belastbaarheid en geschiktheid van betrokkene om bepaalde arbeid te kunnen verrichten.
De vraagstellingen van verzekeringsgeneeskundigen waarop door middel van psychologisch onderzoek een antwoord wordt verwacht, centreren zich dan ook rond de volgende individugebonden themata:

- Wat is de psychische gesteldheid van betrokkene in relatie tot de arbeids(on)geschiktheid?
- Indien en voor zover betrokkene als arbeidsongeschikt moet worden beschouwd, wat zijn dan de specifieke psychische stoornissen en daarmee samenhangende beperkingen in 'belastbaarheid en beroepsvaardigheden' (Timmer, 1985)?
- Indien en voor zover betrokkene als arbeidsongeschikt moet worden beschouwd, is dit dan van blijvende of tijdelijke aard (prognose)?
- Indien betrokkene voor eigen of vergelijkbaar werk als arbeidsongeschikt moet worden beschouwd, voor welke werkzaamheden is hij/zij dan wel geschikt en is daarvoor om-, her- of bijscholing nodig?
- Wat is de prognose na om-, her- of bijscholing ten aanzien van het herstel van de arbeidsgeschiktheid?
- Is er een indicatie voor psychotherapeutische behandeling of begeleiding?
- Wat is de prognose na een therapeutische behandeling of begeleiding ten aanzien van het herstel van de arbeidsgeschiktheid?
- Was er reeds sprake van arbeidsongeschiktheid bij aanvang der verzekering of was het op dat moment te verwachten dat betrokkene binnen een half jaar wegens psychische stoornissen zou uitvallen?

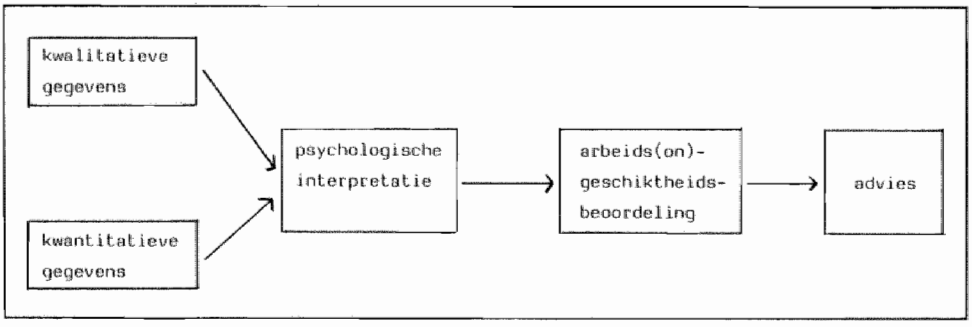
De beantwoording van voornoemde vraagstellingen vereist de toepassing van een bepaald onderzoeksprotocol en specifieke onderzoeksinstrumenten, gericht op de beoordeling van:

- de verhouding tussen enerzijds de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden en anderzijds de psychische belasting, voortkomend uit de werkzaamheden en werkomstandigheden, waaraan volgens de opdrachtgevers

moet worden gerefereerd (eigen beroep en/of 'referentieberoepen' en daarbij behorende 'werkuitvoeringseisen', Timmer, 1985).
- de aanwezigheid van arbeidsbelemmerende psychische, psycho-fysiologische en gedragsmatige stoornissen;
- het ontstaan, beloop en gebrek aan herstel van voornoemde stoornissen, waardoor er sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid.

In het algemeen betreft de psychologische diagnostiek een proces van beslissingen in onzekere situaties, waarbij zowel subjectieve als objectieve gegevenheden een rol spelen (De Bruyn, 1988). De methodologische grondfiguur kan worden getypeerd als een diagnostisch-prognostische cyclus (Westmeyer, 1972), welke uitmondt in een diagnose, een classificatie of een kans-uitspraak.
Bij de beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid wordt door de psycholoog gebruik gemaakt van anamnestische (kwalitatieve) en psychometrische (kwantitatieve) gegevens.
Op grond van de interpretatie van deze gegevens komt de psycholoog-adviseur tot een oordeel inzake de arbeids(on)geschiktheid van betrokkene. Dit oordeel gaat als advies naar de opdrachtgever van het psychologisch onderzoek.
De basisstructuur van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadvisering is in schema 1 vereenvoudigd weergegeven.

Schema 1: Basisstructuur van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadvisering



De **kwalitatieve gegevens** betreffen de anamnestische inventarisatie van de

psychische belasting (draaglast) en de belastbaarheid (draagkracht) in termen van de subjectieve betekenisverlening van betrokkene aan:

- de klachten en symptomen, waardoor betrokkene zich niet in staat voelt om te werken, respectievelijk op grond waarvan deze een beroep doet op de arbeidsongeschiktheidsregelingen;
- het ontstaan en beloop van de klachten en symptomen, gerelateerd aan de genoten behandelingen en hun effecten;
- schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen (life-events);
- de levensloop en ontwikkelingsgang;
- de gevolgde scholing en het arbeidsverleden;
- verwachtingen, verplichtingen en verantwoordelijkheden, voortkomend uit de werk- en privésituatie.

De **kwantitatieve gegevens** zijn de getalsmatige resultaten van betrokkene op bepaalde psychometrische tests, persoonlijkheids- en screeningsvragenlijsten, die als zodanig een gestandaardiseerd en genormeerd beeld geven van de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. Deze hebben als samengestelde factoren (Roe, 1983) betrekking op:

- cognitief-intellectuele functies;
- kennis en vaardigheden;
- karakterstructuur;
- emotionaliteit en lichamelijke gevoelens;
- persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie;
- affiniteiten;
- gedrag en aanpassingsvermogen.

Omdat het hier om een combinatie van 'scores' op een aantal psychologische persoonsvariabelen gaat, kan er worden gesproken van de 'psychometrische belastbaarheid en beroepsvaardigheden' (Hofstee, 1984).

De **psychologische interpretatie** kan worden beschouwd als een mediërend proces, waarbij op grond van een conglomeraat van feiten, kennis, theoretische inzichten en klinische ervaring met betrekking tot de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens door de psycholoog de verhouding tussen de psychische belasting en belastbaarheid van betrokkene wordt aangegeven. Dit wordt geformuleerd in termen van resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.

De **psychologische beoordeling** van de arbeids(on)geschiktheid komt tot stand door de geconstateerde resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden te relateren aan de eigen en/of andere passende en in billijkheid op te dragen werkzaamheden, zoals deze door de opdrachtgevers vanuit de wettelijke kaders worden aangegeven.
Op grond van deze beoordeling wordt betrokkene door de psycholoog als arbeidsgeschikt of arbeidsongeschikt geclassificeerd. De psychologische classificatie wordt als **advies** aan de opdrachtgever uitgebracht. Mede op basis daarvan kan de opdrachtgever de beslissing nemen wat betreft de vaststelling van de mate van arbeids(on)geschiktheid van betrokkene.

Teneinde de vergelijkbaarheid tussen psychologische adviezen inzake arbeids(on)geschiktheid en de beslissingen van de opdrachtgevers daaromtrent mogelijk te maken, kunnen de psychologische onderzoeksbevindingen betreffende de resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden worden 'getransformeerd' naar een indeling van adviescategorieën, zoals deze in de praktijk van de advies- en uitvoeringsorganen worden gehanteerd (Wehman, 1986; Smitshuijzen, 1987).
Daarbij dient expliciet te worden opgemerkt dat de psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling op basis van een ander beslissingsmodel en andere criteria tot stand komt dan door de advies- en uitvoeringsorganen worden gehanteerd.
Psychologische beoordelingen en uitspraken in termen van 'arbeids(on)geschiktheid' zijn het resultaat van een afweging tussen de geconstateerde resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden in relatie tot de belasting, voortkomend uit de werkzaamheden waaraan volgens de opdrachtgevers moet worden gerefereerd. Daarbij wordt rekening gehouden met de eventuele lichamelijke beperkingen, zoals die door de verzekeringsgeneeskundige zijn aangegeven. Op grond van de psychisch en somatisch geconstateerde resterende arbeidsvermogens, uitgewerkt in termen van beroepsvaardigheden, persoonlijkheidskenmerken en lichamelijke kenmerken (Timmer, 1985), vindt door de arbeidsdeskundige, in samenspraak met de wetstechnisch-beoordelaar, de juridisch-economische beoordeling plaats (Haak, 1970).
Deze juridisch-economische beoordeling richt zich op het bepalen van de rechten op een uitkering, waarvan de hoogte mede afhankelijk is van de res-

terende 'verdiencapaciteit'. De mate van vastgestelde resterende verdiencapaciteit en de hoogte van het laatst genoten inkomen zijn bepalend voor de arbeidsongeschiktheidscategorie waarin iemand wordt ingedeeld.
In verband met het hanteren van verschillende beoordelingscriteria bestaat de mogelijkheid dat er een discongruentie is tussen de psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en de uiteindelijke wettelijke arbeids-(on)geschiktheidsclassificatie.
Ter adstructie van het verschil in beoordelingsprocessen wordt een aparte subparagraaf (2.3) gewijd aan de wijze waarop de advies- en uitvoeringsorganen te werk gaan bij het bepalen van de arbeids(on)geschiktheid.
In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de theoretische achtergronden en het uitvoeringsprotocol van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

De psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek berust op een diagnostisch proces van beslissingen. Op grond van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens worden in een bepaalde volgorde van denkstappen en keuzemomenten beslissingen genomen, die leiden tot een besluit inzake de resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Gezien het oogmerk van deze studie: bepaling van de 'objectiverende relevantie' van gestandaardiseerd, genormeerd en gevalideerd psychologisch onderzoek als hulpmiddel bij de psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, worden de anamnestische (kwalitatieve) gegevens niet in dit onderzoek betrokken, al hebben ze wel hun invloed gehad op de 'klinische oordeelsvorming'.

Vanuit dit perspectief richt dit onderzoek zich dan ook specifiek op de zogenaamde 'statistische oordeelsvorming', dat wil zeggen op het vaststellen van de mate waarin kwantitatieve gegevens van bepaalde psychometrische onderzoeksinstrumenten van invloed zijn op de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie.
Op grond daarvan wordt antwoord gezocht op de vraag:
In hoeverre kunnen mensen, die in principe op lichamelijke gronden wel arbeidsgeschikt, maar mogelijk wegens psychische stoornissen niet arbeidsgeschikt zijn, met behulp van psychometrische onderzoeksinstrumenten worden onderscheiden in arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt?

Aan deze probleemstelling kunnen de volgende evaluatieve aspecten worden onderscheiden:

1e. vaststelling van de predictieve (voorspellende) waarde van de toegepaste psychometrische onderzoeksgegevens, afzonderlijk en in combinatie, met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt (psychologische adviezen);

2e. vaststelling van de instrumentele utiliteit in bredere zin van de gehanteerde psychometrische instrumenten met betrekking tot de psychologische advisering in relatie tot de besluitvorming van de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties;

3e. vaststelling van (voorlopige) beslissingsregels op grond van de geconstateerde predictieve waarde en instrumentele utiliteit van de desbetreffende psychometrische onderzoeksgegevens voor de psychologische arbeidsongeschiktheidsdiagnostiek.

Omdat er geen eenduidig en extern objectief criterium bestaat voor arbeidsgeschiktheid versus arbeidsongeschiktheid, en de oordeelsvorming daaromtrent grotendeels berust op consensus van de oordelende advies-, uitvoerings- en beroepsinstanties, eventueel na inwinning van een extern deskundig advies, wordt het predictieve vermogen, dat aan de onderzoeksbevindingen mag worden ontleend, empirisch getoetst aan de hand van de volgende criteria:

- de mate waarin de psychometrische onderzoeksgegevens een significant onderscheid maken tussen mensen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt, respectievelijk arbeidsongeschikt zijn geclassificeerd;
- de mate waarin de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen door de opdrachtgevende instanties zijn overgenomen;
- de mate waarin betrokkenen wel en niet in beroep zijn gegaan tegen een mede op het psychologisch advies gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissing' van de uitvoeringsorganen;
- de mate waarin in geval van beroepszaken de beroepen tegen de 'voor beroep vatbare beslissingen' door de beroepsinstanties (on)gegrond zijn verklaard.

Voornoemde criteria representeren in deze studie het zogenaamde 'predictie-

doel' (De Groot, 1972). Aan de hand van de hiervolgend beschreven vraagstellingen zal de predictieve waarde van een aantal psychometrische onderzoeksgegevens ten aanzien van de desbetreffende criteria met behulp van uni- en multivariate technieken nader worden geanalyseerd. Op grond daarvan kan dan de instrumentele utiliteit van de desbetreffende psychometrische instrumenten worden bepaald en kunnen (voorlopige) beslissingsregels voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek worden geformuleerd.

1.4 VRAAGSTELLINGEN

Refererend aan de globale probleemstelling kunnen de volgende vraagstellingen worden geformuleerd, welke als zodanig het uitgangspunt voor deze studie vormen:

1. In welke psychologische persoonskenmerken verschillen personen die door de psycholoog-adviseur als respectievelijk arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt worden geclassificeerd?

2. Wat is de predictieve waarde van de psychometrische onderzoeksgegevens, afzonderlijk en in combinatie, ten aanzien van:
   - de beslissingen van de psycholoog-adviseur (advies arbeidsgeschikt/arbeidsongeschikt);
   - de beslissingen van de opdrachtgevers (advies wel/niet overgenomen);
   - de beslissingen van de betrokkenen (wel/niet in beroep gegaan);
   - de beslissingen van de oordelende beroepsinstanties (beroep wel/niet gegrond verklaard)?

3. Welke beslissingsregels kunnen op grond van de geconstateerde predictieve waarde van de desbetreffende psychometrische onderzoeksgegevens voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek worden geformuleerd?

4. Welke psychometrische onderzoeksinstrumenten komen op basis van hun

instrumentele utiliteit in aanmerking voor toekomstig gebruik bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek?

Teneinde voornoemde vraagstellingen te beantwoorden heeft er een retrospectief onderzoek plaatsgevonden. Als zodanig zijn eerder verworven onderzoeksbevindingen geanalyseerd, hetgeen enerzijds richting en anderzijds beperkingen heeft gegeven aan het onderzoek.

Deze studie is een beschrijving van een op een psychologische praktijk gebaseerd onderzoek met een descriptief, exploratief en mogelijk prescriptief karakter, waarvan de resultaten niet zonder meer in tijd, plaats en personen te generaliseren zijn.

Het onderzoek is **descriptief** voor zover het gaat over de beschrijving van de toegepaste psychometrische onderzoeksinstrumenten en de daarmee verworven gegevens, het gehanteerde beslissingsmodel, de verstrekte arbeids-(on)geschiktheidsadviezen en de consequenties daarvan voor de beslissingen van respectievelijk de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties.

Het onderzoek is **exploratief** waar het gaat om door middel van statistische analyses te ontdekken in welke mate de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties van de psycholoog-adviseur berusten op objectiveerbare psychometrische onderzoeksbevindingen, c.q. de verschillen tussen arbeidsgeschikten en arbeidsongeschikten statistisch kunnen worden verklaard en voorspeld.

Het onderzoek kan **prescriptief** zijn voor zover de onderzoeksbevindingen conclusies toelaten omtrent het predictieve vermogen en de instrumentele utiliteit van de psychometrische onderzoeksgegevens ten aanzien van het classificeren van de categorie arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten. Op grond daarvan kunnen (voorlopige) beslissingsregels worden geformuleerd en aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig gebruik van bepaalde psychometrische onderzoeksinstrumenten bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

2. ARBEIDSONGESCHIKTHEID

2.1 PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSDIAGNOSTIEK VANUIT HISTORISCH PERSPECTIEF

Reeds ten tijde van het Romeinse Rijk van 200 voor tot 200 na Christus werden mensen beoordeeld op hun 'arbeids(on)geschiktheid'. Dit betrof overigens alleen burgers die vrijwillig in militaire dienst waren gegaan en zo gehavend uit het strijdgewoel te voorschijn waren gekomen, dat zij hun militaire functie niet meer naar behoren konden vervullen en hun oorspronkelijke werk niet meer konden doen. Soms werd daar een uitkering van 'rijkswege' tegenover gesteld in de vorm van een passende aantrekkelijke functie of een stuk land, zodat men in de gelegenheid was om ongeveer op gelijke voet verder te leven. De revalideerbaren onder hen ontvingen nazorg in zogenaamde 'valitudinaria' om vervolgens weer terug te kunnen keren in de strijd (Bremer, 1972).

In de loop der eeuwen werd de aanwezigheid van lichamelijk en geestelijk gebrekkigen die nauwelijks of niet werkten in wisselende mate als een maatschappelijk gegeven aanvaard. In het voor-industriële tijdperk konden echter de meesten van hen, ondanks beperkte capaciteiten en mogelijkheden, toch een zekere bijdrage leveren aan de toen nog voornamelijk agrarische arbeid en huisnijverheid.
Met het toenemende beroep op arbeidspotentieel door de industriële ontwikkelingen en het ontstaan van de fabrieksarbeid kwam de categorie 'onvolwaardigen' ofwel 'arbeidsongeschikten' steeds meer onder de aandacht.

Zoals in de Romeinse tijd soldaten na opgelopen verwondingen in valitudinaria weer militair inzetbaar werden gemaakt, zo werd vanaf het begin van het industriële tijdperk het herstel van de arbeids-inzetbaarheid van zieken, gebrekkigen en uitgevallen werknemers nagestreefd.
Onder invloed van enerzijds de toenemende werkdruk, de mechanisatie, de specialisatie en de economische expansie en anderzijds de ontwikkeling van het stelsel van sociale voorzieningen raakten steeds meer mensen met ziekten en gebreken buiten het arbeidsproces. Over deze groep arbeidsongeschikten ging men zich steeds meer zorgen maken: 'eerst als maatschappelijke

anomalie en vervolgens als object van medisch handelen' (Dechesne en Buijs, 1983).
De problematiek van het 'gehandicapt zijn' werd gedefinieerd in termen van economische improduktiviteit en financiële onzelfstandigheid. Het medisch handelen werd mede daardoor toenemend gericht op herstel van de arbeidsgeschiktheid van gehandicapte mensen, teneinde hen zodoende weer gereed te maken om aan het produktieproces te kunnen deelnemen.

Voor zover gehandicapte mensen ook werden beschouwd als "een categorie die in onze samenleving veel kostende financiële rechten heeft, weinig maatschappelijke verplichtingen kent en steeds minder verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid op zich neemt" (Boelen en Bremer, 1987), ontstonden maatschappelijke regelingen om hen te beoordelen op hun daadwerkelijke onvermogen om te kunnen werken.
Typerend voor de situatie in dezen op het einde van de 19de eeuw is de rede die de chirurg Renssen hield over: 'De verzorging der gebrekkigen en mismaakten', met daarin de uitspraak: "Wij zien voor ons geestesoog een grote groep kleine kinderen die, groter wordende, nooit in staat zullen zijn door eigen arbeid in hun onderhoud te voorzien, die te beschouwen zijn als parasieten, die de rijke bron vormen waaruit de bedelaars, de bezienswaardigen en de gebrekkige merkwaardigheden voortkomen. Een rekensom maakt duidelijk dat het voor ons nationaal vermogen een aanwinst is, wanneer deze paria's tot arbeid kunnen worden gebracht" (Renssen, 1899).
Aanvankelijk richtte men zich op de gehandicapte kinderen, "omdat daaraan nog iets viel te doen", aldus Biesalski (1911).
Ten aanzien van volwassenen werden uitlatingen gedaan, die ook thans nog in discussies over de sociale voorzieningen meeklinken: "Zij genieten een uitkering en zijn op grond daarvan niet gemotiveerd om weer aan het werk te gaan." (Biesalski, 1911).
Onder de druk van de maatschappelijke en economische ontwikkelingen breidde in de loop der tijd de aandacht zich uit tot het revalideren van de volwassenen, met als doel het bevorderen van het arbeidsvermogen. In zijn historisch-psychologische beschouwing over het ziekenhuis wijst Bremer (1972) erop, dat in het begin van deze eeuw het ziekenhuis nog onweersproken kon worden gedefinieerd als "een sociaal-economische instelling met

het doel het produktievermogen van het volk te herstellen en te vergroten" (Wortman, 1915).
In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1923 stelde Biesalski: "dat de aalmoesontvangende bedelaar in een belastingbetalende burger moest worden omgezet, waarbij de zieken en gebrekkigen onder hen zodanig moesten worden verpleegd, behandeld en gerevalideerd, dat zij uiteindelijk weer geschikt zouden worden voor arbeid."
In het verlengde van de industriële revolutie was het derhalve in het begin van deze eeuw met name de 'arbeidsongeschiktheid' van zieken en gebrekkigen, die hen tot object van medische zorg maakte.
Gaandeweg gingen revalidatie-instellingen hun werkwijzen en doelstellingen formuleren in termen van een integrale, medisch-educatieve aanpak, gericht op behandeling, opvoeding, onderwijs en beroepsvorming.
Men is de te revalideren populatie als een sociaal-geneeskundig probleem gaan zien, toen bleek dat er, ondanks deze zorg, nog heel wat mensen met een handicap overbleven, die niet aan het arbeidsproces konden deelnemen. Bovendien vielen veel mensen, na enig herstel, opnieuw uit en moesten daarom beoordeeld worden op hun uitkeringsrechten krachtens de toen geldende Ongevallenwet (1901/1921).

In 1921 kreeg de Rijksverzekeringsbank - toen belast met de uitvoering van bepaalde sociale verzekeringswetten - de bevoegdheid en de mogelijkheid tot het regelen en financieren van omscholing en revalidatie. Deze bevoegdheid vormde de grondslag van de verzekeringsgeneeskunde; in 1963 officieel erkend als de vierde specialisatie binnen de sociale geneeskunde, naast de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, jeugdgezondheidszorg en algemene gezondheidszorg. Bovendien vormde genoemde bevoegdheid tegelijkertijd een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van de psychotechniek en later de psychodiagnostiek in dit specifieke werkveld.
De psychologie werd toen in eerste instantie vooral gewaardeerd wegens zijn psychotechnische onderzoeksmogelijkheden. Selectie en beroepskeuze vormden destijds de hoofdmoot van de psychologische adviespraktijk. In deze periode zijn de eerste psychologische adviesbureaus opgericht (Roe, 1982), die o.a. werkten in opdracht van de Rijksverzekeringsbank. Dit is niet verwonderlijk gezien de doelstelling van de Rijksverzekeringsbank: beoordeling van hernieuwde geschiktheid voor arbeid en het treffen

van maatregelen om herstel van de arbeidsgeschiktheid te bewerkstelligen, eventueel met gebruikmaking van de herscholingsmogelijkheden uit de Ongevallenwet van 1901/1921.

Mede omdat, ondanks revalidatie en scholing, reïntegratie in het arbeidsproces dikwijls mislukte, namen de geschillen tussen de Rijksverzekeringsbank en verzekerden omtrent het wel of niet arbeidsgeschikt zijn toe. Als gevolg daarvan werd op grond van de Beroepswet van 1902 in het kader van de sociale verzekeringsrechtspraak toenemend een beroep gedaan op forensische psychiaters. Het was aan hen om vast te stellen in hoeverre er sprake was van een arbeidsbelemmerend psychiatrisch ziektebeeld of gebrek.

Herrema (1959), psycholoog en ambtenaar bij de toenmalige Rijksverzekeringsbank, concludeerde in zijn dissertatie dat tot in deze periode zowel het bijbrengen van beroepsvaardigheden, als het weer arbeidsgeschikt verklaren wegens afwezigheid van een psychiatrisch ziektebeeld betrekkelijk weinig resultaat opleverden ten aanzien van de daadwerkelijke terugkeer in het arbeidsproces.
Volgens Herrema (1959) werd er te weinig rekening gehouden met een eventueel zwakke motivatie tot het verrichten van arbeid als gevolg van de beleving van de handicap door betrokkene en diens omgeving. De psychische verwerking van de handicap en de eigen subjectieve perceptie van het resterende arbeidsvermogen kregen meer aandacht naargelang steeds duidelijker werd dat niet zozeer ernstige psychiatrische ziektebeelden, maar vooral deze psychologische fenomenen de struikelblokken waren waardoor terugplaatsing in het arbeidsproces nogal eens mislukte. Ondanks een psychiatrische arbeidsgeschiktheidsverklaring konden veel mensen door een invaliderende handicapverwerking en onvoldoende aanpassingsvermogen toch niet werken.
Revalidatie en arbeidsreïntegratie werden onder meer op grond van deze inzichten steeds meer als een psychologische aangelegenheid gezien. Psychische en psycho-sociale factoren werden in de loop der tijd toenemend als bevorderende en onderhoudende oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onderkend en erkend (Wright, 1960). Deze ontwikkeling werkte mede een interdisciplinaire samenwerking tussen de medische en psychologische disciplines in de hand (Lancée, 1980). Daarmee kregen de

psychologen de mogelijkheid om zich binnen het specifieke werkveld van de revalidatiegeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde verder te profileren.

Gezien de mate waarin voornoemde visie op arbeidsongeschiktheid en voorkoming daarvan thans ingang heeft gevonden, is het begrijpelijk dat door verzekeringsgeneeskundigen steeds meer een beroep wordt gedaan op psychologen.
Sinds de inwerkingtreding van de WAO (1967) is het Revalidatie-Instituut Muiderpoort (RIM) één van de eerste revalidatiecentra geweest met een eigen psychologische afdeling, die zich op geïntegreerde wijze, in samenspraak en samenwerking met de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), met psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek is gaan bezighouden (Haak, 1970).
Inmiddels is een dergelijke vorm van samenwerking tussen revalidatiecentra en de GMD landelijk gebruikelijk, al geldt in het algemeen dat daarvoor (nog) geen wet- en regelgeving bestaat (Epker, 1987). Daarnaast zijn er ook gereguleerde vormen van samenwerking tussen de GMD en revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen ontstaan.
Vos (1976) beschrijft hoe er op initiatief van de GMD een aantal samenwerkingsprojecten tussen de GMD en de revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen zijn opgezet. Deze samenwerkingsprojecten hebben onder meer geleid tot plaatselijk en regionaal gestructureerd overleg tussen de verzekeringsgeneeskundige en de curatieve sector. Het doel van deze gestructureerde samenwerkingsprojecten is het arbeidsreïntegratieproces van nog in het ziekenhuis opgenomen patiënten te bevorderen door het vroegtijdig signaleren van diegenen, die gezien de aard van hun aandoening(en) in de WAO dreigen te komen. Naast een somatisch onderzoek kan er bij de betrokken patiënten psychologisch onderzoek plaatsvinden, dat is gericht op het bepalen van verdere behandelmogelijkheden en toekomstige passende beroepsmogelijkheden (Lancée, 1979).
Deze ontwikkeling van een geïntegreerde vorm van samenwerking tussen de sociale verzekerings- en curatieve sector, heeft mede het inzicht bevordert dat psychologisch onderzoek een relevante bijdrage kan leveren ten aanzien van het beoordelen van arbeids(on)geschiktheid (Lancée, 1981c).
Daarmee is binnen het werkveld van de 'Psychologie van Arbeid en Gezondheid' (Schabracq, 1988) de basis gelegd voor de 'sociale verzekeringspsy-

chologie', die zich in het bijzonder bezighoudt met de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek, uitgevoerd binnen het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving.

2.2 DE ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSWETTEN

De arbeidsongeschiktheidswetten hebben vanaf het begin van deze eeuw een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Binnen de context van deze studie zou het te ver gaan om het ontstaan en de ontwikkeling van de arbeidsongeschiktheidswetten uitgebreid te beschrijven.
"Toch is enige kennis nodig van de denkbeelden die meer dan driekwart eeuw geleden hebben geleid tot het ontstaan van de arbeidsongeschiktheidswetgeving om de huidige arbeidsongeschiktheidswetten te kunnen plaatsen", aldus Veldkamp in 1976.
Op grond daarvan wordt hier kort de geschiedenis van de desbetreffende arbeidsongeschiktheidswetten vermeld (2.2.1) en vervolgens zullen de huidige arbeidsongeschiktheidswetten en recente wijzigingen daarin worden beschreven (2.2.2).

2.2.1 Geschiedenis van de arbeidsongeschiktheidswetten

Vanuit historisch-maatschappelijk perspectief vertoont de gezondheidszorg een ontwikkeling die qua vraag verloopt van een gunst naar een recht en qua invloed van particulier initiatief naar de overheid. Parallel daarmee loopt de ontwikkeling van de sociale voorzieningen van een 'sociale verzekering' naar een 'sociale zekerheid' (Veldkamp, 1976).

Het stelsel van de sociale verzekeringswetgeving nam in Nederland daadwerkelijk een aanvang met de Ongevallenwet in 1901. Het was de eerste wet die het karakter kreeg van een verplichte sociale verzekering, welke werd verzorgd door de Rijksverzekeringsbank (later Sociale Verzekeringsbank). Deze wet beperkte zich in het begin tot het financieren van de geldelijke gevolgen van bedrijfsongevallen van een beperkte groep werknemers, namelijk degenen die in de meest gevaarlijke industrieën werkzaam waren. Met deze

wetgeving inzake sociale zekerheid werd gekozen voor een verzekeringsconstructie op basis van strikte causaliteitsbetrekkingen. Dit impliceerde een relatie tussen de te betalen premie en het risico dat er werd gelopen van een bedrijfsongeval enerzijds en de arbeidsprestaties die werden geleverd en de hoogte van de eventueel te verlenen periodieke uitkering anderzijds.
Beroepsziekten (bijvoorbeeld bakkerseczeem) en ongevallen, opgelopen in de vrije tijd vielen niet onder deze Ongevallenwet (1901).
Pas in 1921 werden de werknemers van alle industriële bedrijven onder de Ongevallenwet gebracht.

Na de Ongevallenwet van 1901 kwam in 1919 de Invaliditeitswet (IW), die voorzag in een uitkering voor loontrekkende werknemers bij blijvende invaliditeit als gevolg van verlies van tenminste 2/3 deel (ongeveer 66%) van de verdiencapaciteit.
Invaliditeit omvatte niet alleen lichamelijke ziekten of gebreken, maar ook psychische ziekten en stoornissen, gezien de toenmalige definitie: "Hij die door ziekten of gebreken buiten staat is om met arbeid, die voor zijn kracht en bekwaamheid is berekend en met het oog op zijn opleiding en vroegere beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft, of op een naburige soortgelijke plaats, 1/3 te verdienen van hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding op een zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen".
Deze Invaliditeitswet, waaraan de naam van minister Talma onverbrekelijk verbonden is, was de eerste wettelijke regeling ten behoeve van een meer veralgemeende sociale zorg. Naast de Beroepswet van 1902, waarin de wijze van procederen bij geschillen omtrent de toepassing van de sociale verzekeringswetten was geregeld, vormde de Invaliditeitswet een belangrijke voorwaarde voor onder meer de latere ontwikkeling van de niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie en psychologie. Gezien de formulering ging het in genoemde Invaliditeitswet niet om de lichamelijke gesteldheid of de psychische toestand op zich, maar om de mate waarin door onvoorziene en onvoorspelbare veranderingen daarin als gevolg van een ziekte of gebrek daadwerkelijk een beduidende en blijvende vermindering in de verdiencapaci-

teit kon worden aangetoond. In deze wet waren al een aantal uitgangspunten aanwezig van de huidige arbeidsongeschiktheidswetten.

Drie jaar na de Invaliditeitswet werd per 1 juli 1922 de Pensioenwet in werking gesteld, waarvan de uitvoering werd opgedragen aan de zogenaamde 'Pensioenraad' - het latere Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP). Met deze wet verkregen invalide ambtenaren het recht op pensioen, al moest het wel overduidelijk zijn dat ze niet in staat waren uit de eigen middelen in het levensonderhoud te voorzien, wilden zij dat pensioen ook daadwerkelijk krijgen (Staatsuitgeverij, 1949).

In 1928 werden de bedrijfsgeneeskundige diensten door de overheid erkend en kreeg de bedrijfsgeneeskunde in het kader van de Ongevallenwet een wettelijke basis, met de Arbeidsinspectie als controle- en beroepsinstantie. Tegelijkertijd vond toen een gelijkstelling plaats van beroepsziekte met bedrijfsongeval.

In 1930 trad de Ziektewet in werking voor werknemers in loondienst beneden een bepaalde loongrens.
Zwangerschap werd gelijkgesteld aan ziekte, maar dit gold alleen voor gehuwde vrouwen; na de Tweede Wereldoorlog konden ook ongehuwde vrouwen in dezen aanspraken doen gelden. In geval van ziekte werd men na zes maanden beoordeeld volgens de normen van de Invaliditeitswet.
Het ontwerp van de Ziektewet (ZW) kende oorspronkelijk twee doelen: een verzekering tegen loonderving wegens ziekte en een verzekering tegen ziektekosten. In de Ziektewet van 1930 werd uiteindelijk echter alleen de verzekering tegen loonderving wegens ziekte geregeld.
De ziektekostenverzekering is later apart geregeld in het Ziekenfondsbesluit van 1941 en vervolgens in de Ziekenfondswet (1964) en in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967).
In 1947 werd de Ziektewet-periode verlengd tot één jaar, omdat de uitkering van de Invaliditeitswet te laag werd bevonden.

In 1963 kwam naast de Invaliditeitswet de Interimwet-Invaliditeitsrentetrekkers (IWI) tot stand, die de mogelijkheid bood de uitkering van degenen die na de Ziektewet krachtens de IW een te lage uitkering ont-

vingen, aan te vullen tot een aanvaardbaar te achten niveau (Van der Pas, 1978).
Grondslag voor de IW en de IWI vormde de arbeidsongeschiktheid op grond van ziekte of gebrek. De wetgever ging er - achteraf ten onrechte - van uit dat onder medici voldoende overeenstemming bestond over wat ziekte en gebrek was, zodat vrij nauwkeurig per lichaamsdeel de arbeidsbeperkingen en daarmee de mate van arbeidsongeschiktheid zouden kunnen worden vastgesteld. Pas later bleek in de praktijk dat het op deze wijze vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid in de meeste gevallen niet was te handhaven. Dit is nog eens versterkt door de daarop volgende wettelijke omschrijvingen van arbeidsongeschiktheid. Daarin kregen, naast een sociaal-medisch aspect, ook een arbeidskundig en loontechnisch aspect een essentiële rol in de wijze waarop de mate van arbeids(on)geschiktheid moest worden bepaald.

Na de Tweede Wereldoorlog zijn de actueel geldende Algemene Burgerlijke Pensioenwet (1966), de gewijzigde Ziektewet (1967), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1967) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (1976) van kracht geworden.
Deze wetten regelen onder meer de huidige verplicht gestelde arbeidsongeschiktheidsverzekering en bepalen de uitkeringspercentages ingeval er, als gevolg van ziekte of gebrek, sprake is van onvermogen om te werken, c.q. loon te verdienen. Doel ervan is het doen voortbestaan van de eigen mogelijkheden en de eigen leefwijze van het individu, weergegeven in twee rechtsgronden:
- het recht op zelfontplooiing en
- het recht op gelijke kansen.
Met deze wetten is het principe van 'ruilevenwicht' tussen risico, premie en uitkering volledig losgelaten ten gunste van het principe der 'maatschappelijke solidariteit'. Daarmee is de groep verzekerden uitgebreid van de maatschappelijk zwakkeren tot de gehele groep der loontrekkenden en zelfstandigen, waarbij de grondslag van de verzekering niet meer het 'risque professionel', maar het 'risque social' geworden is (Veldkamp, 1976).
Het gaat niet meer om hóe men arbeidsongeschikt is geworden, maar dàt men arbeidsongeschikt is. Dit geldt voor alle huidige arbeidsongeschiktheids-

wetten waarmee psychologen die zich bezighouden met arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek te maken kunnen hebben.

2.2.2 Huidige arbeidsongeschiktheidswetten

De huidige arbeidsongeschiktheidswetgeving heeft mede tot doel de volksgezondheid vanuit een wettelijk-juridisch kader te steunen (Muntendam, 1977). De verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering is thans geregeld in de Algemene Burgerlijke Pensioenwet (ABP-wet) van 1966, de gewijzigde Ziektewet (ZW) van 1967, de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) van 1967 en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) van 1976, voor respectievelijk de ambtenaren, werknemers en de gehele bevolking.

Algemene Burgerlijke Pensioenwet (ABP-wet)

Historisch heeft de Algemene Burgerlijke Pensioenwet zich geheel los ontwikkeld van hetgeen men de sociale zekerheidswetgeving pleegt te noemen. Lang vóór de moderne sociale zekerheidswetgeving in het particuliere bedrijfsleven in ons land tot bloei kwam, was pensionering van ambtenaren door middel van onderlinge verzekeringsfondsen als extra beloning en privilege een bekend verschijnsel. De pensioenlasten kwamen geheel ten laste van de schatkist (premievrij pensioen).

In de loop der tijd kwamen er, mede onder invloed van andere opvattingen over de taak van de gemeenschap en de overheid tegenover het individu, vele veranderingen in de pensioenwetgeving, waardoor deze steeds moeilijker te hanteren werd.

De Algemene Burgerlijke Pensioenwet van 1966 was bedoeld als vereenvoudiging van de Pensioenwet van 1922 en moest aansluiten op de maatschappelijke ontwikkelingen van die tijd, aldus de opdracht aan Staatscommissie Van Poelje (1949).

Het Pensioenfonds - toen nog onder de naam 'Pensioenraad' in Den Haag gevestigd - werd gelijktijdig omgedoopt tot het 'Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds' en kreeg als zodanig de uitvoering van deze wet opgedragen. De opdracht houdt in het uitvoeren van de ambtelijke pensioenvoorziening en daaruit voortvloeiend het beheer van het fondsvermogen.

Het begrip 'pensioen' is inmiddels uitgegroeid tot een verzamelnaam voor een groot aantal sociale voorzieningen ten behoeve van dat deel van de bevolking dat qua pensioenverzekering ressorteert onder de ABP-wet. De ABP-wet betreft een wettelijke collectieve voorziening, die ervoor zorgt dat een eenmaal door ambtenaren en semi-ambtenaren opgebouwd welvaartspeil tot op zekere hoogte gehandhaafd kan blijven (ABP, 1981).
Ondanks dat de ABP-wet in beginsel niet op de sociale verzekeringsgedachte is gestoeld, komen de actuele verzekeringstechnische, sociaal-economische en medische aspecten in vergaande mate met die van de sociale zekerheidswetgeving overeen (Mannoury en Asscher-Vonk, 1987).
Volgens de ABP-wet krijgt betrokkene alleen een invaliditeitspensioen (IP), indien hij of zij blijvend arbeidsongeschikt wordt beschouwd voor het eigen werk op grond van ziekte of gebrek.
Bij de vaststelling van de hoogte van het invaliditeitspensioen spelen diensttijd en invaliditeitspercentage een rol. Een eventuele gedeeltelijke werkloosheid wordt niet verdisconteerd. Bovendien stelt de ABP-wet expliciet dat de ongeschiktheid in overwegende mate moet berusten op somatische en/of psychische functiestoornissen als gevolg van en/of samenhangend met ziekte of gebrek.
Voor het vaststellen van de mate van algemene invaliditeit wordt verwezen naar paragraaf 2.3.

Ziektewet (ZW)

De Ziektewet verzekert werknemers tot 65 jaar tegen loonderving wegens ziekte, ongeval en gebreken en geeft recht op een uitkering gedurende ten hoogste 52 weken.
Er is sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Ziektewet, indien betrokkene op grond van ziekte of gebrek ongeschikt is voor zijn eigen laatst verrichte werk bij zijn eigen werkgever (ZW, artikel 19).
De Ziektewet kent geen klassen van arbeidsongeschiktheid.

Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)

De AAW verzekert alle ingezetenen in Nederland die de leeftijd van 65 jaar nog niet hebben bereikt tegen de geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid wegens ziekte en gebrek. Recht op uitkering heeft de

verzekerde die voor 25% of meer arbeidsongeschikt is, nadat de ongeschiktheid 52 weken heeft geduurd.
Aan verzekerden die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, wordt geen uitkering toegekend. 'Jeugd-gehandicapten' hebben in principe recht op een AAW-uitkering vanaf hun 18de jaar, wanneer ze vanaf hun 17de jaar of daarvoor onafgebroken arbeidsongeschikt zijn geweest.
Sinds 1976 valt de in loondienst werkende beroepsbevolking niet meer primair onder de WAO, maar onder de AAW. Aan werknemers wordt een suppletie vanuit de WAO toegekend, voorzover het uitkeringsbedrag de AAW-uitkering overtreft.
Per 1 januari 1980 is de AAW gewijzigd om mannen en vrouwen in het sociale verzekeringsstelsel gelijke behandeling te geven. Ook een getrouwde vrouw heeft recht op een AAW-uitkering, mits ze aan bepaalde voorwaarden voldoet.
In de eerste plaats moet betrokkene voldoen aan de zogenaamde 'referte'- of inkomenseis, dat wil zeggen dat in het jaar voorafgaand aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid een bepaald inkomen moet zijn verworven uit of in verband met arbeid in het bedrijfs- en beroepsleven. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door:
1e. de algemene grondslag (= wettelijk minimumloon);
2e. de individuele grondslag.
De individuele grondslag wordt berekend op basis van de gemiddelde verdiensten van vóór de arbeidsongeschiktheid (eigen dagloon). De individuele grondslag wordt overigens alleen toegepast in die gevallen waarin de inkomsten minder bedragen dan het volle wettelijke minimumloon.

De AAW opent, zoals tot 1976 de WAO, de mogelijkheid in bepaalde gevallen voorzieningen in de leefsfeer en/of tot behoud, herstel of bevordering van de arbeidsgeschiktheid te treffen. Ten aanzien van het recht op deze voorzieningen geldt geen wachttijd.
Personen beneden de 18 jaar en andere verzekerden die geen recht hebben op een uitkering, kunnen wel voor voorzieningen in aanmerking komen.
In principe bestaat ook in dit verband de mogelijkheid dat er een psychologische beoordeling wordt gevraagd, alvorens tot verstrekking van voorzieningen wordt overgegaan.

Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)

De WAO verzekert werknemers tot aan 65 jaar tegen loonderving wegens ziekte, ongeval en gebreken na de ziektewetperiode, dat wil zeggen na een arbeidsongeschiktheidsduur van 52 weken. Het criterium voor arbeidsongeschiktheid is bij de WAO, anders dan bij de ZW, gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid voor werk in het algemeen.

Het begrip arbeidsongeschiktheid ofwel het onvermogen tot het kunnen verrichten van betaald werk is bepaald niet identiek aan somatische en/of psychische invaliditeit.

Erkenning van medische, dat wil zeggen somatische en psychische oorzaken voor arbeidsongeschiktheid, maar ook andere, niet-medische redenen wordt mogelijk gemaakt door de wettelijke omschrijving ervan in respectievelijk artikel 18 eerste lid van de WAO, artikel 5 eerste lid van de AAW en artikel F9 tweede lid van de ABP-wet:

"Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die ten gevolge van ziekten of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht of op een naburige soortgelijke plaats, te verdienen, hetgeen lichamelijk en geestelijk personen van dezelfde soort en soortgelijke opleiding op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen."

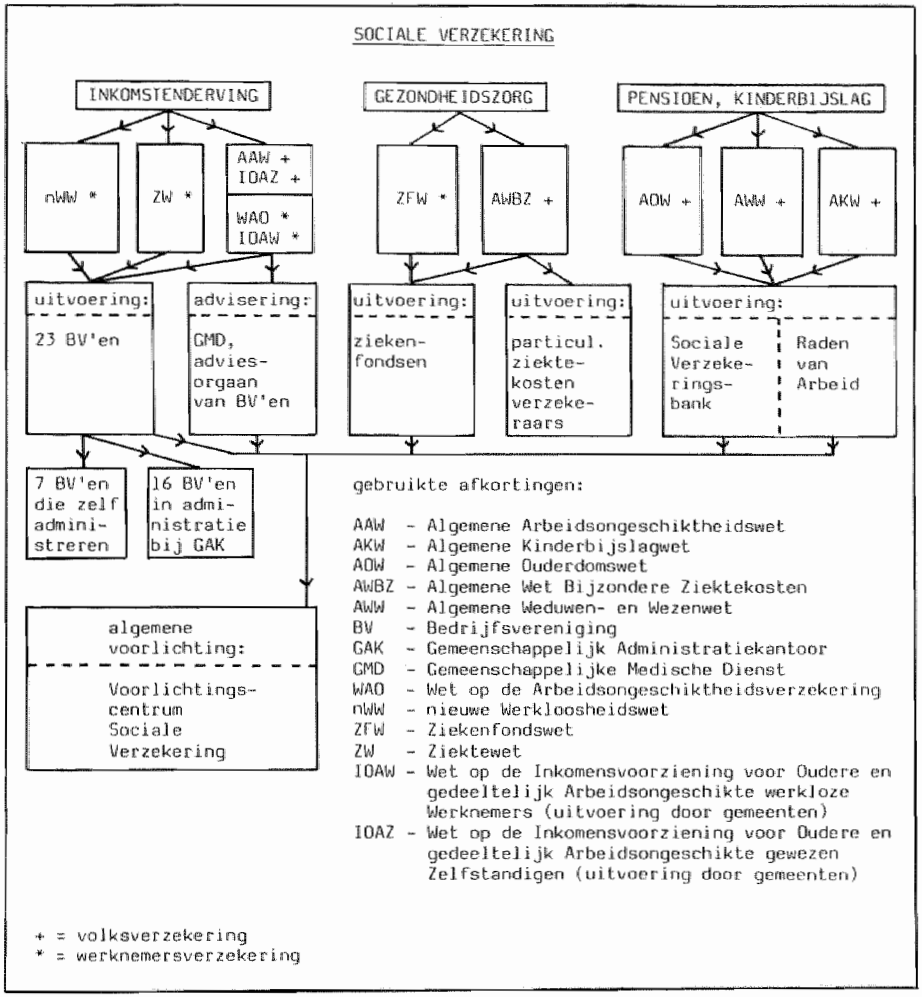
De criteria opleiding, beroep, regio (afstand), laatst verdiende loon en situatie op de locale arbeidsmarkt, zijn naast de constatering van een ziekte of gebrek, tot eind 1986 mede van belang geweest bij de bepaling of iemand wel of niet als arbeidsongeschikt kon worden beschouwd.

Bij de stelselherziening van 1 januari 1987 heeft er o.a. een herformulering van het arbeidsongeschiktheidscriterium plaatsgevonden. Iemand die voorheen op grond van zijn of haar resterend arbeidsvermogen ten dele arbeidsgeschikt was, maar als gevolg van de handicap weinig of geen kans had om op de vrije arbeidsmarkt geaccepteerd te worden, kreeg tot 1 januari 1987 toch een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Daarmee werd het gedeelte waarvoor men eigenlijk als werkloos werd beschouwd 'verdisconteerd' in de uiteindelijke arbeidsongeschiktheidsclassificatie (Haak, 1970). Met deze wetswijziging zal iemand alleen nog over dat

percentage een AAW/WAO-uitkering krijgen, waarvoor hij als gevolg van een ziekte of gebrek als arbeidsongeschikt wordt beschouwd.
Gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers krijgen naast hun WAO-uitkering, ongeacht hun leeftijd en werkloos-zijn of -worden, een uitkering voor het gedeelte dat zij in principe arbeidsongeschikt zijn volgens de nieuwe Wet op de Inkomensvoorziening voor Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte werkloze Werknemers (IOAW). Deze IOAW heeft ten doel de positie van de daarin genoemde werknemers te handhaven door hen niet afhankelijk te laten worden van een bijstandsuitkering.
Een zelfde regeling is er sinds 1 juli 1987 voor oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte zelfstandigen (IOAZ).
Behalve dat de verdisconteringsbepalingen van de werkloosheid zijn vervallen, is tevens het 'ter plaatse waar'-criterium uit de wettelijke definitie van arbeidsongeschiktheid geëlimineerd. Thans gelden de landelijk voorkomende beroepen en vacatures als uitgangspunt voor het bepalen van 'duidbare functies'.
Verder worden vanaf 1 januari 1987 alle AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden van 35 jaar en jonger herbeoordeeld wat betreft hun mate van arbeidsongeschiktheid.
Op basis waarvan en hoe in de dagelijkse praktijk van de advies- en uitvoeringsorganen thans de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling tot stand komt, wordt in de volgende paragraaf (2.3) besproken.

Voor een overzicht van de hiervoor beschreven arbeidsongeschiktheidswetten, de desbetreffende advies- en uitvoeringsorganen en hun plaatsbepaling binnen de context van onze huidige sociale verzekeringswetgeving wordt verwezen naar schema 2.
Terwille van de overzichtelijkheid is het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds als uitvoeringsorgaan voor het overheidspersoneel, evenals de relatie tussen de sociale verzekeringswetten en de pensioenvoorzieningen volgens de ABP-wet, weggelaten. Daarvoor wordt verwezen naar 'Pensioen en pensioenfonds' (ABP, 1981).

Schema 2: Overzicht huidige sociale verzekeringswetgeving en advies- en uitvoeringsorganen



Bron: V.Chr. Vrooland, Werk en Gezondheid, Alphen aan de Rijn, 1982; Berichten Bedrijfsvereniging Detam en Gezondheid, speciaal, 1987; Het Maandelijks Bedrijfsblad van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor 'Open Kaart', jaargang 31, nr. 3, 1988.

2.3 ALGEMENE PRAKTIJKGANG BIJ DE ADVIES- EN UITVOERINGSORGANEN VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSWETTEN

De beslissingen over de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de

AAW/WAO worden genomen door de bedrijfsverenigingen (BV'en), die daaromtrent worden geadviseerd door de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Er zijn 23 bedrijfsverenigingen, die ieder een bepaalde categorie van professies representeren.
De bedrijfsverenigingen nemen in hun beslissingen bijna altijd de inhoud van het GMD-advies over, "waardoor de GMD in sterke mate wordt geïdentificeerd met de bedrijfsvereniging", aldus Buis (1986a).
Deze in feite onafhankelijke instanties zijn beide ingesteld op grond van de Organisatiewet Sociale Verzekering (1953), met een bestuur, waarin werkgevers en werknemers paritair zijn vertegenwoordigd (bedrijfsverenigingen), aangevuld met door de minister aangegeven bestuursleden (GMD). Zestien bedrijfsverenigingen hebben ieder hun administratie opgedragen aan het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK). De zeven overige verzorgen hun eigen administratie en zijn de zogenaamde 'zelfadministrerende' bedrijfsverenigingen (ZA-BV'en).

Gedurende het eerste halfjaar dat er sprake is van ziekteverzuim van werknemers worden medische onderzoeken verricht door de verzekeringsgeneeskundigen van het GAK en de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen.
Sinds oktober 1985 is de zogenaamde 'zesdemaandsmelding' ingevoerd. Deze regeling houdt onder meer in dat een aanzienlijk aantal 'ziektewetgevallen' in de zesde maand door de verzekeringsarts van de bedrijfsvereniging en/of het GAK moeten worden gemeld bij de GMD. Het betreft de betrokkenen die niet meer geschikt zijn voor hun eigen werk. Hierdoor is het mogelijk dat er reeds in de ZW-periode een onderzoek plaatsvindt naar de resterende arbeids(on)geschiktheid in algemene zin.
Zowel het vaststellen of er sprake is van arbeidsongeschiktheid als de mate waarin geschiedt door de GMD in samenspraak met de bedrijfsverenigingen. Voor ambtenaren en daaraan gelijkgestelden volgens de ABP-wet gebeurt dit door het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).

Uitgangspunt voor de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid vormt het zogenaamde 'getotaliseerd arbeidsvermogen' dat iemand nog heeft om loonverdienende arbeid te kunnen verrichten. Vanuit het verzekeringsgeneeskundig referentiekader (Timmer, 1985b) wordt onder het getotaliseerd arbeidsvermogen verstaan: "het geheel van alle beroepsvaardigheden, per-

soonlijkheidskenmerken en lichamelijke kenmerken, waarover de arbeidende mens beschikt en op korte termijn kan beschikken en welke hij kan inzetten op de positie binnen het arbeidsbestel waarop hij is benoemd of zich heeft gevestigd, respectievelijk kan worden benoemd of zich kan vestigen."

Bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekten of gebreken kunnen de volgende stappen (Timmer en Koten, 1984) worden onderscheiden:

Stap 1. Ziekten en gebreken worden met professionele wetenschappelijke methoden vastgesteld en weergegeven in termen van lichamelijke, geestelijke en sociale stoornissen.

Stap 2. De geconstateerde stoornissen worden ingedeeld en als zodanig aangegeven naar hun aard, te weten:
- energetische stoornissen;
- motorische stoornissen;
- cognitieve stoornissen;
- emotionele stoornissen;
- sociale stoornissen;
- bestendigingsstoornissen.

Stap 3. Inventarisatie van de gevolgen van de functiestoornissen op het arbeidsvermogen, weergegeven in termen van (resterende) lichamelijke belastbaarheid, psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. Deze laatste drie genoemde categorieën zijn tezamen de krachten en bekwaamheden waarmee arbeid kan worden uitgevoerd.

Stap 4. Beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden als gevolg van lichamelijke en/of psychische functiestoornissen dienen te worden afgewogen tegen de noodzakelijke of voorwaardelijke 'werkuitvoeringseisen' van de referentieberoepen.

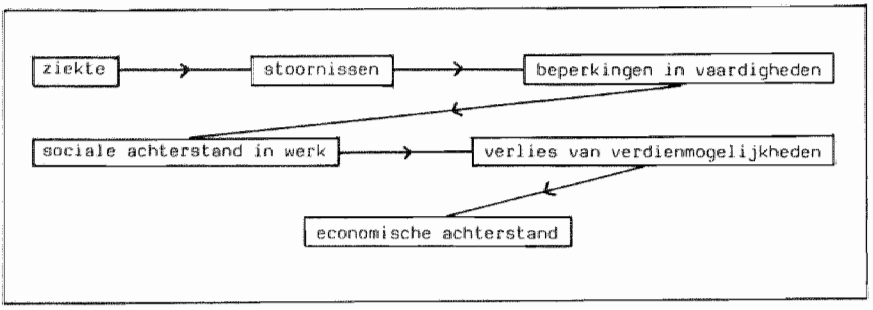
De werkuitvoeringseisen hebben betrekking op:
- de werkuitvoeringsprocessen;
- de werksturingsprocessen;
- de werkvormen;
- de werkomstandigheden;
- de situationele en incidentele eisen.

Indien er tussen de geconstateerde stoornissen en werkuitvoeringseisen een discrepantie bestaat, moet op basis van het verlies aan

verdienmogelijkheden en economische achterstand de mate van arbeids(on)geschiktheid worden vastgesteld.

De beoordeling van een ziekte of gebrek in termen van gedeeltelijke of gehele arbeidsongeschiktheid volgens de bepalingen van de wet kan derhalve als volgt schematisch worden weergegeven:

Schema 3: Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling



Het voorlopige en/of uiteindelijke percentage arbeidsongeschiktheid en de daarmee verbonden uitkering wordt bepaald door de zogenaamde resterende 'verdiencapaciteit'. Deze wordt door de arbeidsdeskundige bepaald aan de hand van een lijst van functies, waartoe betrokkene in principe op grond van zijn actuele 'arbeidsvermogen', uitgewerkt naar beroepsvaardigheden, persoonlijkheidskenmerken en lichamelijke kenmerken, geschikt kan worden geacht (Timmer, 1985b).

De gang van zaken bij het toetsen van functies om de resterende verdiencapaciteit vast te stellen verloopt in grote lijnen als volgt.
Er vindt een zogenaamde 'duiding' plaats van functies, waarvoor betrokkene op grond van een medisch belastbaarheidspatroon in principe wel voldoende lichamelijke en geestelijke mogelijkheden heeft. De arbeidscomplexendocumentatie (ACD) vormt het uitgangspunt voor deze functieduiding (Haak, 1970). In deze ACD worden gangbare functies* landelijk bijgehouden.

* Voor een algemene inhoudelijke omschrijving van de desbetreffende functies kunnen de zogenaamde 'Beroepenminiaturen' van de Hoofdafdeling Beroepskeuzevoorlichting en Methodiekontwikkeling van het Directoraat-Generaal van de Arbeidsvoorziening van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden geraadpleegd.

Indien betrokkene op grond van toetsing van het medisch belastbaarheidspatroon aan de ACD in staat wordt geacht bepaalde werkzaamheden te verrichten, wordt nagegaan wat iemand in die functies kan verdienen. Het aantal bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling te betrekken functies wordt in het advies van het bestuur van de Federatie van Bedrijfsverenigingen d.d. 16 april 1987 aan de bedrijfsverenigingen gesteld op tenminste vijf functies met gemiddeld tien arbeidsplaatsen (vacatures) in Nederland.
Daarbij wordt rekening gehouden met de zogenaamde 'werkstanding', dat wil zeggen dat er geen functies worden 'geduid', ofwel in de beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid mogen worden gehanteerd, die meer dan één beroepsniveau lager liggen dan waarop betrokkene voorheen heeft gefunctioneerd.
De vaststelling van het beroepsniveau waarop betrokkene heeft gefunctioneerd en eventueel nog kan functioneren vindt plaats volgens de Arbeids- en Beroepenindeling van de Arbeidsvoorziening van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid: het ARBI-classificatiesysteem.

Tabel 1: Niveau-indeling van werkzaamheden volgens het ARBI-classificatiesysteem

Klasse	Karakteristiek van de arbeid	Aanleertijd	Zelfstandigheid	Voorscholing
1	zeer eenvoudig	enkele dagen tot enkele weken	nauwelijks	(enkele klassen) basisonderwijs
2	eenvoudig	enkele maanden	gering	basisonderwijs plus evt. enkele klassen voortgezet onderwijs
3	enigszins	½ tot 2 jaar	bescheiden	LBO of MAVO plus evt. primaire opl. leerlingwezen
4	vrij ingewikkeld	geruime tijd	vrij veel	LBO of MAVO plus primaire opl. leerlingwezen of max. 2 jr. MBO
5	ingewikkeld	langdurig	veel	MAVO of 3 jr. MBO
6	zeer ingewikkeld	langdurig	zeer veel	HBO
7	(praktisch) wetenschappelijk	langdurig	zeer veel	wetenschappelijk onderwijs

Het beroepsniveau is een globale aanduiding van de plaats die het beroep

inneemt in het beroepenveld. Het geeft in combinatie met andere gegevens, zoals de aard van het werk, een indicatie voor reïntegratiemogelijkheden. Er worden zeven functieniveaus gehanteerd bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Moeskops, 1948; Rijks Arbeids Bureau, 1952).
Deze niveau-indeling, uitgewerkt naar karakteristieken van de arbeid, aanleertijd, zelfstandigheid en scholingsniveau, wordt weergegeven in tabel 1 (Wiegersma, 1976).

Binnen de GMD worden sinds 1974 bij de bepaling van het beroepsniveau van de in billijkheid op te dragen werkzaamheden de volgende aspecten aan het ARBI-classificatiesysteem toegevoegd:
- de aard van de functie (vereiste aanleg);
- het benodigde inzicht en de benodigde kennis;
- de diepgang van de problemen die men in de functie tegen kan komen;
- de beslissingsvrijheid die men heeft;
- de aandacht die is vereist (De Vreede, 1979).

Deze aspecten zijn overigens verder niet operationeel gedefinieerd en hoe ze meetellen wordt verder nergens aangegeven.
Mede daarom hebben Kooreman en Berk (1987) een checklist met beoordelingscriteria ontwikkeld en geïntroduceerd, waarmee het beroepsniveau meer betrouwbaar kan worden vastgesteld.
Bij de 'schatting' wordt het niveau van de in billijkheid op te dragen werkzaamheden vergeleken met het niveau van het laatste beroep dat betrokkene heeft gehad.

Het uiteindelijke arbeidsongeschiktheidspercentage (schatting) wordt berekend met de formule:

$$\frac{\text{maatmaninkomen} - \text{resterende verdiencapaciteit}}{\text{maatmaninkomen}} \times 100\%$$

In deze berekening staat het maatmaninkomen voor het inkomen dat een vergelijkbare werknemer, werkzaam in het laatste beroep van betrokkene, op dat moment verdient.
De resterende verdiencapaciteit is een theoretisch begrip, dat wordt bepaald aan de hand van het inkomen dat betrokkene in principe kan verdienen

in functies, welke hij gezien zijn restcapaciteiten en 'werkstanding' moet kunnen verrichten.
De resterende verdiencapaciteit wordt afgeleid van een reeks functies met verschillende loonwaarden. Hieruit wordt één inkomen gedestilleerd op grond van het 'mediane loonbedrag': het middelste uit de opeenvolgende van klein naar groot geplaatste reeks loonbedragen van de geduide functies.

Afhankelijk van de uitkomst wordt de 'economische achterstand' bepaald en wordt men ingedeeld in één van de arbeidsongeschiktheidscategorieën, zoals staat weergegeven in tabel 2. Per uitkeringscategorie is aangegeven wat het concrete uitkeringspercentage is, waarop de berekening van de uitkering plaatsvindt, uitgesplitst naar bedrijfsvereniging (BV) en Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).
De arbeidsongeschiktheidscategorie 'minder dan 15%' (AAW < 25%) geeft geen recht op een (aanvullende) uitkering volgens de desbetreffende arbeidsongeschiktheidswetten.

Tabel 2: Overzicht arbeidsongeschiktheidscategorieën en uitkeringspercentages

Arbeidsongeschiktheidscategorie/ invaliditeitsgrond	Uitkeringspercentage	
	BV	ABP
< 15% (AAW < 25%)	-	-
15-25%	14%	9,39%
25-35%	21%	18,25%
35-45%	28%	27,64%
45-55%	35%	36,50%
55-65%	42%	45,89%
65-80%	50,75%	59,45%
80-100%	70%	73%

Indien er door de advies- en uitvoeringsorganen geen conclusie met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid kan worden getrokken wegens onvoldoende informatie, kennis en/of inzicht in iemands psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, kan de verzekeringsgeneeskundige een psychodiagnostisch onderzoek aanvragen.
Als het gaat om onduidelijkheid wat betreft de geschiktheid voor bepaalde

werkzaamheden en indien daarvoor eventueel scholing nodig is, kan er (aanvullend) een psychotechnisch en beroepskeuze-onderzoek worden aangevraagd. Het verrichten van een psychotechnisch en beroepskeuze-onderzoek vindt overigens meestal pas plaats ingeval de arbeidsdeskundige op basis van het belastbaarheidspatroon en toetsing daarvan aan het systeem van de arbeidscomplexendocumentatie geen direct haalbare functies en/of beroepen kan aangeven (duiden).
Op grond van de verkregen psychologische informatie wordt opnieuw bepaald of er sprake is van een volledige (voorlopige en/of blijvende) arbeidsongeschiktheid. Daarbij bestaat de mogelijkheid dat er voldoende restcapaciteiten zijn om direct terug te keren in het arbeidsproces, dan wel dat het uitzicht daarop is te bieden door betrokkene eerst één of andere vorm van scholing te laten volgen. Het aantal arbeidsvoorzieningen in de vorm van financiering van om-, her- of bijscholing neemt de laatste jaren toe en neemt op het totaal van deze voorzieningen de eerste plaats in (Jaarverslag GMD, 1982, 1984, 1986).

Voor een meer gedetailleerde en technische beschrijving van de wijze waarop door de GMD de arbeids(on)geschiktheid wordt beoordeeld aan de hand van het vastgestelde resterende arbeidsvermogen, uitgewerkt naar beroepsvaardigheden, persoonlijkheidskenmerken en lichamelijke kenmerken, wordt verwezen naar 'Het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader, deel II, III en IV' (Timmer, 1985a,b,c).

Voornoemde praktijkgang bij de GMD onderscheidt zich, afgezien van enkele organisatorische verschillen, niet wezenlijk van de wijze waarop door de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds de mate van arbeids(on)geschiktheid van de aldaar verzekerden wordt vastgesteld.
In geval van ziekte van een ambtenaar wordt veelal in eerste instantie medisch onderzoek verricht door Bedrijfsgezondheidsdiensten, Gemeentelijke en Districts Geneeskundige Gezondheidsdiensten of de Rijks Geneeskundige Dienst. Ook deze instanties kunnen voor hun beeldvorming van betrokkenes 'psychische belastbaarheid', eventueel ter voorbereiding van een ABP-keuring, een beroep doen op psychologen.

Deze psychologen kunnen werkzaam zijn in de curatieve sector, bij de Rijks Psychologische Dienst of zelfstandig gevestigd zijn.

Bij het ABP heet het onderzoek naar de arbeids(on)geschiktheid formeel 'de pensioenkeuring' en betreft een medisch onderzoek, waarvan het doel tweeledig is:

1. nagaan of iemand uit hoofde van ziekten of gebreken blijvend ongeschikt is voor zijn/haar functie, respectievelijk herplaatsbaar kan worden geacht, en in welke mate er sprake is van algemene invaliditeit;
2. treffen van maatregelen om arbeidsongeschiktheid tegen te gaan dan wel voorzieningen treffen tot behoud, herstel en bevordering van de arbeidsgeschiktheid.

Een dergelijke pensioenkeuring kan zowel door betrokkene zelf als zijn werkgever (meestal via de bedrijfsgeneeskundige dienst) bij het ABP worden aangevraagd. In het kader van een dergelijk onderzoek kan er bij een psycholoog door de betrokken verzekeringsgeneeskundige een psychodiagnostisch onderzoek en door de arbeidsdeskundige een psychotechnisch en beroepskeuze-onderzoek worden aangevraagd, alvorens het ABP de beslissing neemt.
De keuringsprocedure mondt uit in één van de volgende beslissingen:

a. uit hoofde van ziekten of gebreken blijvend ongeschikt, waarbij tevens het percentage algemene invaliditeit wordt vastgesteld; niet herplaatsbaar.
   (N.B. Het juridisch begrip 'herplaatsbaar' in de zin van de ABP-wet houdt in dat de betrokken ambtenaar na ontslag wegens ziekte of gebrek uit zijn functie geen invaliditeitspensioen ontvangt. Indien er aansluitend geen werkhervatting in ander passend werk volgt, komt herplaatsingswachtgeld ten laste van zijn laatste werkgever voor een periode van ten hoogste vijf jaar. In geval van werkhervatting kan door het ABP, onder bepaalde voorwaarden, een herplaatsingstoelage worden toegekend.)
b. uit hoofde van ziekten of gebreken blijvend ongeschikt, doch herplaatsbaar, waarbij tevens het percentage algemene invaliditeit wordt vastgesteld.
c. niet blijvend ongeschikt.

Afhankelijk van de uiteindelijke beslissing vindt er wel of geen verdere begeleiding vanuit het ABP plaats.

Particuliere verzekeringsmaatschappijen hebben voor de vaststelling van de mate van arbeids(on)geschiktheid eigen binnen de wet toegestane regels en criteria. Meestal komen deze niet overeen met de regels en criteria die door de advies- en uitvoeringsorganen van de sociale wetgeving bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden gehanteerd.
Dit verschil in beoordelingsbeleid kan vooral de nodige problemen en moeilijkheden geven (o.a. bij de premievrijstelling), wanneer iemand deels verplicht verzekerd is en zich deels particulier tegen risico's van arbeidsongeschiktheid heeft verzekerd. Met deze problematiek kunnen psychologen worden geconfronteerd, die zich bezig houden met arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek van zowel verplicht als particulier verzekerden.

2.4 BEROEPSMOGELIJKHEDEN EN RECHTSGANG

Wanneer betrokkene zich niet kan verenigen met een beslissing van één van de uitvoeringsorganen inzake zijn of haar arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling, kan op grond van de Beroepswet van 1955 tegen die beslissing beroep worden aangetekend bij respectievelijk de Raden van Beroep, het Ambtenarengerecht en in geval van hoger beroep de Centrale Raad van Beroep. Er zijn tien Raden van Beroep, tien Ambtenarengerechten en één Centrale Raad van Beroep.
De Raden van Beroep zijn samengesteld uit een juridisch geschoolde voorzitter en leden die gelijk verdeeld op Koninklijk Besluit zijn benoemd op voordracht van respectievelijk de werkgevers- en werknemersorganisaties (Beroepswet 1955, artikel 4 en 19).
De ambtenarengerechten hebben dezelfde standplaats en hetzelfde rechtsgebied als de Raden van Beroep (Ambtenarenwet, artikel 4). De voorzitters van de Raden van Beroep treden tevens bij de respectievelijke Ambtenarengerechten ter standplaats op in dezelfde hoedanigheid (Ambtenarenwet, artikel 4 lid 2). Benoembaar tot lid is iedere ingezeten Nederlander die voor de aanvang van het lopende kalenderjaar de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt (Ambtenarenwet 1929: artikel 7).
De Centrale Raad van Beroep bestaat uit minstens drie leden die juridisch zijn geschoold en in ambtelijke dienst zijn (Beroepswet, artikel 34 lid 2).

Een beroepsprocedure wordt aanhangig gemaakt door middel van een 'klaagschrift', nadat een 'voor beroep vatbare beslissing' (VBVB) van het uitvoeringsorgaan is verkregen.
De VBVB geeft in de wettelijk voorgeschreven vorm aan wat het uitvoeringsorgaan heeft beslist, hoe het daartoe is gekomen, op grond van welke ingewonnen gegevens (adviezen) en welke wettelijke bepalingen daarbij in aanmerking zijn genomen. Bovendien moet de VBVB vermelden bij welke Raad van Beroep betrokkene binnen welke termijn door middel van een klaagschrift beroep kan aantekenen.

Het indienen van een klaagschrift heeft geen schorsende werking ten aanzien van de oorspronkelijke beslissing van het uitvoeringsorgaan.
Hangende de uitspraak van de desbetreffende beroepsinstantie wordt dus de uitkering gegeven overeenkomstig de beslissing van de uitvoerende instantie. Indien er dan geen recht bestaat op een gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering, c.q. een invaliditeitspensioen, betekent het meestal dat betrokkene een uitkering krijgt krachtens de nieuwe Werkloosheidswet of de Algemene Bijstandswet.

De taak van de beroepsinstanties is om de beslissing waartegen de betrokkene beroep heeft aangetekend te toetsen aan de wet. Uit de jurisprudentie van de beroepsrechter blijkt echter dat toetsing van voor beroep vatbare beslissingen van uitvoeringsorganen is beperkt tot rechtmatigheidscontrole (De Jong, 1984). Daarbij toetst de rechter aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, waartoe gerekend worden: het motiveringsvereiste, het zorgvuldigheidsbeginsel, het gelijkheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel (Haverkamp, 1982).
Tegen deze achtergrond heeft de beroepsrechter de bevoegdheid tot het zelfstandig onderzoeken van de standpunten en argumenten van de partijen en hij mag daarbij alles als bewijsmateriaal gebruiken. In dat verband is de uitvoerende instantie verplicht alle stukken over verricht onderzoek aan de beroepsrechter te overleggen, welke voor de partijen ter inzage worden gelegd (Beroepswet, artikel 98 en 111).

De beroepsprocedure wordt door Buis (1986a) vanuit een bestuurskundige invalshoek beschreven als een informatieproces dat verschillende fasen

kent en bij voortgang leidt tot één van de volgende drie uitspraken van de desbetreffende beroepsinstantie:
- beroep niet ontvankelijk verklaard;
- beroep gegrond verklaard;
- beroep ongegrond verklaard.

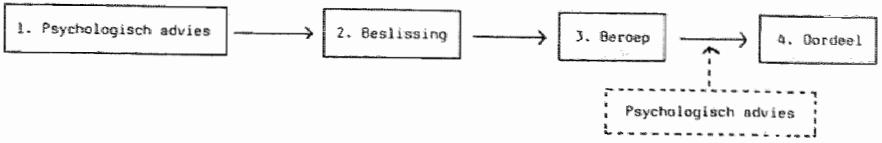
Indien het beroep gegrond wordt geoordeeld, kan, met gehele of gedeeltelijke vernietiging van de bestreden beslissing, hetzij een uitspraak worden gegeven welke treedt in de plaats van die beslissing, hetzij worden bepaald dat het orgaan, door of namens hetwelk de bestreden beslissing is genomen, een nadere beslissing dient te nemen of te doen nemen met inachtneming van de uitspraken (Beroepswet, artikel 70).

Tegen een uitspraak van de Raad van Beroep of het Ambtenarengerecht kunnen de partijen door middel van een 'beroepschrift' in hoger beroep gaan. De Centrale Raad van Beroep behandelt lagere beroepszaken van zowel de Raden van Beroep als de Ambtenarengerechten. Het hoger beroep schorst de uitspraak waartegen het is gericht (Beroepswet, artikel 147).
Voor zover het een oordeel betreft over het wel of niet arbeidsongeschikt zijn, kan tegen een einduitspraak van de Centrale Raad van Beroep geen beroep worden aangetekend.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van de beroepsprocedure wordt verwezen naar De Jong (1984), Caldenborgh e.a. (1985), Buis (1986a), Schnitzler (1986) en Mannoury en Asscher-Vonk (1987).

2.5 OVERZICHT VAN DE PROCESGANG BIJ DE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSBEOORDELING

Door de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling als een proces te beschouwen kunnen daarbinnen verschillende momenten worden onderscheiden.
Aansluitend op voorgaande beschrijving van de algemene praktijkgang bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling kunnen, ingeval er door de advies- of uitvoeringsorganen een psychologisch advies is gevraagd, de meest relevante momenten van de procesgang als volgt vereenvoudigd worden weergegeven:



ad. 1

Het psychologisch onderzoek is gericht op de vaststelling van de resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, op grond waarvan het psychologisch advies inzake de arbeids(on)geschiktheid wordt geformuleerd.

ad. 2

Mede op basis van een uitgebracht psychologisch advies komen advies- en uitvoeringsorganen in gezamenlijk overleg tot een beslissing inzake de mate van arbeids(on)geschiktheid van betrokkene.

ad. 3

Indien betrokkene de, mede op het psychologisch advies gebaseerde beslissing van de uitvoeringsorganen niet acceptabel vindt, kan hij in beroep gaan.

ad. 4

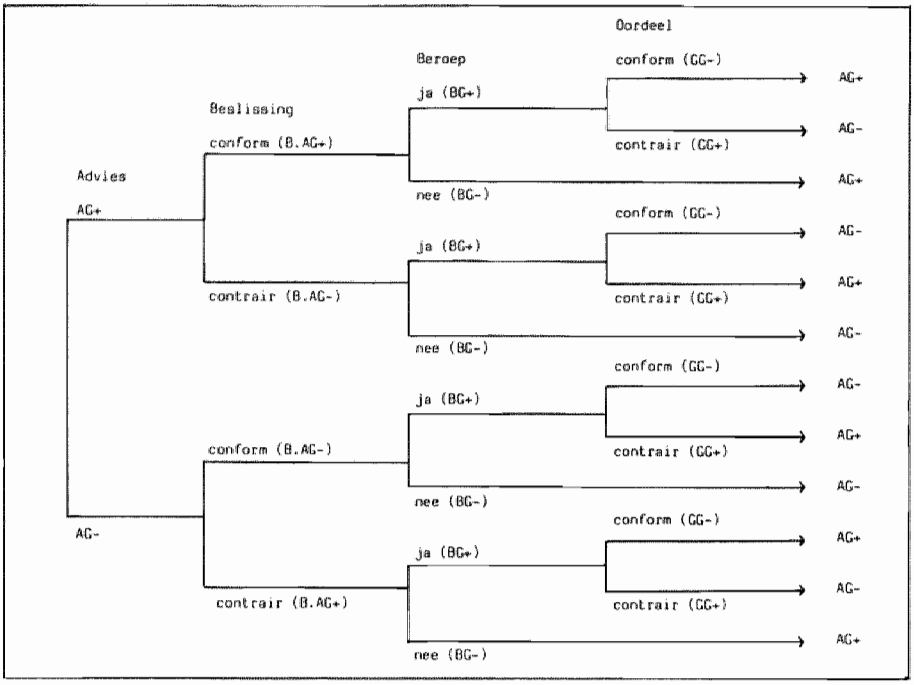
Het is dan aan de beroepsinstantie(s) om uit te maken of het beroep gegrond of ongegrond, dan wel 'niet ontvankelijk' wordt verklaard. In dat verband kan door de rechter eveneens een psycholoog worden geconsulteerd, alvorens hij beslist.

Een psychologisch advies kan door de adviserende en uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetgeving wel of niet worden overgenomen. De beslissing ligt in handen van het desbetreffende uitvoeringsorgaan, terwijl in geval van beroep tegen een 'voor beroep vatbare beslissing' de desbetreffende beroepsinstantie het uiteindelijke oordeel bepaalt.

Een meer uitgewerkt overzicht van de procesgang bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling is in schema 4 weergegeven. Voor de overzichtelijkheid is in dit schema geen onderscheid gemaakt tussen de beslissingen van het

adviesorgaan (GMD) en van de uitvoeringsorganen, welke overigens meestal conform zijn (zie ook Buis, 1986a).

Schema 4: Overzicht van de procesgang bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling



AG+ = arbeidsgeschikt
AG- = arbeidsongeschikt
B.AG+ = beslissing opdrachtgever: arbeidsgeschikt
B.AG- = beslissing opdrachtgever: arbeidsongeschikt
BG+ = beslissing betrokkene: beroep aangetekend
BG- = beslissing betrokkene: geen beroep aangetekend
GG+ = oordeel rechter: beroep gegrond
GG- = oordeel rechter: beroep ongegrond

Een psychologisch advies arbeidsgeschikt (AG+) kan door de advies- en uitvoeringsorganen wel of niet worden overgenomen. Ingeval de beslissing conform het advies is (B.AG+), kan dit aanleiding zijn tot een beroepszaak (BG+). Indien betrokkene geen beroep aantekent (BG-), blijft het advies arbeidsgeschikt (AG+) gehandhaafd.

Wordt in geval van een beroepszaak betrokkene door de beroepsinstantie als arbeidsgeschikt beschouwd, dan wordt het beroep dus ongegrond (GG-) verklaard. Is het beroep gegrond (GG+) verklaard, dan wordt het advies arbeidsgeschikt (AG+) ongedaan gemaakt.

Dezelfde procesgang wordt gevolgd ingeval een psychologisch advies van

arbeidsongeschiktheid (AG-) wordt overgenomen door het advies- en/of uitvoeringsorgaan. Ook dan maakt bij een beroepszaak de beroepsinstantie uiteindelijk uit of betrokkene conform het advies arbeidsongeschikt is.
Bij het niet overnemen van het psychologisch advies door het advies- en/of uitvoeringsorgaan kan het psychologisch oordeel mogelijk alleen nog van invloed zijn in geval van een beroepszaak, indien de beroepsinstantie het psychologisch onderzoek en het daarop gebaseerde advies, tegen de beslissing van het advies- en/of uitvoeringsorgaan in, toch als zodanig overneemt.

Alle verrichte onderzoeken in het kader van een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling kunnen in principe door de beroepsinstanties worden betrokken bij hun uiteindelijke oordeelsvorming.
Meestal laat de beroepsinstantie zich in geval van tegenstrijdige uitspraken adviseren door (vaste) deskundigen, van wie de uitspraken een sterke invloed hebben op de uiteindelijke oordeelsvorming (Knepper, 1984; Hoencamp en Schipper, 1985).
Uitspraken van de beroepsrechter kunnen een 'precedent-werking' hebben. Dat wil zeggen, dat de advies- en uitvoeringsorganen daaruit kunnen opmaken hoe beroepsinstanties in soortgelijke gevallen kunnen oordelen, hetgeen van invloed kan zijn op het beslissings- en beoordelingsbeleid van de advies- en uitvoeringsorganen.

Het juridisch referentiekader voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen wordt overigens niet alleen bepaald door de wet, maar blijkens de jurisprudentie ook door de algemene rechtsbeginselen, de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en de algemene beginselen van een goede procesorde. Zowel de wet als de jurisprudentie kunnen op zich aan veranderingen onderhevig zijn onder invloed van wijzigingen en veranderingen in de wetenschappelijke en maatschappelijke visies met betrekking tot 'arbeidsongeschiktheid' in relatie tot 'ziekte en gebrek'.
In het volgende hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan.

3. ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN PSYCHISCHE STOORNISSEN

3.1 ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN RELATIE TOT ZIEKTE EN GEBREK

Noodzakelijke voorwaarde voor een uitkering krachtens de ZW, AAW, WAO en ABP-wet is de aanwezigheid van ziekte of gebrek. Er zijn vele pogingen gedaan de begrippen 'ziekte' en 'gebrek' operationeel te definiëren. Tot heden is er nog geen eenduidige, geaccepteerde en werkbare formule gevonden (Bijlsma en Koopmans, 1982; Snitslaar en De Klerk, 1982; Buis, 1986b; Panhuis 1987). Dit heeft zijn consequenties voor de beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid.

Sinds de inwerkingtreding van de WAO op 1 juli 1967 wordt er geen onderscheid meer gemaakt tussen de begrippen ziekte en gebrek. Voordien werd een gebrek als een aangeboren abnormaliteit met een statisch karakter beschouwd, terwijl ziekte als een min of meer procesmatige, tijdelijke evenwichtsverstoring van het organisme met een kans op herstel, eventueel op een lager niveau, werd gezien (Hymans van den Bergh en Baart de la Faille, 1936).
Formeel zijn de begrippen ziekte en gebrek noch in medische termen, noch in wettelijke termen in het sociale verzekeringsrecht vastgelegd, waardoor variatie in de vaststelling ervan mogelijk is (Van Zaal, 1974).
"Het ontbreekt ten aanzien van de begrippen ziekte en gebrek aan een gouden objectieve standaard en daarmee aan een eenduidig toetsbaar criterium", aldus Sergeant (1987).

Ziekte en gebrek zijn niet identiek aan het wettelijk begrip arbeidsongeschiktheid, al liggen deze begrippen wel in elkaars verlengde.
De gedachte dat de grens tussen ziekte en gebrek enerzijds en gezondheid anderzijds objectief is vast te stellen, wordt steeds meer verlaten (Groothoff, 1986).
Er zijn vloeiende overgangen tussen psychisch gezond en psychisch ziek zijn en daarmee ook tussen arbeidsgeschiktheid en arbeidsongeschiktheid. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor het onderscheid tussen 'normaal' en 'abnormaal' op het vlak van de persoonlijkheidsstructuur en de mate waarin

op grond van defecten en stoornissen daarin sprake is van arbeids(on)geschiktheid (Schermer, 1970).
Arbeidsongeschiktheid is in feite het resultaat van een samenspel tussen individuele eigenschappen van betrokkenen en structurele kenmerken van de maatschappij (Van Zaal, 1984) en berust derhalve op steeds veranderende consensus. Maatgevend in dezen is tot nu toe de jurisprudentie van de administratieve rechtspraak, die op haar beurt wordt beïnvloed door wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen (Polak, 1979).

Historisch gezien werden in het kader van de administratieve rechtspraak betreffende de psychische ziekten en gebreken in eerste instantie alleen psychosen, cerebraal-organische stoornissen en ernstige vormen van zwakzinnigheid met arbeidsongeschiktheid in verband gebracht. De beoordeling daarvan door deskundigen gaf weinig of geen problemen of onduidelijkheden. De algemene definitie van gezondheid door de World Health Organization (1946), omschreven als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet slechts afwezigheid van ziekten en gebreken', en de uitbreiding van het begrip ziekte door Rümke (1951) en Van der Horst (1953) naar begrippen als neurose, psychopathie en persoonlijkheidsstoornis, hebben een grote invloed gehad op de begripsbepaling van 'psychische ziekte' en daarmee op de problematiek van de vaststellingen van arbeids-(on)geschiktheid.

De meest recente internationaal aanvaarde omschrijving van het begrip 'psychische ziekte' luidt volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition-revised: DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987): "A clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in a person and that is associated with present distress (a painful symptom) or disability (impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable response to a particular event, e.g., the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the person."

Met betrekking tot de beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid impliceert deze formulering volgens Kortmann (1987), dat er twee vragen moeten worden beantwoord:

1. Is er bij betrokkene sprake van een klinisch significant syndroom in psychische, fysiologische en/of gedragsmatige zin en zo ja, welk?
2. Gaat dit syndroom gepaard met beperkingen in één of meerdere functiegebieden van betrokkene, waardoor hij of zij niet kan werken?

Mede op advies van de Werkgroep Rapportage en de Sociale Wetgeving (Hoencamp e.a., 1988) wordt landelijk steeds meer bij de beantwoording van voornoemde vragen uitgegaan van het classificatiesysteem van de DSM-III-R. Deze ontwikkeling komt voort uit de toenemende behoefte aan vergroting van de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van adviezen inzake arbeids(on)geschiktheid en beslissende uitspraken daaromtrent.
De consequentie ervan is dat mensen met psychische, fysiologische en gedragsmatige symptomen, welke in de DSM-III-R staan beschreven, in principe als 'ziek' kunnen worden beschouwd, en als 'arbeidsongeschikt' wanneer er sprake is van functiestoornissen, welke met betrekking tot de referentieberoepen en daaraan gerelateerde werkuitvoeringseisen beperkingen geven.

Omdat de DSM-III-R grotendeels een beschrijvende en met betrekking tot de etiologie een a-theoretische benaderingswijze is, komt de categorie 'neurotische stoornissen' als zodanig niet voor (Rooymans, 1986), "terwijl deze neurotische stoornissen een belangrijk deel van de huidige populatie van arbeidsongeschikten uitmaken", aldus De Klerk e.a. (1986).
De neurotische aandoeningen zijn nu overigens in de DSM-III-R terug te vinden in de angststoornissen, affectieve stoornissen, somatoforme stoornissen, seksuele stoornissen en aanpassingsstoornissen en kunnen als zodanig geformuleerd de grond voor arbeidsongeschiktheid vormen.

Vooral wat betreft de neurotische stoornissen hebben de normen voor arbeidsongeschiktheid de laatste jaren een verruiming ondergaan. Dit is onder meer het gevolg van een proces van toevoegingen van neurotische verschijnselen (Smit, 1952), zoals het hyperesthetisch-emotioneel syndroom (Weyel, 1970), overspannenheid (Kraft, 1972, 1975), stress (Selye, 1976)

en decompensatie (Jongerius, 1984) als randgebieden der psychiatrie, aan het begrip ziekte (Schröeder e.a., 1988).
Deze toevoeging is enerzijds het gevolg van de hernieuwde oriëntatie na de Tweede Wereldoorlog op de invloed van maatschappelijke en omgevingsfactoren op de gezondheid en het welzijn van het individu en anderzijds berust deze normverruiming op de toename van het aantal mensen dat met gezondheidsklachten die onder één van voornoemde begrippen vallen, niet in staat is om te werken.

In hoeverre beperkingen in het arbeidsvermogen, voortkomend uit een bijzondere karakterologische ontwikkeling reden kunnen zijn voor arbeidsongeschiktheid, is nog steeds ter discussie en afhankelijk van onderzoek (Menges, 1986). In ieder geval constateert Van Zandvoort (1987) dat er steeds meer inzicht en begrip ontstaat voor de lange en dikwijls blijvende duur van ziekteverzuim wegens psychische decompensatie bij mensen met een 'neurotische persoonlijkheidsstructuur', als gevolg van een meer dan normaal versnelde afname in psychische belastbaarheid, vergeleken met de niet-neurotisch gestructureerde leeftijdgenoten.
Ook kunnen bepaalde 'defecten' in de persoonlijkheidsstructuur (Panhuis, 1987) op korte of langere termijn beperkingen geven ten aanzien van specifieke werkzaamheden onder bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld werken in ploegendienst; Jansen, 1987), mogelijk resulterend in een verhoogd verzuimrisico, respectievelijk verminderde geschiktheid en ongeschiktheid.
Daarnaast hebben de ontwikkelingen op het gebied van de psycho-somatiek geleid tot het inzicht dat een bepaalde karakterstructuur kan bijdragen tot het ontstaan van bepaalde arbeidsbelemmerende fysiologische klachten, symptomen en stoornissen (Boer e.a., 1983).

Ontoereikende opleiding en beperkte bekwaamheden (analfabetisme, zwakbegaafdheid) worden niet op voorhand als ziekte of gebrek beschouwd. Wel kunnen ze onder bepaalde omstandigheden secundair tot ziekte (bijvoorbeeld surmenage) leiden, wanneer er door ontwikkelingen in de werksituatie een groter beroep wordt gedaan op cognitief-intellectuele aanpassingsvermogens en/of specifieke vaardigheden dan waartoe betrokkene in staat is.

De bepaling van de arbeids(on)geschiktheid vereist afweging van de mate

van onvermogen als gevolg van ziekte of gebrek tegenover de belasting van de desbetreffende werkzaamheden, waaraan gezien de vraagstelling moet worden gerefereerd. Tevens dient daarbij de kans op recidief ziekteverzuim bij terugkeer in het arbeidsproces te worden geschat en in de beoordeling te worden meegenomen.
Teneinde tot een gedeeltelijke of gehele arbeidsongeschiktheid te kunnen besluiten, is het ingevolge de wet noodzakelijk dat er een ziektebeeld dan wel gebrek ter verklaring wordt gegeven. Dit impliceert dat er in ieder geval een aannemelijke verklaring op somatische en/of psychische gronden moet kunnen worden aangegeven om te kunnen concluderen dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin der wet.
Met name in geval van psychische stoornissen is volgens Bax (1984) het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid een uiterst discutabele aangelegenheid. Er is nogal eens sprake van verschillen in diagnose, verwachtingen over beloop, herstel en therapie. "Mensen met psychische ziekten vormen voor verzekeringsgeneeskundigen een probleemgroep, omdat ze met meer onzekere factoren te maken hebben dan bij de meeste andere ziekten", aldus De Klerk e.a. (1986).
Aangezien deze groep arbeidsongeschikten in omvang sterk toeneemt, neemt ook de problematiek van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling in verband met psychische stoornissen toe en is het te begrijpen dat deze ontwikkeling zowel beleidsmatig als wetenschappelijk bijzondere aandacht vraagt.

3.2 ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN VERBAND MET PSYCHISCHE STOORNISSEN

Psychische stoornissen komen toenemend voor, onder meer in samenhang met arbeidsvervullingsproblemen, en worden steeds belangrijker als oorzaak van arbeidsongeschiktheid. De sterke volumegroei van het aantal personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering als gevolg van 'psychische deficiënties' is een sociaal-maatschappelijk probleem (Hibbeln, 1980). Dit is geen specifiek Nederlands verschijnsel, maar doet zich in vrijwel alle geïndustrialiseerde 'verzorgingsstaten' voor (De Gier, 1981).
Met name in deze landen is een stijgende lijn te constateren in het aantal mensen dat buiten het arbeidsproces geraakt wegens psychische stoornissen.

In Nederland is ruim de helft van de groei van het totaal aantal uitkeringsgerechtigden sinds 1982 afkomstig uit de categorie 'psychische stoornissen'. Momenteel vormen deze stoornissen de belangrijkste diagnose onder de categorie 'langdurig volledig arbeidsongeschikten' (Knepper, 1987).

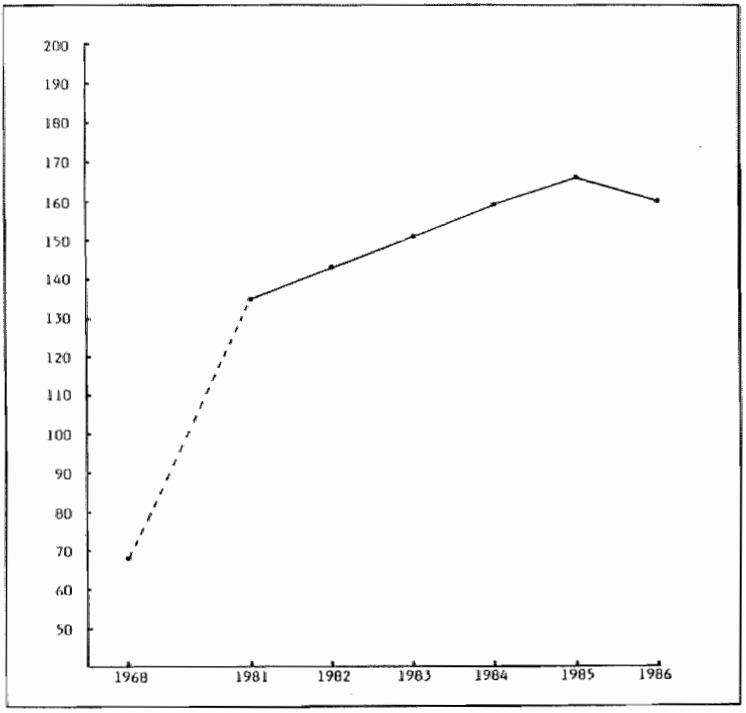
Sinds 1967, het jaar waarin de WAO in werking trad, neemt het aantal arbeidsongeschikten wegens psychische stoornissen vrijwel lineair toe. Volgens het onlangs aan de vaste kamercommissie voor Sociale Zaken en Volksgezondheid aangeboden rapport 'Preventie van ongeschikte arbeid' (Den Heeten e.a., 1988) komen jaarlijks ruim 16.000 mensen wegens psychische problemen in de AAW/WAO terecht. Volgens hetzelfde rapport heeft, afgezien van de aandoeningen en diagnosecodering, naar schatting de helft van de 725.000 mensen die in de AAW/WAO zitten 'psychische problemen'. Dit betreft vooral jongeren tot 25 jaar, jonge vrouwen en mensen boven de 55 jaar.

In 1968 was het aantal arbeidsongeschikten met de hoofddiagnose 'psychische stoornissen' volgens de gegevens van de GMD (De Klerk e.a., 1986) nog 11% van het totaal aantal uitkeringsgerechtigden voor de WAO. In 1985 was dit percentage 27%, waarmee het contingent van lijders aan psychische stoornissen, na dat van lijders aan stoornissen in het bewegingsstelsel, de grootste categorie van arbeidsongeschikten is geworden. Deze ontwikkeling wordt weergegeven in grafiek 1, waarvan de gegevens over de jaren 1981 tot en met 1985 zijn ontleend aan het GMD Jaarverslag 1985 (zie bijlage A) en de gegevens over 1968 en 1986 aan De Klerk e.a. (1986).

Volgens het GMD Jaarverslag 1986 vertoont overigens het aandeel van de psychische stoornissen in het totaal van het aantal nieuwe uitkeringsgerechtigden enige daling en veroorzaakt in het totaal een teruggang van 27% naar 26%. "In hoeverre dit meer dan incidenteel is, zal nog moeten blijken", aldus Knepper (1987).
Ook bij deze daling blijkt overigens de diagnose 'psychische stoornissen' bij de nieuwe uitkeringsgerechtigden onder de groep 18- tot 35-jarigen de eerste plaats in te nemen.
Voor de 'jeugdgehandicapten' zijn de psychische ziekten zelfs de grootste diagnosecategorie voor arbeidsongeschiktheid. Deze jonge uitkeringsge-

rechtigden, die in vele gevallen nog nooit aan het arbeidsproces hebben deelgenomen, maken thans meer dan 50% uit van het aantal nieuwe AAW-uitkeringsgerechtigden.

Grafiek 1: Aantal uitkeringsgerechtigden volgens GMD-diagnosecode V: 'psychische stoornissen'; december 1968, december 1981 tot en met december 1986 (totaal aantal x 1000)



De groep, die wegens psychische stoornissen AAW- en/of WAO-gerechtigd is, wordt in het door de GMD gehanteerde classificatiesysteem (de ICD-9*) aangeduid als diagnosecategorie V. Deze diagnosecategorie bestaat uit 26 gespecificeerde diagnose-mogelijkheden, waarvan de meest voorkomende zijn: psychosen, neurotische stoornissen, aanpassingsstoornissen en depressieve stoornissen.

Uit een dossierstudie van De Klerk e.a. (1986) is naar voren gekomen dat

* Zie voor de gecodeerde diagnosegroepen bijlage A en Wouters (1984).

mensen die tot categorie V behoren, in tegenstelling tot andere diagnose-categorieën:

- jonger zijn;
- relatief vaker van het vrouwelijk geslacht zijn (Besseling en Bruinsma, 1986);
- meer alleenstaand zijn (mannen zijn in de meeste gevallen gescheiden en vrouwen ongehuwd);
- hoger zijn opgeleid;
- een hoger beroepsniveau en inkomen hebben;
- vaker full-time werken;
- meer in onregelmatige diensten werken;
- meer in grote steden wonen;
- meer onder de Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging en de Bedrijfsvereniging voor het Bank- en Verzekeringswezen ressorteren;
- meer contact hebben met de behandelende sector van de gezondheidszorg;
- met uitzondering van de arbeidsongeschikten met hart- en vaatziekten de meeste psychofarmaca gebruiken (Bruinsma e.a., 1987);
- langer volledig arbeidsongeschikt zijn (Knepper, 1987);
- bij beroepszaken meer in het gelijk worden gesteld (Knepper, 1983 en 1984; Hoencamp en Schipper, 1985).

Uit het ABP Jaarverslag 1985 blijkt de groep 'psychische ziekten' binnen de ABP-populatie (ca. 25% van de Nederlandse bevolking) zelfs de eerste plaats in te nemen onder de ziektecategorieën voor blijvende arbeidsongeschiktheid (ca. 35%). Voor de exacte aantallen wordt verwezen naar bijlage B, waarin over de periode 1981 tot 1985 het aantal blijvend arbeidsongeschikt-verklaarden staat weergegeven.

Dat uit de ABP-gegevens de toename van psychische ziekten als reden voor arbeidsongeschiktheid niet zo expliciet naar voren komt als in de GMD-gegevens, heeft te maken met het verschil van criteria die in de jaarverslaglegging worden gehanteerd. De GMD hanteert de stand van zaken per einde wachttijd voor de AAW/WAO aan het einde van het kalenderjaar. Het ABP hanteert op hetzelfde tijdstip het aantal blijvende ongeschiktverklaringen, waardoor de 'tijdelijk ongeschikten' wegens psychische stoornissen buiten deze gegevens zijn gebleven. Deze categorie tijdelijk arbeidsonge-

schikten is in vele gevallen niet bij het ABP bekend, maar is wel terug te vinden in het bestand van de bedrijfsartsen.
Volgens Van Oosterom (1984) betreft zeker 55% van de patiëntenpopulatie van bedrijfsartsen mensen met psychische problematiek.
Dit wordt door Van der Putten (1985) bevestigd door zijn onderzoek naar het aantal ambtenaren dat bij de 'arbeids(on)geschiktheidskeuring' weliswaar niet blijvend volledig is afgekeurd, maar bij wie wel een 'verlaagde', c.q. afgenomen psychische belastbaarheid werd geconstateerd. Bij 58% van de mannen en 63% van de vrouwen was er sprake van een verminderd arbeidsvermogen wegens hun afgenomen psychische belastbaarheid.

Een analyse van de soort psychische problematiek, waardoor mensen niet in staat zijn om te werken, heeft geleid tot de constatering dat een niet onaanzienlijk deel van de populatie arbeidsongeschikten op psychische gronden binnen de categorie 'lichte psychopathologie' valt (Broekhuis, 1986).
De Klerk e.a. (1982, 1986) komt eveneens tot de conclusie dat de progressie van het aantal uitkeringsgerechtigden in diagnosegroep V in mindere mate de ernstige psychopathologie betreft, maar dat het vooral de lichte psychiatrische stoornissen, zoals neurotische stoornissen, angststoornissen, depressieve stoornissen, inadequate aanpassingsreacties (overspannenheid/surmenage, stress, decompensatie en levensfaseproblematiek) en somatisatie zijn die tot arbeidsongeschiktheid leiden.
Van het totaal aantal 'psychische gevallen' bleek in 1983 75% tot deze 'lichtere psychopathologie' te behoren. Daarbinnen is de categorie mensen met neurotische stoornissen (36%) oververtegenwoordigd (De Klerk e.a., 1985), gevolgd door de categorie mensen met chronische psychogene rugklachten (25%: Bruinsma, 1987).
Opvallend is dat personen die wegens psychische stoornissen uitvallen over het algemeen jonger zijn en beter opgeleid dan de overige arbeidsongeschikten. Daarnaast zijn mensen met psychische problemen vaker volledig en langer arbeidsongeschikt dan mensen die tot de andere diagnosegroepen behoren. Bovendien blijken uiteindelijk relatief weinig van hen terug te keren in het arbeidsproces (De Klerk e.a., 1986; Knepper, 1986), waardoor er sprake is van een cumulatief effect, van waaruit de sterke toename van

het totaal aantal mensen die wegens psychische stoornissen uitkeringsgerechtigd zijn kan worden begrepen.

Sinds de laatste 15 jaar is er veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de oorzaken en achtergronden van de toename van het aantal AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden (Smulders, 1984b). Ondanks deze vele onderzoeken en publicaties kan er nog steeds geen eenduidige verklaring worden gegeven voor de oorzaken van arbeidsongeschiktheid en voor de omvang die deze heeft aangenomen (Buys, 1984). Zoals hiervoor reeds is aangegeven, komt de snelste toename van het aantal arbeidsongeschikten voor rekening van de psychische stoornissen: diagnosecategorie V (De Klerk e.a., 1986).
Over de oorzaken van de toename van de (lichte) psychische stoornissen als reden van arbeidsongeschiktheid bestaan vanuit o.a. de sociologische, psychologische en psychiatrische disciplines, referentiekaders en theoretische paradigma's verschillende hypothesen en verklaringen (o.a. Philipsen, 1969; Giel, 1976, Wiersma, 1980; De Jong, 1984; Schellart, 1987).
Wegens het feit dat er op macro-, meso- en microniveau meerdere oorzaken voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid aan de orde kunnen zijn, ligt een multicausaal verklaringsmodel voor de hand.
Volgens het eindverslag van de commissie 'Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim' (Mertens en Streng, 1981) kunnen de factoren welke voor de verklaring van het toenemend ziekteverzuim en het toenemend aantal arbeidsongeschikten wegens psychische stoornissen van belang zijn, in de volgende drie categorieën worden verdeeld:
- **maatschappelijke en bedrijfsstructurele ontwikkelingen;**
- **iatrogene effecten;**
- **specifieke psychologische persoonskenmerken.**

In de volgende paragrafen worden deze drie verklaringscategorieën op basis van literatuurstudie nader geïnventariseerd.

3.3 ARBEIDSONGESCHIKTHEID ONDER INVLOED VAN MAATSCHAPPELIJKE EN BEDRIJFSSTRUCTURELE ONTWIKKELINGEN

In de loop der tijd zijn er vanuit maatschappelijke en bedrijfsstructurele

ontwikkelingen meerdere verklaringen gegeven voor het toenemend aantal mensen dat wegens psychische problemen niet (meer) kan werken. Samengevat komen de verklaringen erop neer dat enerzijds onze moderne maatschappij de mensen psychisch ziek en daarmee arbeidsongeschikt maakt, terwijl anderzijds steeds meer mensen in geestelijke problemen komen door de aard van het hedendaagse werk en de slechte werkomstandigheden.
Zo gaat Aakster (1973) ervan uit, dat vervreemding in de werksituatie onder invloed van processen van 'schaalvergroting' en functieveranderingen, fusies, reorganisaties en tegelijkertijd de onbereikbaarheid van immateriële doelen en een onzeker toekomstperspectief, verantwoordelijk zijn voor stresssymptomen en daarmee voor de progressie van het aantal arbeidsongeschikten.

Weyel (1974) verklaart de stijging van het aantal arbeidsongeschikten wegens psychische problemen vanuit een toenemende 'sociogene welzijnsnood'. Volgens voornoemde auteur heeft de huidige sociale onzekerheid een belangrijke invloed op het ontstaan van klachten en symptomen zoals gevoelens van gejaagdheid, prikkelbaarheid, 'afgeknapt' zijn, nergens meer tegenop kunnen, neiging tot huilen, neerslachtigheid, onzekerheid, verminderde concentratie, gebrek aan eetlust, seksueel disfunctioneren, onredelijke agressiviteit, gevoelens van leegte, angst en depressiviteit.
Deze klachten en symptomen van 'sociale ziekte' worden volgens Weyel (1974) mede veroorzaakt door het feit dat degenen die daadwerkelijk lichamelijk ziek zijn, psychosomatisch gestoord of psycho-sociaal deficiënt, wel een uitkering krijgen en zo behoed worden tegen verarming, maar tegelijkertijd in een sociaal isolement terechtkomen.
Een dergelijk isolement en daardoor ontstane klachten en symptomen leiden tot angststoornissen en kunnen op zich een sociaal invaliderend effect hebben (Eijk, 1982).

Welzijnsnood en daarmee samenhangende angsten komen volgens Ringelberg (1973) voort uit de toegenomen sociale onzekerheid ten gevolge van het conflict dat bij vele mensen is ontstaan vanuit de discrepantie tussen enerzijds de maatschappelijke ontwikkeling, gekenmerkt door humanisering van de arbeid en democratisering van de samenleving, en anderzijds de technisch-economische ontwikkeling, die in het bedrijfsleven steeds meer

gaat overheersen en toenemende hoge kwaliteitseisen aan mensen stelt. Door deze ontwikkelingen in de werksfeer is de individuele zelfstandige werker-oude-stijl het meest kwetsbaar. "Zonder succes verzet hij zich tegen de dreigende vervreemding van zijn werk en hij vindt onvoldoende compensatie in zijn gezin en vrijetijdsbesteding. Bij invaliditeit of ziekte - al dan niet mede het gevolg van de frustratie - moet hij dan nog de moeilijke verandering ondergaan van een wereldbeeld, geënt op een uitdagende vadermaatschappij, naar een wereldbeeld, geënt op een koesterende moedermaatschappij, met als uitvloeisel de zegeningen van de sociale collectieve voorzieningen", aldus Ringelberg (1973).
De cognitieve en emotionele herstructurering die dergelijke veranderende omstandigheden vereisen, kan gepaard gaan met intrapsychische conflicten, welke op zich tot psychische, fysiologische en aanpassingsproblemen kunnen leiden (Verkley en Spruit, 1983).

Ook Giel (1976) zoekt de oorzaak niet zozeer in het toenemen van psychische stoornissen op zich, maar in de toegenomen sociale onzekerheid en eenzaamheid onder de mensen. De daardoor ontstane psychische problemen leiden tot ziektegedrag en somatisering, inclusief vluchten in behandeling, al of niet in het alternatieve circuit, dan wel in pseudo-religieuze therapeutische gemeenschappen. Disfunctionerende en in het arbeidsproces minder bruikbare mensen die regulier ziektegedrag vertonen, komen in het kanaal van het sociale zekerheidsstelsel terecht. "Een proces," aldus Beek (1977), "dat begrijpelijk is vanuit de economische doelstelling van het arbeidsbestel en mogelijk is vanuit de sociale wetgeving en een utopisch solidariteitsbegrip, waarbij de vervuiler niet betaalt, omdat er geen directe financiële terugkoppeling naar de werkgever plaatsvindt en betrokkenen de verantwoordelijkheid voor hun verzuimgedrag wordt ontnomen." Daarbij spelen factoren als een werkgelegenheidstekort, een verschil in vraag en aanbod en met name een gebrek aan passend werk een determinerende rol. In dit verband veronderstellen o.a. Van den Bosch en Petersen (1980) dat het aantal arbeidsongeschikten een afspiegeling is van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en derhalve niet alleen wordt bepaald door persoonsgebonden arbeidsbelemmerende psychische ziekten of gebreken.

Wiersma (1979) verklaart de oorzaak van het toegenomen aantal langdurig

arbeidsongeschikten op psychische gronden in de geleidelijk toegenomen stress, waaraan men in onze samenleving met zijn snel opeenvolgende veranderingen wordt blootgesteld. Industrialisering, autonome technische ontwikkelingen, automatisering, schaalvergroting, ontzuiling, normverandering en individualisering maken volgens hem onze samenleving zodanig complex, dat het individu steeds meer wordt geconfronteerd met gevoelens van onzekerheid, zich uitend in psychische en psychosomatische klachten, waardoor men uiteindelijk buiten het arbeidsproces kan geraken.
Volgens Vroege (1982) is in deze kwestie het proces van 'survival of the fittest' in het geding. Ontslagdreiging, toename van eisen met betrekking tot de produktiviteit en hogere eisen met betrekking tot het werktempo, worden 'betaald' met een toename van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit geldt met name in die gevallen waar, mede als gevolg van starre managementstructuren, onvoldoende flexibiliteit in het werk en de werksituatie aanwezig is en te weinig hersteltijd en herstelmogelijkheden worden gegeven om ervoor te zorgen dat de balans tussen belasting en belastbaarheid in evenwicht kan blijven.

Nijhuis (1984) en Smulders (1984) tonen aan hoe arbeidsomstandigheden, bedrijfsstructurele, technologische, specifieke taak- en functiegebonden ontwikkelingen mede een belangrijke rol spelen bij arbeidsongeschiktheid wegens klachten van 'psychogene aard'. Dit geldt overigens niet alleen voor het vrije bedrijf, maar ook voor de sociale werkplaatsen (Dijkstra, 1977; Wijnen, 1986).
Bijlsma en Koopmans (1982) wijzen erop, dat blijvende arbeidsongeschiktheid beïnvloed kan worden vanuit de bedrijven. Daarbij noemen zij manipulatie en op afvloeiing gerichte activiteiten, zoals reorganiseren, veranderen van functie-eisen en tijdens het ziekteverzuim geen contacten onderhouden met de betrokkenen. Deze bedrijfsmaatregelen en het gebrek aan 'social support' vanuit een afdeling personeelszaken blijken ernstige psychische problemen teweeg te kunnen brengen en tot persisterende arbeidsongeschiktheid te kunnen leiden (Nijhuis en Soeters, 1982).

Van der Putten (1981) en Buys (1984) verklaren de toename van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen uit de intensivering van de arbeid, met name in het onderwijs, het welzijnswerk, de gezondheids-

sector en het bankwezen. In deze sectoren moet gaandeweg, dikwijls ten gevolge van bezuinigingen, meer mentaal belastend werk verricht worden door minder mensen, met als gevolg een toename van psychische belasting en een daarmee samenhangende verhoogde kans op psychische en psychosomatische klachten.

Niet alleen overbelasting, maar ook onderbelasting in de werksituatie en daaraan gerelateerde gevoelens van machteloosheid worden als een belangrijke determinant voor ziekte en arbeidsongeschiktheid gesignaleerd (Van Wely, 1983). Onderbelasting kan tevens een gevolg van werkloosheid zijn. Meerdere onderzoeken ondersteunen deze veronderstelling, dat 'arbeidsdeprivatie' bij veel mensen aanleiding geeft tot psychische stoornissen (Merens-Rietstra, 1981; Philipsen, 1983; Spruit, 1983; Den Heeten e.a., 1988).

Ziektegedrag in de vorm van werkverzuim en uiteindelijke arbeidsongeschiktheid worden vanuit een circulair causaliteitsmodel, het zogenaamde 'cybernetische model' steeds meer gezien als een gevolg van de te grote discrepantie tussen draagkracht en draaglast (Bax, 1984). Met betrekking tot de draagkrachtzijde meldt Bowbly (1979) een vermindering daarvan als gevolg van veranderingen in het opvoedingspatroon en de gezinsomstandigheden in de westerse geïndustrialiseerde landen. Aan de draaglastzijde wijst Kompier e.a. (1986) op de algemene verschuiving van fysieke naar steeds hogere mentale eisen in het hedendaagse westerse arbeidsproces als mogelijke verklaring voor het toenemend aantal arbeidsongeschikten op psychische en psychosomatische gronden.

Naast de toegenomen ingewikkeldheid van onze maatschappij, die veel mensen noodzaakt voortdurend 'op hun tenen te lopen', hebben mensen ook steeds hogere eisen en verwachtingen ten aanzien van hun vrijetijdsbesteding, hetgeen mede extra psychische belasting teweeg kan brengen en de kans op 'welvaartsziekten' verhoogt. De oorzaak van deze ontwikkeling wordt o.a. in een veranderde arbeidsethos gezocht: "mensen zoeken hun zelfontplooiing niet meer alleen in het verrichten van arbeid, maar ook in hun vrije tijd, hetgeen het doel en het functioneren van de arbeidsongeschiktheidswetten aantast wegens de mate waarin psychische overbelasting in de privésituatie

tot klachten en symptomen leidt, waar een gedeeltelijke of gehele uitkering tegenover staat. De AAW en WAO zijn daarmee niet alleen klachten-belonende wetten, maar geven op basis van 'recht op een uitkering' ook ruimte voor een 'zinvolle vrijetijdsbesteding'", aldus Zweekhorst (1977).
Daarnaast geven ziekte, pijn en ongeluk tegelijkertijd recht op verzorging, verpleging, financiële schadeloosstelling en een vermindering, soms zelfs volledige vrijstelling, van verplichtingen en verantwoordelijkheden. Volgens Ten Kroode (1982) heeft dit de preoccupatie met het eigen lichaam versterkt, waardoor de pijndrempels zijn verlaagd en de hypochondrie is toegenomen.

Voor zover onze verzorgingsstaat met haar sociale wetgeving en haar uitvoeringsstructuur van invloed is op de 'ervaren ongezondheid', met alle ziekteverzuimgevolgen van dien, wordt er gesproken van 'lexogene effecten'.
Volgens Giel (1985) verzwakken onze arbeidsongeschiktheidswetten de verplichting om de 'ziekenrol' te verlaten. De ontwikkeling van het toenemend ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten zou zijns inziens dan ook meer te maken hebben met veranderingen in de 'bekrachtiging' vanuit de privé- en werkomstandigheden van de ziekenrol dan met veranderingen in het patroon van ziekten.
Schuerman (1980) geeft in zijn theoretische beschouwing over 'revalidatie als leerproces' duidelijk aan, dat (im)materiële bekrachtigende condities in hoge mate bepalend zijn voor het falen of slagen van de revalidatie. Falen kan in dit verband betekenen dat betrokkene in de ziekenrol blijft en o.a. daarom niet terugkeert in het arbeidsproces, terwijl slagen betekent dat betrokkene in sociaal en beroepsmatig opzicht zo zelfstandig en adequaat mogelijk (weer) functioneert (Lancée, 1981b).
Hoe belangwekkend een leer-theoretische functie-analyse van de operante werking van de huidige arbeidsongeschiktheidsregelingen kan zijn, wordt hiermee aangegeven. Een dergelijke analyse zou vooral van belang zijn om inzicht te krijgen in de positief bekrachtigende werking van deze regelingen op ziektegedrag, maar valt buiten de context van deze studie.

Samengevat kan worden geconstateerd dat maatschappelijke veranderingen in

onze samenleving en bedrijfsstructurele ontwikkelingen gedurende de laatste decennia de spanningen in het leven van velen heeft doen toenemen. Op grond van de met deze spanningen samenhangende klachten en symptomen achten ook steeds meer mensen zich niet in staat om te werken.
Mede tegen de achtergrond van de 'medicalisering' (Wellen, 1981) van onze samenleving worden deze spanningsklachten en symptomen geplaatst in het perspectief van gezondheid en ziekte.
In dit verband wijst Scheff (1966) op een verschuiving in beslissingsregels bij medici, in die zin dat, wanneer geen duidelijke keuze mogelijk is, artsen geneigd zijn om in het belang van betrokkene eerder de aanwezigheid van een ziekte te veronderstellen dan deze te ontkennen. Het risico lopen om een aandoening over het hoofd te zien, kan voor de betrokken arts bovendien negatieve consequenties hebben in de vorm van beroepszaken of een tuchtrechterlijke vervolging.
In het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling wordt het één en ander volgens Beek (1977) nog eens versterkt door het feit dat het gemakkelijker is om betrokkene op grond van een diagnose arbeidsongeschikt te verklaren dan om aan te geven wat de resterende arbeidsvermogens zijn en voor welke beroepen betrokkene nog wel geschikt zou kunnen worden geacht. Dergelijke ontwikkelingen werken volgens Illich (1975) de zogenaamde 'iatrogene invalidering' in de hand, waardoor onder meer onnodig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden veroorzaakt.

3.4 ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN IATROGENE INVALIDERING

In de relatie die er bestaat tussen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid enerzijds en de gezondheidszorg anderzijds kunnen zogenaamde 'iatrogene factoren' een rol spelen en als zodanig op betrokkene een invaliderend effect hebben.

Het begrip 'iatrogene invalidering' wordt gehanteerd in de betekenis van het ziek(er) en arbeidsongeschikt(er) worden of voelen, dan wel blijven als gevolg van foutief, onnodig, vertraagd of niet uitgevoerd medisch handelen (Buys, 1984). Dit kan zowel betrekking hebben op de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige als de curatieve sector van de gezondheidszorg.

Holthuis (1980) wijst in dit verband op de verhoogde kans van 'iatrogene invalidering' door de zogenaamde 'uitsluitingsdiagnostiek'.
Bij klachten die psychisch van oorsprong zijn, wordt vaak toch eerst een (volledig) onderzoek naar mogelijke lichamelijke oorzaken gedaan.
Tegelijkertijd is er in geval van (dikwijls later) geconstateerde psychische stoornissen een verhoogde kans op 'iatrogeen verzuim' als gevolg van het steeds groter wordende aantal verwijzingen binnen de curatieve sector naar de tweede-lijn en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg (RIAGG). De daardoor ontstane lange wachttijden kunnen een ziek(er)makend effect hebben (De Groot, 1958; Post, 1985).
Soeters (1983) spreekt in dit verband van 'stuurloze perioden' waarin noch door de behandelende, noch door de verzekeringsgeneeskundige sector een vorm van begeleiding wordt gegeven.
Vooral bij mensen met psychische stoornissen zouden dergelijke stuurloze ziekteverzuimperioden aan de orde zijn. Bovendien blijken in de praktijk deze stuurloze perioden nogal eens extra verlengd te worden, omdat mensen volgens de curatieve sector niet in aanmerking komen voor psychotherapeutische behandeling, bijvoorbeeld wegens 'onbehandelbaarheid' en 'gebrek aan motivatie', ook al zijn er klachten aan de orde die werken onmogelijk maken.
Van Mansveld (e.a., 1975) attendeert daarbij op de onnodige herstelvertraging als gevolg van "de chaotisch aandoende structuur van de gezondheidszorg en de sociale wetgeving, waarbinnen de curatieve en verzekeringsgeneeskundige instanties onafhankelijk van elkaar functioneren, dikwijls van elkaar niet wetend wat de ander doet of niet doet." Illich (1975) spreekt in dit verband van 'sociale en structurele iatrogenie'.

In het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling kan een psychologisch of psychiatrisch expertise-onderzoek op zich een klachten- en symptomen-versterkend effect hebben. Daarbij moet niet uitgesloten worden geacht dat de (dikwijls bedreigende) beslissing van de beoordelaar het functioneren van betrokkene tijdens het onderzoek mede bepaalt.
Inhoudelijk kunnen verschillende vormen van iatrogene effecten bij onderzoek naar psychische stoornissen worden onderscheiden:
- iatrogene effecten door bij- en nevenwerkingen van het onderzoek op zich wegens het feit dat betrokkene door de onderzoeksprocedure en -inhoud

expliciet met zichzelf, zijn verleden en zijn toekomst wordt geconfronteerd;
- iatrogene effecten door 'te veel' of 'te zwaar' onderzoek, waardoor er sprake kan zijn van lichamelijke en/of psycho-emotionele overbelasting met zowel kortdurende als blijvende effecten;
- iatrogene effecten door 'onvoldoende' onderzoek: een bekend fenomeen is dat mensen zich niet au sérieux genomen voelen, wanneer er naar hun idee onvoldoende of geen aandacht aan hun klachten wordt besteed of wanneer een onderzoek naar hun gevoel 'kort' duurt, terwijl er wel een uitspraak over de arbeids(on)geschiktheid wordt gedaan. Eén en ander kan fixatie van betrokkenen op hun klachten in de hand werken (Verhulst, 1974).

Samengevat kan worden gesteld dat iatrogene effecten mede kunnen leiden tot (persistering van) arbeidsongeschiktheid en dat deze effecten in het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling zo expliciet mogelijk dienen te worden gemaakt. Daarbij is het met name van belang om aan te geven welk gewicht er in de oordeelsvorming wordt toegekend aan deze iatrogene processen en de (meestal autonoom verlopende) effecten ervan op de subjectieve klachtenbeleving en ingeschatte belastbaarheid van betrokkene, rekening houdend met diens psychologische persoonskenmerken.

3.5 ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN

Psychologische persoonskenmerken kunnen een (mediërende) invloed hebben op de intensiteit van de subjectieve klachtenbeleving en de ziekte- en afwezigheidsdrempel, onafhankelijk of dit door derden formeel is gefiatteerd of gesanctioneerd.

Recente onderzoeken richten zich steeds meer op de persoonlijke belastbaarheid en weerbaarheid als (mede) bepalende factor bij het zich wel- en onwelbevinden, en van daaruit op de relatie tussen psychologische persoonskenmerken enerzijds en arbeidsongeschiktheid anderzijds (Ormel, 1980; Groot Bluemink e.a., 1982; Smulders, 1984).
De relevantie om op microniveau deze problematiek te benaderen wordt bepaald door het feit dat bij elke vorm van verminderde arbeidsgeschiktheid

het individu degene is die beslist of hij doorgaat met werken dan wel zich ziek meldt. Het is immers betrokkene zelf die, al of niet op advies van anderen, beslist tot afwezigheid wegens ziekte en zich daarom arbeidsongeschikt acht.

Tot nu toe zijn er geen aanwijzingen gevonden voor de toename van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een verslechtering in de gezondheidstoestand van onze bevolking (Hunfeld, 1980; Groothoff, 1986). Op grond daarvan zijn er redenen om aan te nemen dat de beslissing om ziek te worden of door te werken steeds meer uitvalt ten gunste van ziek worden. De 'ziektedrempel' is daarmee lager komen te liggen.
Het 'omslagpunt' om zich op grond van gepercipieerde klachten ziek te melden en vervolgens arbeidsongeschikt te (willen) blijven, impliceert in vele gevallen dat een aantal malen achtereen beslissingen moeten worden genomen. Een dergelijke beslissing is geen uitsluitend rationeel besluit, maar één die mede afhankelijk is van een aantal factoren die de 'ruimte' bepalen voor een dergelijke beslissing.

In navolging op De Groot (1958) en Lammers (1964) concludeert Philipsen (1969) in zijn proefschrift dat 'de beslissing' om wel of niet te stoppen met werken wegens klachten niet altijd wordt bepaald door de aard en de ernst van de aandoening, maar dat er sprake is van een zekere 'beslissingsvrijheid' om wel of niet uit het arbeidsproces te gaan. Naast de maatschappelijke en de privé-situatie spelen volgens hem daarbij persoonlijke eigenschappen mede een belangrijke rol. Ziektegedrag in de vorm van afwezigheid op het werk heeft te maken met de mate van 'moeten' (verzuimnoodzaak), 'kunnen' (verzuimgelegenheid) en 'willen' (verzuimbehoefte).
Het individu beslist in welke mate de gegeven omstandigheden naar zijn idee een bedreiging vormen voor zijn gezond bestaan. In een aantal gevallen zal deze beslissingsvrijheid nihil zijn: de ernst van aandoening als zodanig maakt werken onmogelijk. In andere gevallen zal de aandoening echter minder dwingend zijn en moet het individu op basis van o.a. de gepercipieerde ernst van de aandoening, de belasting binnen de werksituatie en de geschatte voor- en nadelen van afwezigheid beslissen tot (blijvend) verzuim wegens ziekte of niet.
Bij dit beslissingsproces speelt een veelheid van andere factoren een rol,

zoals de persoonlijke waarden, normen, doeleinden, attitude en eventuele veranderingen daarin met betrekking tot het wel of niet verrichten van arbeid.
Ziekteverzuim en arbeidsongeschikheid kunnen tegen die achtergrond worden beschouwd als een individueel gedragspatroon, waarbij in zekere mate bepaalde psychologische persoonskenmerken richtinggevend zijn ten aanzien van de gedragskeuze: ziek thuis blijven en potentieel tot de categorie arbeidsongeschikten behoren versus (door-)werken.

Als psychologische persoonskenmerken van mensen die zich relatief dikwijls ziek melden en zich arbeidsongeschikt voelen, in tegenstelling tot degenen die dit niet doen, worden door diverse auteurs gesignaleerd:
- gebrek aan ambitie en motivatie (Hinkle en Plummer, 1952);
- gebrek aan aanpassingsvermogen, sociale flexibiliteit en tolerantie (Hinkle en Plummer, 1952);
- introversie (Taylor, 1968; Rakhawy, 1973; Clark, 1975);
- een negatief zelfbeeld en geringe zelfwaardering (Vroom, 1962; Tau, 1981);
- externe 'locus of control' met betrekking tot de gezondheid (Pardine e.a., 1981), samenhangend met apathie en passiviteit (Wiersma, 1980);
- psycho-emotionele (neurotische) labiliteit, angststoornissen en depressiviteit (Sinha, 1956; Cooper en Payne, 1967; Schmidt, 1967; Howell en Crown, 1971; Clark, 1975);
- somatisering van psychologische conflicten en gevoelens van psychisch onbehagen (Howell en Crown, 1971);
- chronische pijn (Fordyce, 1976; Groenman, 1986);
- psychopathologische en persoonlijkheidsstoornissen (Kaplan en Sadock, 1981; Goldman, 1984; Sanders-Woudstra en De Witte, 1986).

Deze aan de hand van een literatuurstudie geïnventariseerde psychologische persoonskenmerken zijn mede bepalend geweest voor de samenstelling van het psychometrisch instrumentarium, dat in deze studie wordt geëvalueerd op zijn 'objectiverende' waarde voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek (zie 5.4).

4. PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSDIAGNOSTIEK

4.1 THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

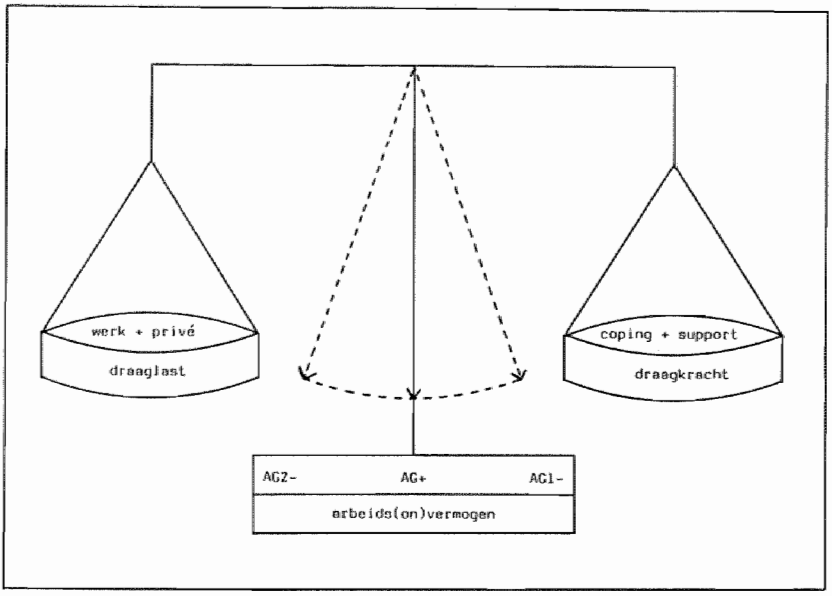
Een psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid in het kader van de sociale verzekeringswetgeving is een onderzoek naar de psychische toestand van betrokkene met het bijzondere doel een schatting te maken, voor heden en toekomst (en in sommige gevallen het verleden) van het ziekte-, invaliditeits- en pensioenrisico, alsmede de geschiktheid tot het verrichten van bepaalde arbeid (Winkler Prins, 1961).
In het algemeen geldt dat wordt voldaan aan de wettelijke criteria van arbeidsongeschiktheid wegens psychische stoornissen, wanneer er sprake is van arbeidsbelemmerende psychopathologie (ziekte) en/of persoonlijkheidsstoornissen (gebrek). In geval van arbeidsongeschiktheid kan dit van tijdelijke of blijvende aard zijn. Beide vormen van arbeidsongeschiktheid kunnen betrekking hebben op alle voorkomende loonverdienende werkzaamheden op de vrije arbeidsmarkt, dan wel situationeel gebonden zijn aan bepaalde werkzaamheden en/of omstandigheden.

Theoretisch is de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek gericht op het bepalen van de functionele relatie ofwel de verhouding tussen enerzijds de 'werkuitvoeringseisen' van de beroepen waaraan volgens de geldende wettelijke criteria moet worden gerefereerd en anderzijds de individuele psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Voor een juiste oordeelsvorming is het van belang dat de belasting, voortkomend uit de 'werkuitvoeringseisen' van de referentieberoepen en de individuele belastbaarheid van betrokkene als grootheden zodanig worden gedefinieerd, dat eenheden kunnen worden gevonden met behulp waarvan ze meetbaar (De Boorder, 1983) en inzichtelijk zijn.

De verhouding tussen de werkuitvoeringseisen (draaglast) en de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden (draagkracht) kan worden voorgesteld als een balans. Figuur 1 brengt de balans tussen draaglast en draagkracht in beeld.
Aan de draaglastzijde van de balans worden naast de werkuitvoeringseisen ook de privé-omstandigheden aangegeven. De draagkrachtzijde betreft het

aanpassings- en oplossingsvermogen (coping) en de ondersteuning vanuit de omgeving (support).
Meer algemeen geformuleerd heeft de draagkrachtzijde betrekking op de zogenaamde 'verwerkingsmogelijkheden' van het individu (Kalsbeek, 1967; Kamphuis, 1977; Winnubst, 1981; Kleber, 1982).

Figuur 1: Voorstelling van de balans tussen de draaglast en draagkracht bij de arbeids(on)-geschiktheidsbeoordeling



AG+ = arbeidsgeschikt
AG- = arbeidsongeschikt

Het in figuur 1 aangegeven arbeids(on)vermogen kan worden beschouwd als een resultante van de verhouding tussen draaglast en draagkracht en kan worden uitgedrukt in termen van (resterende) psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Figuur 1 toont hoe een verstoring van deze balans in twee richtingen het arbeidsvermogen kan beïnvloeden en tot arbeidsongeschiktheid (AG-) kan leiden, namelijk enerzijds ten gevolge van overbelasting (AG1-), anderzijds ten gevolge van onderbelasting (AG2-).
Het gaat daarbij niet om absolute waarden, maar om de verhouding tussen draaglast en draagkracht (Frijling-Schreuder, 1970), en bij een te grote

discrepantie om de mate waarin mensen door de daarmee samenhangende klachten en symptomen niet in staat zijn om te werken (Bastiaans, 1977).
Zowel endogene als exogene factoren kunnen een genererende, uitlokkende dan wel onderhoudende rol spelen bij het ontstaan van een verstoorde balans tussen draaglast en draagkracht, wegens:

- intra- en interpersoonlijke problemen, psychopathologische en persoonlijkheidsstoornissen (Schermer, 1970; Panhuis, 1987) en/of lichamelijke aandoeningen en functiestoornissen (Koten en Timmer, in press).
- onvoldoende coping-vermogen (Bandura, 1977), ofwel het niet in staat zijn aan de omgevingseisen en -verwachtingen te voldoen, omdat daarbij de individuele energetische, motorische, cognitieve en emotionele grenzen van belastbaarheid (dreigen te) worden overschreden (Van Bastelaer en Van Beers, 1982; Koten, 1985);
- het ontbreken van voldoende ondersteuning (support) door anderen om de persoons- en omgevingsgebonden problemen, eisen en verwachtingen aan te kunnen (Romme, 1974);
- onvoldoende mogelijkheden om aan de lichamelijke en geestelijke behoeften van het individu tegemoet te komen (Caplan e.a., 1975; Grandjean, 1982);

Een te grote en langdurige discrepantie tussen draaglast en draagkracht kan bij onvoldoende tussentijdse lichamelijke en psychische ontspanning als pathogene factor leiden tot functiestoornissen en mede leiden tot een vermindering in psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden als gevolg van:

- veranderingen in de affectieve functies, zoals angst, vrees, depressie en schuldgevoelens (Cofer en Appley, 1964);
- veranderingen in cognitieve functies, zoals concentratie, geheugen, waarnemen, denken en bewustzijn (Kahn, 1970);
- veranderingen in de fysiologische functies, welke berusten op reacties van het autonome zenuwstelsel en het hormonale systeem (Selye, 1976);
- veranderingen in de motorische functies, zoals verhoogde spierspanning en tremoren (Lazarus, 1976);
- veranderingen in gedrag en aanpassingsvermogen (Horowitz, 1976).

Hierop aansluitend kunnen voor de psychologische arbeids(on)geschiktheids-

diagnostiek globaal drie relevante klassen van arbeidsbelemmerende stoornissen worden onderscheiden: psychische, fysiologische en gedragsmatige (sociale) stoornissen.
Zonder naar volledigheid te streven geven Kleber (1982) en Suesan en Reiche (1983) de volgende stoornissen aan:

Psychische stoornissen

angst, gefrriteerdheid, vijandigheid/wrok/woede, verdriet, zich gespannen voelen, innerlijke verwardheid en onzekerheid, depressiviteit, ontevredenheid met de situatie, zich afsluiten van een situatie/geen interesse, verveling/apathie/berusting, schaamte/schuld, psychische vermoeidheid, weinig zelfrespect, hulpeloosheid, geringe tolerantie voor anderen, besluiteloosheid, concentratie- en denkstoornissen, vergeetachtigheid, psychoneurotische stoornissen, psychotische stoornissen.

Fysiologische stoornissen

verhoging bloeddruk en hartslag, verandering in ademhaling, verandering in huidweerstand, verandering in spierspanning, afname spijsvertering, verhoging bloedsuikerspiegel, hoger gehalte witte en rode bloedlichaampjes, hoger gehalte cholesterol en vrije vetzuren in het bloed, verhoging stollingsfactor van het bloed, verhoging van de excretie van bijnierhormonen, droge mond, transpireren, duizelingen en flauwten, vermoeidheid, darmstoornissen, verandering in lichaamsgewicht, menstruatie- en potentiestoornissen, tanden knarsen, coronaire stoornissen, maagzweer, eczeem, hyperventilatie, hoofd-, nek- en rugklachten, slapeloosheid.

Gedragsmatige (sociale) stoornissen

agressief gedrag, rusteloos gedrag, ongecoördineerd en inefficiënt gedrag, paniek- en angstig gedrag, het vermijden van een situatie, verandering in activiteiten en prestaties, ongelukken (bijvoorbeeld op het werk), roken, gebruik van alcohol, drugs en/of medicijnen, slaapproblemen, verandering in eetlust, stotteren, bewegingsdrang (tics), werkverzuim.

Psychische, fysiologische en gedragsmatige stoornissen kunnen functioneren als afzonderlijke processen naar aanleiding van een interne of externe gebeurtenis met eigen specifieke reacties en daarmee samenhangende beperkingen. De specificiteit van deze reacties kan volgens Olst, Kok en Orlebeke (1980) zowel aan de stimulus (stimulus-specificiteit), als ook aan de individuele persoon gebonden zijn (individuele respons-specificiteit).
Ten aanzien van deze specificiteit zijn er verschillen tussen personen met betrekking tot:
- de betekenisverlening aan de interne of externe stimuli ('appraisal': Lazarus, 1966);

- de aard en de vorm van de verwerking ervan ('anticipation', 'self-efficacy' en 'coping': Bandura, 1977);
- de gedragskeuze ('locus of control': Andriessen, 1972), hetgeen mede wordt bepaald door
- de regelmogelijkheden, vrijheidsgraden en sociale ondersteuning (Romme, 1974).

Tegen de achtergrond van deze persoonsgebonden specificiteit van verwerkingsmogelijkheden betreft psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid een individuele beoordeling van de (resterende) psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.

Bij onderzoek naar de arbeids(on)geschiktheid wordt in de eerste plaats gekeken naar de belasting, voortkomend uit bepaalde werkomstandigheden, specifieke taken en eisen (draaglast), in relatie tot de belastbaarheid en beroepsvaardigheden (draagkracht).
In de werksituatie wordt verwacht dat men zich aan de werkomstandigheden aanpast, de taken behorende bij de functie adequaat uitvoert en daarbij voldoet aan de daarmee verbonden sociale, economische, psychologische, lichamelijke en perceptuele eisen.
Werkbelasting, toekomstonzekerheid, gebrek aan steun en participatie, intrapersoonlijke conflicten, maar ook rolconflicten, voortkomend uit iemands functie en rolambiguïteit als gevolg van onduidelijkheid in de functie-omschrijving en een gebrek aan een goede afbakening van taken, verplichtingen en verantwoordelijkheden, kunnen als evenzovele 'stressoren' werken (Van Vucht Tijssen e.a., 1978).
In dit verband spreekt Gersons (1987) van 'werkstress', waarmee een verzameling van toestanden wordt aangeduid, die verbonden zijn aan de werksituatie als oorzakelijk element van overbelasting. In het algemeen betreft het werkzaamheden en werkomstandigheden die evident onredelijk van aard zijn of die van een bepaalde persoon zonder twijfel teveel eisen.

Wanneer de aard van de werktaken voor het individu te zwaar of te moeilijk is, wordt gesproken van kwalitatieve overlading, terwijl er bij een te grote hoeveelheid van taken en werkzaamheden sprake is van kwantitatieve overlading (French en Caplan, 1972). Volgens Kasl (1978) geeft kwalitatieve overbelasting vooral psychische stoornissen en kwantitatieve overbe-

lasting fysiologische stoornissen. Beide vormen van overbelasting kunnen tot stoornissen in het sociale en beroepsmatige functioneren leiden.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van 'onderbelasting' in de werksituatie. Ook een balansverstoring door zogenaamde 'onderstress' verhoogt de kans op arbeidsbelemmerende klachten en symptomen (Van Wely, 1981).
Op individueel niveau is het zeer goed mogelijk dat het verband tussen psychische belasting en ziekteverzuim, c.q. arbeidsongeschiktheid, niet lineair verloopt, maar volgens een U-vormig verband: bij een zeer hoge en zeer geringe psychische belasting is er sprake van een grotere kans op ziekte dan bij een 'normale' psychische belasting (Schellart, 1987). Bij belastingverhoging binnen de grenzen van de draagkracht blijft stress de betekenis houden van uitdaging, zogenaamde 'eustress'. Gaat de belasting daarentegen deze grenzen te boven, dan krijgt deze al gauw een bedreigend karakter, zogenaamde 'disstress' (Bremer, 1983).
Ook schijnbaar weinig belastende, maar voortdurende monotone en repeterende taken worden in verband gebracht met ziekteverzuim (Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1954), terwijl eveneens de mechanisering, automatisering en weinig vrijheid of autonomie in het werk als mogelijke oorzaken daarvan worden genoemd (Smulders, 1984b).
Grandjean (1982) wijst in dezen op het fenomeen 'verveling' als psychologisch construct ter verklaring van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van mensen:
- die moe zijn;
- die in de nachtdienst werken;
- met een lage motivatie;
- met een laag opleidingsniveau, kennis en geschiktheid;
- met een hoog streefniveau, die verlangen naar een meer uitdagende baan.

Uit Grandjeans onderzoek (1982) blijkt dat zowel psychische overbelasting als onderbelasting een stijging van de aanmaak van adrenaline ('the performance hormone') tot gevolg hebben. De functionele toestand van verveling gaat derhalve samen met hormonale reacties, die de kans op arbeidsbelemmerende klachten en symptomen zouden verhogen.

Tenslotte wordt er bij de psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling nagegaan in hoeverre er sprake is (geweest) van problemen in de privé-

situatie van betrokkene. Psychische overbelasting in de privésituatie kan namelijk eveneens tot ziekte en arbeidsongeschiktheid leiden (Boer, Verhage en De Wolff, 1983).
Met name kunnen problematische privé-omstandigheden een overbelastend effect hebben, zoals ziekte, financiële zorgen, conflicten, sociaal isolement en een gebrek aan hechte relaties. Het verlies van belangrijke personen, van werk en van huis kan een extra belasting betekenen (Argyle e.a., 1983).
Kleber e.a. (1986) geeft overzichtelijk weer, hoe zowel plotselinge eenmalige schokkende gebeurtenissen (ongeluk, natuurramp, gijzeling en geweld) als dikwijls langdurige cumulerende traumatische ervaringen (oorlog en concentratiekamp) bij inadequate verwerking tot ernstige emotionele en lichamelijke klachten kunnen leiden en aanpassingsproblemen geven in het sociaal en beroepsmatig functioneren.
Bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling wordt dus met de beide mogelijke oorzaken van overbelasting, vanuit zowel de werk- als de privésituatie, rekening gehouden.
Vraagstellingen naar iemands arbeids(on)geschiktheid met de toevoeging "privé-omstandigheden buiten beschouwing latend" dienen dan ook als 'inadequaat' te worden beschouwd.

In hoeverre er eventueel sprake is van een blijvende arbeidsongeschiktheid hangt af van de mate waarin de effecten van de balansverstoring een reversibel of irreversibel karakter hebben.
Deze (ir)reversibiliteit is enerzijds afhankelijk van de aard, de ernst en de duur van de over- of onderbelasting en anderzijds van de herstel- en compensatiemogelijkheden. De herstel- en compensatiemogelijkheden hebben o.a. betrekking op het vermogen om actief probleem-oplossende en emotie-regulerende 'coping-strategieën' te kunnen hanteren, eventueel met externe vormen van hulp, behandeling en ondersteuning (Lazarus 1976).

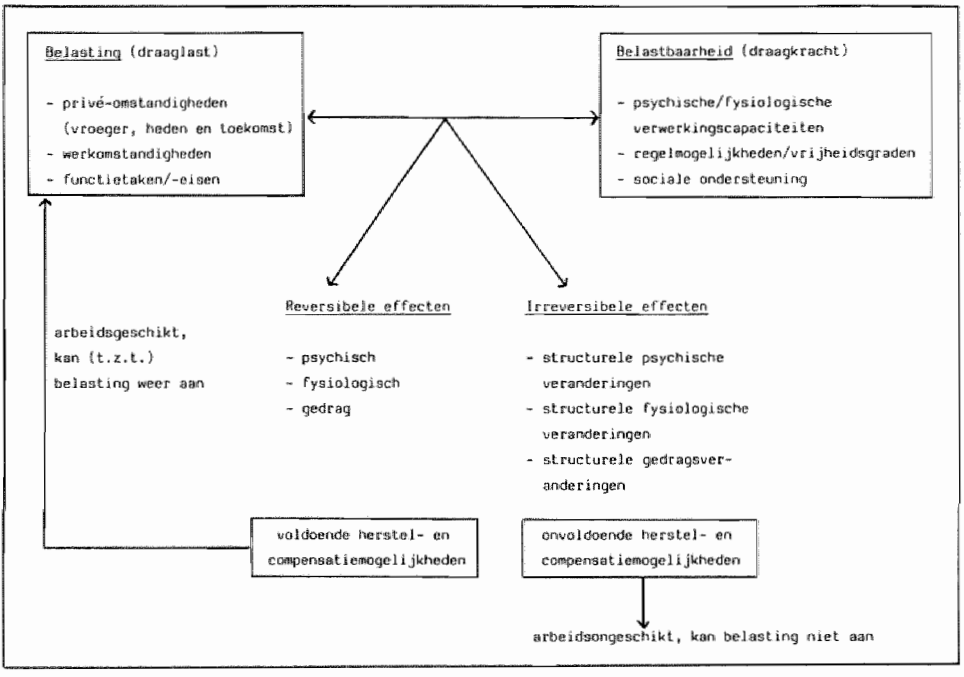
Er is sprake van een verhoogde kans op chronisch ziekteverzuim en een blijvende arbeidsongeschiktheid, wanneer er wegens onvoldoende herstel- en/of compensatiemogelijkheden sprake is van irreversibele psychische, fysiologische en gedragsmatige veranderingen.

In geval van irreversibele effecten als gevolg van onvoldoende herstel- en compensatiemogelijkheden, met dientengevolge

- structurele psychische veranderingen (bijvoorbeeld vermindering in cognitief-intellectuele capaciteiten),
- structurele fysiologische veranderingen (bijvoorbeeld chronische hypertensie) of
- structurele gedrags- en aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld agorafobische stoornissen),

kan er sprake zijn van een blijvende arbeidsongeschiktheid in algemene zin dan wel voor bepaalde werkzaamheden of omstandigheden.

Schema 5: Aspecten van de arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek



Bovenstaand schema 5 geeft een overzicht van de aspecten van de psychologische arbeidsongeschiktheidsdiagnostiek. Deze aspecten vormen de basis van de psychologische oordeelsvorming.

Samengevat kan worden gesteld dat de uiteindelijke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling afhangt van:

- de aard van de belasting in relatie tot
- de belastbaarheid,
- de mate waarin er na over- of onderbelasting voldoende herstel- en compensatiemogelijkheden zijn, ofwel de effecten op psychisch, fysiologisch en gedragsniveau reversibel zijn en
- de mate waarin bij onvoldoende herstel- en compensatiemogelijkheden irreversibele effecten gevolgen hebben op structureel psychisch, fysiologisch en gedragsniveau (Lancée, 1988).

Teneinde een zo betrouwbaar en doelmatig mogelijke uitspraak te doen over de aard van de beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden en over eventuele compensatoire mogelijkheden (bijvoorbeeld therapie, scholing e.d.), ter gehele of gedeeltelijke opheffing van de arbeidsongeschiktheid, is het noodzakelijk dat (ir)reversibele stoornissen, hun determinanten en eventuele herstel- en compensatiemogelijkheden (prognose) op een zo adequaat mogelijke wijze worden bepaald.

Bij de huidige operationalisering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ligt het uitgangspunt niet meer bij de klinische begrippen ziekte en gebrek, maar bij de mogelijk daarmee samenhangende stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
"Stoornissen in verzekeringsgeneeskundige zin zijn waarneembare uitingen van ziekten en gebreken, die een zodanig nadelig effect uitoefenen op één of meerdere elementen van het verzekerd arbeidsvermogen, dat dit hierdoor afneemt", aldus Timmer (1985).
Naast de lichamelijke belastbaarheid kunnen de psychische belastbaarheid en de beroepsvaardigheden worden uitgedrukt in grootheden, die in principe aan de mens te meten zijn: parameters met betrekking tot de destabilisering en/of disregulators in functionele systemen (Lazarus, 1966; Meyman en O'Hanlon, 1983; Vrolijk, 1984), tot uiting komend in de volgende effecten:
1. functiestoornissen, waardoor een vermindering in algehele psychische belastbaarheid kan ontstaan;
2. reductie van beroepsvaardigheden, waardoor bepaalde taken en werkzaamheden mogelijk niet meer kunnen worden uitgevoerd.

Als zodanig zijn de meetbare functiestoornissen en beroepsvaardigheden dan ook de basis voor de psychische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

Anders geformuleerd: in het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling ontleent de diagnostiek van somatische en psychische functiestoornissen zijn gewicht aan de verklaring die deze stoornissen geven voor de reële beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Deze benaderingswijze sluit aan bij de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), welke bij een psychisch ziektebeeld of gebrek onderscheid maakt naar soort, duur, ernst en lijdensdruk en wel wat betreft de volgende drie aspecten:

- psychopathologische symptomen/syndromen, respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen;
- somatische en/of psychische functiestoornissen;
- beperkingen in:
  . algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL);
  . sociale vaardigheden;
  . beroepsvaardigheden;

(World Health Organization, 1980; De Jong e.a., 1983).

Ervan uitgaande dat er geen valide enkelvoudige meetmethoden of psychometrische instrumenten bestaan om de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden te meten (Meyman en O'Hanlon, 1983), zal bij psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid gebruik moeten worden gemaakt van verschillende methoden en instrumenten tegelijkertijd.
Op grond van voornoemde theoretische achtergronden, uitgangspunten en literatuur (zie 3.5) wordt er van uitgegaan dat de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, als samengestelde factor, zich manifesteren in de volgende 'meetbare' psychologische persoonskenmerken:

- cognitief-intellectuele functies;
- kennis en vaardigheden;
- karakterstructuur;
- emotionaliteit en lichamelijke gevoelens;
- persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie;
- affiniteiten;
- gedrag en aanpassingsvermogen.

De onderzoeksinstrumenten die in het kader van deze studie zijn gehanteerd

om deze psychologische persoonskenmerken te inventariseren worden beschreven in paragraaf 5.4.
Hiervolgend wordt eerst nader ingegaan op de indicatiestellingen voor psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid (4.2) en het protocol dat daarbij kan worden gevolgd (4.3).

4.2 INDICATIESTELLINGEN VOOR PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

Psychologisch onderzoek met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid is in het bijzonder gericht op het geven van uitsluitsel of betrokkene ten gevolge van ziekte of gebrek qua belastbaarheid en beroepsvaardigheden aantoonbaar al of niet slechter functioneert dan zijn of haar leeftijd- en beroepsgenoten. Op grond van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens wordt een analyse gemaakt van het niveau van (dis-)functioneren van betrokkene.

Psychologisch onderzoek is geïndiceerd in geval van:
- psychische pathologie, waarbij onduidelijk is welke psychische, fysiologische en gedragsstoornissen en daarmee samenhangende beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden aan de orde zijn;
- persoonlijkheidsstoornissen, zoals deze uit de psycho-sociale anamnese blijken, zonder dat is vastgesteld welke beperkingen de desbetreffende defecttoestanden in de belastbaarheid en beroepsvaardigheden teweegbrengen;
- organisch-cerebrale schade met vermeende veranderingen in gedrag, niveau van intellectueel functioneren, mentale functies (aandacht, concentratie en geheugen), psychomotoriek (stuurkundige vaardigheden) en psychisch tempo;
- arbeidsbelemmerende klachten, symptomen en stoornissen, samenhangend met over- of onderbelasting in de werk- en/of privésituatie.

In algemene zin kan door middel van psychologisch onderzoek een gestandaardiseerd en genormeerd beeld worden verkregen van:
- **cognitief-intellectuele functies**, zijnde intelligentie (het vermogen om allerlei soorten van problemen op te lossen en daarbij gebruik te maken

van opgedane ervaringen), concentratievermogen, geheugen, begripsvermogen, beoordelingsvermogen, logisch denk- en redeneervermogen;
- **kennis en vaardigheden**, zijnde de bekwaamheden die men zich eigen heeft gemaakt door scholing en ervaring, o.a. op administratief, technisch, handvaardig, sociaal en leidinggevend gebied;
- **karakterstructuur**, zijnde de eigenschappen, die kenmerkend zijn voor iemands functioneren, min of meer onafhankelijk van de situatie waarin iemand zich bevindt;
- **emotionaliteit en lichamelijke gevoelens**, zijnde de emotionele belevingen en stemmingen, waarbij kan worden gedacht aan angstgevoelens, stress, depressiviteit, overspannenheid, algehele labiliteit, maar ook mogelijk daarmee samenhangende lichamelijke sensaties, zoals pijn;
- **persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie**, zijnde de essentiële uitgangspunten en basis van waaruit en waarvoor iemand leeft, doet en laat;
- **affiniteiten**, waaronder iemands voorkeur voor bepaalde beroepsrichtingen wordt verstaan, afgezien van het feit of hij daarvoor voldoende capaciteiten en mogelijkheden heeft;
- **gedrag en aanpassingsvermogen**, betrekking hebbende op hoe iemand waarneembaar functioneert en in staat is om zich aan te passen aan wisselende omstandigheden.

Afhankelijk van de aard en de inhoud van de vraagstelling(en) kan er bij psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid globaal het volgende onderscheid worden gemaakt:
- **Psychodiagnostisch onderzoek**, gericht op de constatering van psychische, psycho-fysiologische, gedrags- en aanpassingsstoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen in psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. Het betreft tevens onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen, 'defecten' in de psychische ontwikkeling en mogelijk daarmee samenhangende belemmeringen ten aanzien van de geschiktheid voor het kunnen verrichten van reguliere arbeid.
  Psychodiagnostisch onderzoek is een grensbepalend onderzoek naar belemmerende psychische factoren met betrekking tot de belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
- **Psychotechnisch onderzoek**, gericht op bepaling van het capaciteiten-

niveau qua aanleg, persoonskenmerken en eigenschappen, leervermogens en specifieke beroepsvaardigheden.
Psychotechnisch onderzoek is als zodanig voorspellend onderzoek betreffende de mate van geschiktheid voor bepaalde werkzaamheden.

- **Beroepskeuze-onderzoek**, gericht op het vaststellen van affiniteiten en motivatie voor bepaalde beroepsrichtingen, functies en werkzaamheden en heeft als zodanig een richtingwijzend karakter.

In deze studie staat de evaluatie van 'psychodiagnostisch onderzoek' centraal. Het protocol voor psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid en in het bijzonder het protocol voor de psychodiagnostische onderzoeken, zoals die in het kader van deze studie zijn verricht, wordt in de volgende paragraaf beschreven.

4.3 PROTOCOL VOOR PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK INZAKE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEID

Het protocol voor psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid kent de volgende fasen, welke successievelijk in de tussen haakjes aangegeven paragrafen zullen worden beschreven:

- voorbereiding voor het onderzoek (4.3.1);
- de anamnese (4.3.2);
- het psychometrisch onderzoek (4.3.3);
- het psychologisch beoordelingsproces en advies (4.3.4);
- nabespreking en rapportage (4.3.5).

Bij de hiervolgende beschrijving van deze onderzoeksfasen zal tevens worden ingegaan op bepaalde beroepsethische aspecten daarvan.

4.3.1 Voorbereiding voor het onderzoek

Na binnenkomst van het schriftelijk verzoek om een bepaalde persoon psychologisch te onderzoeken, teneinde een advies uit te brengen omtrent diens arbeids(on)geschiktheid, wordt de betrokken persoon schriftelijk uitgenodigd om op een daarvoor bestemde datum te komen. Deze uitnodiging gaat bij

voorkeur vergezeld van een informatiefolder over de onderzoeksprocedure en het programma. Een dergelijke folder kan mede zijn bedoeld om betrokkene, voorafgaand aan het onderzoek, expliciet bekend te maken met zijn plichten en rechten.

Bij onderzoek naar de arbeids(on)geschiktheid in het kader van de uitvoering van de sociale wetgeving of rechtspleging daaromtrent, heeft betrokkene onder meer het recht op kennisneming van de concrete vraagstelling(en) en inzicht in het wettelijk kader waarbinnen de onderzoeksgegevens en het daarop gebaseerde advies worden gebruikt.

Op grond van de NIP-beroepscode (artikel 2.4 lid 1) wordt betrokkene vooraf mondeling op de hoogte gesteld van het verloop en de globale inhoud van het onderzoek.

Van tussentijdse wijzigingen in het protocol van onderzoek wordt betrokkene van tevoren op de hoogte gesteld.

In geval van een procedure op grond van de Beroepswet is het uitvoeringsorgaan verplicht alle gemaakte rapportages van verrichte onderzoeken in het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling aan de beroepsinstantie ter beschikking te stellen. Het is aan de instantie die de opdracht tot psychologisch onderzoek geeft om betrokkene van tevoren op deze verplichting te wijzen.

Het is aan de psycholoog die het onderzoek verricht en advies zal uitbrengen betrokkene te wijzen op het bestaan van een klachtrecht en de wijze waarop dit recht is geregeld.

Zijnerzijds is betrokkene wettelijk verplicht zich te onderwerpen aan een psychologisch onderzoek, dat door één van de wetsuitvoerende instanties aan de betrokken psycholoog is opgedragen. De medewerkingsplicht wordt begrensd door het recht op integriteit, hetgeen onder meer inhoudt dat het doel niet wordt overschreden, dat de middelen adequaat en strikt noodzakelijk zijn en dat het onderzoek niet psychisch schadelijk is.

Deze medewerkingsplicht aan een psychologisch expertise-onderzoek in het kader van de sociale verzekeringswetten berust overigens niet op dwang, maar heeft de strekking van drang. Drogendijk en Rang (1966) spreken in dit verband over 'duldingsplicht': "Inbreuk op de vrijheid van betrokkene kan bij weigering in het kader van de sociale verzekeringswetgeving nooit verder gaan dan een indirecte dwang (= drang)." Dit betekent dat iemand

niet gedwongen kan worden om een psychologisch onderzoek te ondergaan, maar het houdt wel in dat een weigering consequenties kan hebben voor de uiteindelijke beslissing van de opdrachtgevers.
In de NIP-beroepscode wordt ervan uitgegaan dat indien betrokkene zijn feitelijke medewerking aan een onderzoek verleent, hij daarmee ook toestemming voor het onderzoek heeft gegeven (NIP-beroepscode, artikel 3.5).
Volgens de NIP-beroepscode (artikel 3.8) heeft betrokkene overigens in principe te allen tijde het recht om zijn medewerking aan het onderzoek of bepaalde onderzoeksmethoden te weigeren. In de dagelijkse praktijk kan het tot fricties leiden, dat betrokkene volgens de NIP-beroepscode in principe niet aan door derden opgedragen psychologisch onderzoek hoeft mee te werken, terwijl het weigeren wel van invloed kan zijn op de beslissing van de opdrachtgever en derhalve voor betrokkene negatieve gevolgen kan hebben.
Op de ambivalente rechtspositie van de 'keurling' in het kader van de uitvoering van de sociale wetgeving en verzekeringsrechtspraak wordt door Van Plooy (1985) met zijn literatuur- en jurisprudentieregister uitgebreid ingegaan.

Met ingang van januari 1988 heeft er een herziening plaatsgevonden van de beroepscode voor psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (De Psycholoog, 1987), met betrekking tot o.a. de niet-strafrechtelijke forensische psychologie. Daarin wordt de verticale relatie 'geregeld' tussen enerzijds de te onderzoeken persoon, verwezen door de opdrachtgevers die zich bezighouden met de uitvoering van de sociale wetgeving en de sociale verzekeringsrechtspraak, en anderzijds de in dat kader adviserende psycholoog.

4.3.2 De anamnese

De anamnese is erop gericht een beeld te vormen van voor de vraagstelling relevante informatie over iemands levensloop en achtergronden, van waaruit de actuele problematiek kan worden begrepen.
Deze actuele problematiek, waardoor betrokkene mogelijk niet kan werken, wordt vanuit een 'multi-conditionele benaderingswijze' (Kruithof, Godaert

en Schreurs, 1978) geïnventariseerd en geanalyseerd door betrokkene een beschrijving te laten geven van:

1e. de externe of interne gebeurtenis(sen) waardoor of waarna de (claim-)klachten en symptomen zijn ontstaan: de zogenaamde 'startconditie'.

2e. de wijze waarop betrokkene deze startconditie waarneemt en interpreteert: de zogenaamde 'appraisal' (Lazarus, 1966).

3e. de wijze waarop betrokkene met deze appraisal omgaat, dat wil zeggen acties onderneemt die een verandering van de startconditie ten gevolge kunnen hebben: de zogenaamde 'coping' (Lazarus, 1966).
Daarbij kan er sprake zijn van adequate en inadequate coping-stijlen, onder meer afhankelijk van de 'anticipation', 'self-efficacy' (Bandura, 1977), 'locus of control' (Andriessen, 1972), regelingsmogelijkheden, vrijheidsgraden en sociale ondersteuning (Romme, 1974).

4e. de emotionele en lichamelijke belevingen en gevoelens in termen van klachten en symptomen.

5e. de consequenties die deze klachten en symptomen voor betrokkene met zich meebrengen in sociaal en beroepsmatig opzicht, de reacties erop van de directe omgeving, waaronder ook die van de curatieve sector (Emanuel, 1986), en de verwachte gevolgen ervan op langere termijn.

Deze beeldvorming kan vanuit verschillende theoretische verklaringsgronden, afhankelijk van de factoren die aan de orde zijn, leiden tot de (voorlopige) constatering dat er bij betrokkene sprake is van:

- een 'harmonisch evenwicht' tussen de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden in relatie tot de referentieberoepen en functies;
- een 'schijnevenwicht' tussen de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden in relatie tot de referentieberoepen en functies, waardoor er sprake is van een verhoogd risico van fysiologische, psychische en aanpassingsstoornissen, en betrokkene bij daadwerkelijke terugkeer in de referentieberoepen en functies tot schade van zijn gezondheid kan werken;
- een 'gebrek aan evenwicht' tussen de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden in relatie tot de referentieberoepen en functies, gezien de mate waarin er sprake is van fysiologische, psychische en aanpassingsstoornissen (Defares e.a., 1983).

Ten aanzien van de anamnese bij psychologisch onderzoek naar arbeids(on)ge-

schiktheid geldt in het algemeen dat vragen niet verder mogen gaan dan het doel: het schatten van het ziekteverzuimrisico en het bepalen van de geschiktheid voor het kunnen verrichten van arbeid. Als adviseur mag de psycholoog daarbij niet verder doordringen in de intimiteit van betrokkene dan nodig is om de voornoemde aspecten van de arbeids(on)geschiktheid zo adequaat mogelijk vast te stellen (NIP-beroepscode, artikel 7.7).
De grensbepaling daarvan is in de dagelijkse praktijk van de onderzoekende psycholoog overigens een arbitraire aangelegenheid wegens het ontbreken van duidelijke criteria en het gegeven, dat dikwijls juist zeer persoonlijke en zelfs intieme ervaringen, belevingen en betekenisverleningen (mede) bepalend zijn voor de te beoordelen psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Een meer reële grensbepaling ter privacy-bescherming vanuit de richtlijnen is, dat betrokkene weet dat de verstrekte informatie en de onderzoeksgegevens niet voor een ander doel mogen worden gebruikt dan voor het gestelde (Leenen, 1980) en dat betrokkene op grond van het inzage- en correctierecht onvolkomenheden in de rapportage kan veranderen en onjuistheden kan laten verwijderen (NIP-beroepscode, artikel 6.5 lid 1 en artikel 7.1 lid 2).

Indien wenselijk en/of noodzakelijk kan met toestemming van betrokkene een 'hetero-anamnese' worden afgenomen bij mensen uit zijn of haar directe privé- en/of werksfeer, teneinde een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. In dat verband kan er tevens informatie worden ingewonnen van derden uit de behandelende en bedrijfsgeneeskundige sector.
Het is zowel schriftelijk als mondeling (telefonisch) mogelijk om met de behandelende en bedrijfsgeneeskundige sector overleg te plegen, wanneer betrokkene daartoe een schriftelijke machtiging heeft gegeven en de besproken zaken schriftelijk (liefst met datum en tijd van overleg) zijn vastgelegd. Deze schriftelijke notitie maakt deel uit van het dossier en valt daarmee onder het inzage- en correctierecht.

4.3.3 Het psychometrisch onderzoek

Naast het anamnestisch interview als instrument ter inventarisatie van de

kwalitatieve gegevens voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling, beschikt de psycholoog over gestandaardiseerde, genormeerde en gevalideerde psychometrische onderzoeksinstrumenten (Drenth, 1975; De Zeeuw, 1981; Visser e.a., 1982; Roe, 1983).

Voor de kwantitatieve bepaling van de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, als samengestelde factor bestaande uit een aantal psychologische persoonskenmerken, kan van dergelijke geobjectiveerde onderzoeksinstrumenten gebruik worden gemaakt.

De inhoudelijke samenstelling van het psychometrisch onderzoek wordt bepaald door de vraagstelling(en) van de opdrachtgevers en de variabelen die in dat verband een classificerende en predictieve waarde kunnen hebben.

Teneinde vergelijkbaarheid tussen de onderzoeksresultaten en daarop gebaseerde uitspraken van verschillende beoordelaars mogelijk te maken, gaat de voorkeur uit naar een 'standaard onderzoek' dat een meting doet van de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, in termen van:

- cognitief-intellectuele functies;
- kennis en vaardigheden;
- karakterstructuur;
- emotionaliteit en lichamelijke gevoelens;
- persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie;
- affiniteiten;
- gedrag en aanpassingsvermogen.

Een dergelijk onderzoek kan, afhankelijk van de anamnestische bevindingen en eventuele specifieke vraagstellingen, variabel worden uitgebreid met specifiek onderzoek (bijvoorbeeld neuropsychologisch onderzoek) om bepaalde informatie en daarop gebaseerde hypothesen te bevestigen dan wel te weerleggen.

Tot heden bestaat er echter (nog) geen algemeen geaccepteerd en gehanteerd standaard psychometrisch instrumentarium voor de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsdiagnostiek.

In deze studie wordt daartoe een aanzet gegeven door een in de praktijk toegepast onderzoeksinstrumentarium te evalueren op zijn voorspellende waarde voor de classificatie arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt in geval van psychische problematiek.

Voor de samenstelling van het desbetreffende psychometrische onderzoeksinstrumentarium wordt verwezen naar paragraaf 5.4 en bijlage C.

In de hiervolgende subparagraaf wordt eerst in het algemeen ingegaan op het psychologisch beoordelingsproces en wordt beschreven hoe het arbeids-(on)geschiktheidsadvies van de psycholoog tot stand komen.

4.3.4 Het psychologisch beoordelingsproces en advies

Bij de psychologische beoordeling van arbeids(on)geschiktheid dienen tegen de achtergrond van de wettelijke criteria voor arbeidsongeschiktheid in het algemeen de volgende vragen te worden beantwoord:

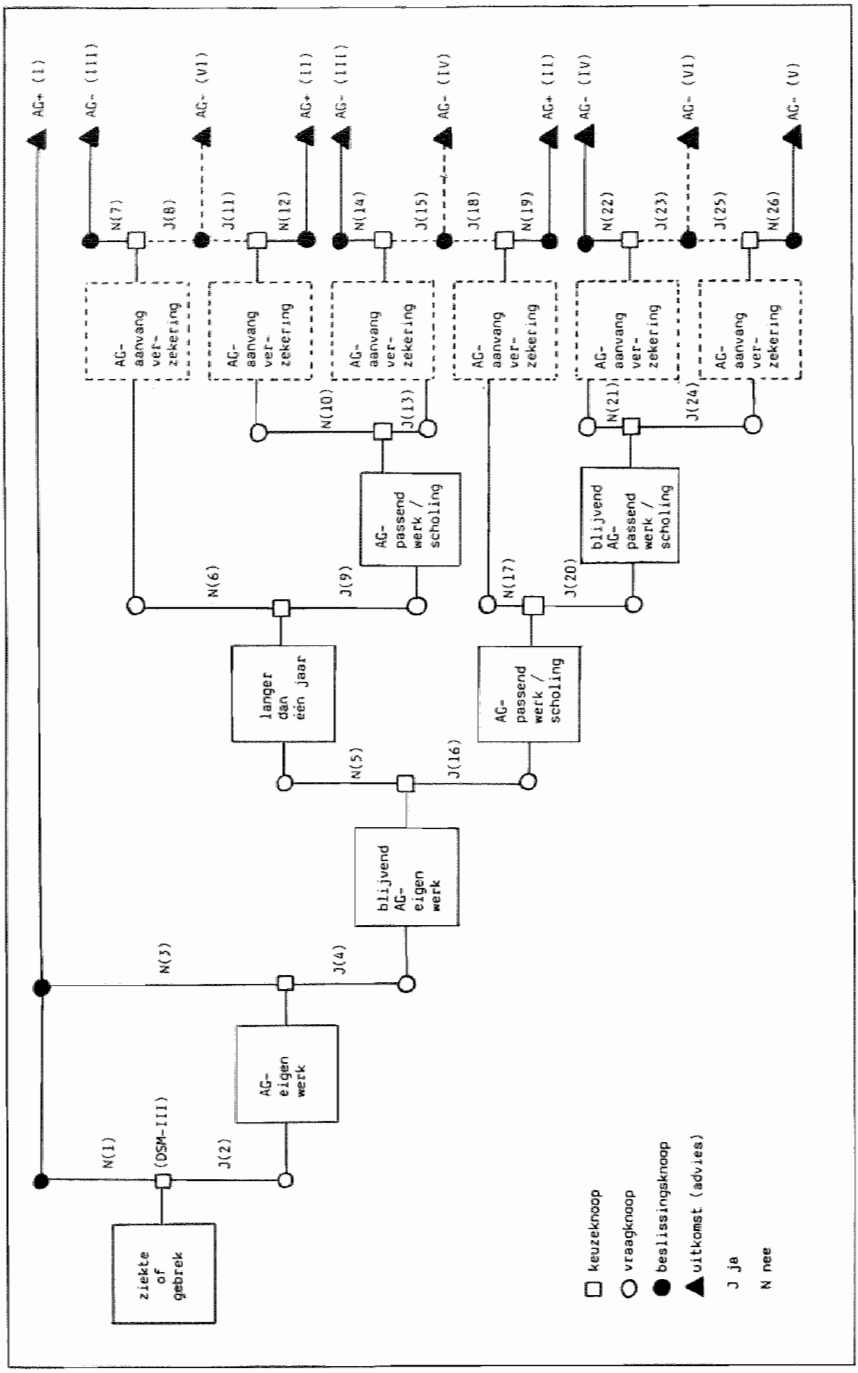
1. In hoeverre berusten de klachten en symptomen op een ziekte of gebrek?
2. In hoeverre is er daadwerkelijk sprake van arbeidsbelemmerende functiestoornissen?
3. In hoeverre is herstel van de arbeidsbelemmerende functiestoornissen en daarmee de arbeidsongeschiktheid voor eigen en/of andere in billijkheid op te dragen werkzaamheden mogelijk?

Ter beantwoording van deze vragen zijn in dit onderzoek door de beoordelende psycholoog-adviseur de volgende beslispunten gehanteerd:

1. aanwezigheid van klachten en symptomen, die arbeidsbelemmerend (kunnen) zijn en mogelijk samenhangen met of een gevolg zijn van een ziekte of gebrek;
2. scores op de in dit onderzoek gehanteerde psychometrische schalen die op een geringe psychische belastbaarheid wijzen;
3. discongruentie tussen het niveau van de scores op de tests die beroepsvaardigheden (intelligentieniveau en werktempo) meten en het niveau van de werkzaamheden waaraan volgens de opdrachtgevers bij de beoordeling moet worden gerefereerd;
4. de (ir)reversibiliteit van de klachten, symptomen, verminderde psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden, in relatie tot de herstel- en compensatiemogelijkheden.

Voornoemde beslispunten vormen de basis voor de keuzen die de psycholoog-adviseur maakt tijdens het beoordelingsproces en zijn richtinggevend voor de beslissingen die stapsgewijs in de diagnostische besluitvorming worden genomen.

Schema 6: Beslissingsmodel voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling



Op basis van anamnestische en psychometrische informatie enerzijds en expliciete en impliciete deskundige kennis anderzijds neemt de psycholoog-adviseur beslissingen. Derhalve is er sprake van een zogenaamd 'informeel beslissingsproces' (Roe, 1983), waarbij de psycholoog-adviseur op grond van een semi-klinische werkwijze tot voorspellingen komt en van daaruit redenerend tot belissingen; voorspellen en beslissen vallen als zodanig samen.
Tegelijkertijd wordt er met de regelgevende criteria van de opdrachtgevende (wetsuitvoerende) instanties rekening gehouden, met name met de voorgeschreven volgorde, waarin bepaalde vragen moeten worden beantwoord. De volgorde van de vragen van de opdrachtgevers heeft als zodanig een prescriptief karakter en de beantwoording daarvan houdt iedere keer een beslissing in.
Deze beslissingsmomenten in het beoordelingsproces zijn aan te geven in een model ofwel een zogenaamde 'beslissingsboom'. Een dergelijke beslissingsboom structureert het beslissingsproces, waardoor het zichtbaar wordt en de onderdelen en keuzemogelijkheden ervan expliciteert (Vlek, 1987).
Het in deze studie gehanteerde beslissingsmodel voor de psychologische beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid is weergegeven in schema 6.
In dit beslissingsmodel zijn aangegeven:
- de volgorde van denkstappen (1 t.e.m. 26);
- de respectievelijke keuzemomenten (□ = keuzeknoop);
- de keuzemogelijkheden/vraagstellingen (○ = vraagknoop);
- de beslissingen (● = beslissing);
- de uiteindelijke adviezen (△ = advies).

Aansluitend op voornoemde psychologische beoordelingscriteria en de regelgeving van de advies- en uitvoeringsorganen met betrekking tot de volgorde van de te beantwoorden vragen worden de volgende beslissingsregels gehanteerd.
In de eerste plaats wordt aan de hand van descriptieve gegevens bepaald of er sprake is van een psychisch ziektebeeld dan wel psychisch gebrek.
Het 'omslagpunt' daarbij is of de klachten, symptomen en stoornissen classificeerbaar zijn volgens de diagnostische criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987).

Als deze vraag ontkennend wordt beantwoord op grond van de interpretatie van de beschikbare gegevens en er dus geen sprake is van een ziekte of gebrek (1), volgt daaruit automatisch de beslissing dat er niet kan worden gesproken van arbeidsongeschiktheid in de zin der wet, c.q. dat betrokkene in algemene zin arbeidsgeschikt is (AG+, I).
Indien er wel sprake is van een psychisch ziektebeeld (2), leidt dit tot de vraag in hoeverre betrokkene op grond van de daarmee samenhangende psychische, fysiologische en gedragsmatige stoornissen zodanig beperkt wordt, dat hij of zij ook daadwerkelijk niet in staat is tot het verrichten van het eigen werk. Het is namelijk mogelijk dat er wel sprake is van symptomen en kenmerken van een psychisch ziektebeeld, maar dat er geen dusdanige beperkingen in belastbaarheid en beroepsvaardigheden aan de orde zijn dat betrokkene als arbeidsongeschikt kan worden beschouwd (3). Het besluit is dan 'arbeidsgeschikt voor eigen werk' (AG+, I).

Met behulp van psychometrisch onderzoek kunnen dusdanige beperkingen in bepaalde psychische, fysiologische en gedragsmatige functiegebieden worden geconstateerd, dat betrokkene - althans actueel - niet geschikt blijkt voor het eigen werk (4). Hierbij vindt een afweging plaats tussen de onderzoeksbevindingen en interpretaties daarvan, in relatie tot de desbetreffende werkzaamheden, taken en functie-eisen, waaraan volgens de opdrachtgevers moet worden gerefereerd.
Indien betrokkene als ongeschikt wordt beschouwd voor zijn eigen werk, rijst de vraag in hoeverre hij voor dit werk blijvend ongeschikt is. Zo nee (5), dan kan de vraag gesteld worden of de arbeidsongeschiktheid naar alle waarschijnlijkheid langer duurt dan één jaar.
Ook kan op verzoek van de opdrachtgever de vraag moeten worden beantwoord in hoeverre er reeds bij aanvang van de verzekering sprake was van een gehele of gedeeltelijke (voorspelbare) arbeidsongeschiktheid (6). Zo nee (7), dan is er sprake van voorlopige arbeidsongeschiktheid (AG-, III). Wanneer er wel sprake is van een reeds toen bestaande of voorspelbare arbeidsongeschiktheid (8), kan één van de risicodekkende artikelen, de zogenaamde 'uitsluitingsartikelen', aan de orde zijn (AG-, VI).
Indien kan worden verwacht dat de arbeidsongeschiktheidsperiode voor het eigen werk wel langer dan één jaar duurt (9), komt de vraag aan de orde of betrokkene ook minstens gedurende een vergelijkbare periode arbeidsonge-

schikt zal zijn voor ander passend werk en in hoeverre scholing tot verkorting van de arbeidsongeschiktheidsperiode, c.q. opheffing van de arbeidsongeschiktheid kan leiden. Is dit niet het geval (10), dan rijst opnieuw de vraag of eventueel één van de uitsluitingsartikelen van toepassing kan zijn. Zo ja (11), dan is het advies 'reeds bij aanvang der verzekering geheel, gedeeltelijk of voorspelbaar arbeidsongeschikt' (AG-, VI). Zijn er geen uitsluitingsartikelen van toepassing (12), dan wordt het advies 'geschikt voor ander passend werk, eventueel met scholing' (AG+, II).
Wanneer betrokkene ongeschikt is voor passend werk (13), kan wederom de vraag zich voordoen of mogelijk één der uitsluitingsartikelen van toepassing kan zijn. Zo nee (14), dan is er sprake van voorlopige arbeidsongeschiktheid (AG-, III). Zo ja (15), dan is de adviescategorie 'reeds ongeschikt bj aanvang der verzekering' (AG-, VI) aan de orde.

Wanneer betrokkene als blijvend ongeschikt voor eigen werk wordt beschouwd (16) wegens het irreversibele karakter van de beperkingen in de belastbaarheid en beroepsvaardigheden, moet de vraag worden beantwoord in hoeverre betrokkene eventueel ook ongeschikt is voor ander passend werk. Zo nee (17), dan kan de vraag aan de orde zijn of één van de uitsluitingsartikelen toegepast kan worden. Wanneer dit het geval is (18), dan is het advies 'reeds ongeschikt bij aanvang der verzekering' (AG-, VI). Indien de toepassing van één der uitsluitingsartikelen niet aan de orde is, dan wordt er geadviseerd 'geschikt voor ander passend werk, eventueel met scholing' (19).
Ingeval betrokkene arbeidsongeschikt wordt beschouwd voor ander passend werk (20), dan komt de vraag aan de orde in hoeverre dit ook van blijvende aard is en in hoeverre scholing hier iets aan zou kunnen veranderen. Als dit niet het geval is (21), dan volgt mogelijk de vraag in hoeverre er reeds bij aanvang van de verzekering sprake was van gehele, gedeeltelijke of voorspelbare arbeidsongeschiktheid.
Wanneer voorspelbare arbeidsongeschiktheid niet aan de orde is (22), wordt er geadviseerd 'blijvend ongeschikt voor eigen werk, voorlopig ongeschikt voor ander passend werk' (AG-, IV). Is er wel mogelijk sprake van arbeidsongeschiktheid bij aanvang der verzekering (23), dan wordt als zodanig geadviseerd (AG-, VI).

Wanneer tenslotte betrokkene ook blijvend ongeschikt wordt beschouwd voor ander passend werk (24) en één der uitsluitingsartikelen van toepassing kan zijn (25), dan wordt er als zodanig geadviseerd (AG-, VI). Indien dit niet aan de orde is (26), dan wordt een blijvende arbeidsongeschiktheid voor eigen en ander werk geadviseerd (AG-, V).

Op basis van de toepassing van voorstaande beslissingsregels zijn de adviescategorieën I tot en met VI van dit onderzoek tot stand gekomen, namelijk:

I. geschikt voor eigen werk en/of vergelijkbare werkzaamheden;
II. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden, wel geschikt voor andere passende werkzaamheden, eventueel na scholing;
III. voorlopig ongeschikt voor alle werkzaamheden;
IV. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden, voorlopig ongeschikt voor andere passende werkzaamheden;
V. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden en ook blijvend ongeschikt voor andere werkzaamheden;
VI. reeds geheel, gedeeltelijk of voorspelbaar (blijvend) arbeidsongeschikt bij aanvang der verzekering:
   - geheel arbeidsongeschikt (artikelen: 44-1a-1e ZW; 21-1a + 21-2b AAW; 30-1a WAO; F14-1a ABP-wet);
   - gedeeltelijk arbeidsongeschikt (artikelen: 5-II AAW; 18-II WAO; F9-3 ABP-wet);
   - voorspelbaar arbeidsongeschikt binnen een half jaar na aanvang der verzekering (artikelen: 44-1a-2e ZW; 21-1c + 21-1d AAW, 30-1b WAO; F14-1b + F14-2 ABP-wet).

Op het psychologisch advies als criterium-variabele in deze studie wordt nader ingegaan in paragraaf 5.5.

4.3.5 Nabespreking en rapportage

Betrokkene heeft het recht op het, met tekst en uitleg, mondeling vernemen van de onderzoeksbevindingen en van het advies dat aan de opdrachtgever wordt uitgebracht (NIP-beroepscode, artikel 6.7).

De ervaring in de dagelijkse praktijk leert dat het bespreken van de psychologische onderzoeksbevindingen en het advies in het algemeen op prijs wordt gesteld.
De nabespreking is een aparte dimensie van het expertise-onderzoek, omdat daarin niet alleen aandacht kan worden besteed aan het eventueel resterende arbeidsvermogen, maar ook aan de herstel- en compensatiemogelijkheden van het potentiële arbeidsvermogen. "Dit voorkomt negatieve fixaties en benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkenen", aldus Knepper en Den Ouden (1988).
De (afwijkende) mening omtrent de conclusies en het advies van betrokkene kan separaat in de rapportage worden opgenomen, al heeft hij of zij ook het recht om zijn of haar mening over het psychologisch onderzoek en het advies rechtstreeks en zelfstandig aan de opdrachtgever kenbaar te maken (NIP-beroepscode, artikel 7.8 lid 2).

Wegens het sociaal-wettelijke en administratief-rechtelijke referentiekader waarbinnen het psychologisch advies wordt uitgebracht aan daartoe bij de wet gerechtigde instanties en het feit dat de rapportage als zodanig als ondersteuning van een wetsgeldige beslissing van deze instantie geldt, kan betrokkene een verstrekking van de rapportage aan de opdrachtgever niet blokkeren (NIP-beroepscode artikel 7.6 lid 2).
Het is overigens beroepsethisch ontoelaatbaar dat vertrouwelijk ingewonnen gegevens van betrokkene ter kennisneming wordt gegegeven aan de opdrachtgever, wanneer deze irrelevant zijn voor het beantwoorden van diens vraagstelling(en). Volgens de huidige jurisprudentie is het dan ook onjuist om in keuringssituaties aan opdrachtgevers meer mee te delen dan de onderzoeksbevindingen en de conclusie als antwoord op de gestelde vragen (Hubben, 1987).

De psycholoog is niet verplicht een afschrift van de rapportage, die voor de wetsuitvoerende opdrachtgevers bestemd is, aan betrokkene te verstrekken (NIP-beroepscode, artikel 7.5).
De schriftelijke verslaglegging van het onderzoek en het advies mag als 'medisch geheim' alleen aan een arts, psycholoog, jurist of een daartoe door de wet aangewezen instantie, zoals de (Centrale) Raad van Beroep en het Ambtenarengerecht, worden verzonden.

Gezien het feit dat de rapportage meestal voor niet-psychodiagnostisch geschoolde mensen is bedoeld, dient de verslaglegging inzichtelijk en begrijpelijk te zijn, zonder concessies te doen aan het wetenschappelijk karakter van de daaraan ten grondslag liggende gegevens en de daarop gebaseerde uitspraken en adviezen.

Het ABP kent sinds 17-9-1982 het zogenaamde 'inzagerecht' van betrokkenen met betrekking tot hun gegevensbestanden. Op 28-8-1985 is daar het 'correctierecht' aan toegevoegd.
De bedrijfsverenigingen, het GAK en de GMD kennen sinds 1-1-1986 het inzage- en correctierecht.
Betrokkenen hebben op grond daarvan het recht op verbetering, aanvulling en verwijdering van gegevens in de rapportage, indien kan worden aangetoond dat de opgenomen gegevens onjuist of onvolledig zijn, of gezien de vraag- en doelstellingen niet ter zake doende zijn (NIP-beroepscode, artikel 7.8 lid 1).

Volgens de herziene versie van de NIP-beroepscode (1987) hebben betrokkenen recht op inzage in de psychologische rapportage, ook wanneer deze voor een wetsuitvoerende instantie is bedoeld (NIP-beroepscode, artikel 6.5 lid 1).
Ongevraagde inzage is niet altijd aan te bevelen wegens het risico dat kennisneming van de onderzoeksbevindingen tot schade van de gezondheid van betrokkene kan zijn (NIP-beroepscode, artikel 7.2b), dan wel een negatief effect kan hebben op de (psychotherapeutische) behandeling. Dit laatste wordt wel de 'therapeutische exceptie' op de desbetreffende beroepscoderegel genoemd.
Wanneer inzage in de rapportage als zodanig kennelijk een ernstig nadeel voor betrokkene zelf kan geven, mag volgens de huidige wetstoepassing de psycholoog inzage weigeren. In dat geval heeft wel een door betrokkene aan te wijzen vertrouwenspersoon (psycholoog, arts of jurist) recht op inzage (NIP-beroepscode, artikel 6.5 lid 2).
Volgens de uitspraak van het Gerechtshof te Amsterdam op 9 juli 1987 is het inzagerecht van vertrouwenspersonen een eigen en zelfstandig geregeld recht (Bron: Medisch Contact, 2 oktober 1987). Dit betreft onder meer dat

de vertrouwenspersoon alleen over ter zake doende informatie met betrokkene mag spreken.

Indien betrokkene geen vertrouwenspersoon wil inschakelen en ondanks een negatief advies in dezen toch inzage in de rapportage wenst, krijgt betrokkene uiteindelijk het recht op inzage volgens het huidige voorontwerp van de zogenaamde 'Patiëntenwet'.
Volgens de bovengenoemde uitspraak van het Amsterdams Gerechtshof (juli 1987) zullen in een dergelijk geval betrokkene, eventueel de behandelaars, maar in ieder geval de 'keurend beoordelaar' de gevolgen van de informatie hebben te aanvaarden. Daarbij dient de nodige opvang en begeleiding te worden aangeboden bij de verwerking van de inzage.

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft zich in algemene zin uitgesproken voor een 'ongeclausuleerd' inzagerecht (Cense, 1987), doch dit is recentelijke door de algemene ledenvergadering verworpen.
Op grond van artikel 111 lid 4 van de Beroepswet kan de rechter in het belang van de geestelijke of lichamelijke gezondheid van de betrokken persoon, al dan niet op verzoek van het desbetreffende uitvoeringsorgaan, bepalen dat het inzien van geneeskundige rapporten niet wordt toegestaan aan een bepaalde betrokkene persoonlijk, maar uitsluitend aan een gemachtigde, die hetzij arts, hetzij advocaat of procureur is, dan wel van de rechter bijzondere toestemming heeft verkregen.

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt in schema 7 het rapportagemodel weergegeven, dat voor de verslaglegging van psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid kan worden gehanteerd en als zodanig is toegepast bij de onderzoekspopulatie van deze studie. Dit rapportagemodel kan tegelijkertijd als een algemene leidraad voor de structuur, inhoud en uitvoering van het desbetreffende psychologisch onderzoek worden gebruikt. Voor een uitgebreide beschrijving van dit model wordt verwezen naar Kabela en Lancée (1988).

Schema 7: Rapportagemodel van psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)-geschiktheid

1. Reden van aanmelding en vraagstelling
2. Personalia
3. Anamnestische gegevens:
   - 3.1 Klachtenbeschrijving en ziekteverschijnselen
   - 3.2 Specifieke (medische) anamnese
   - 3.3 Tractus anamnese
   - 3.4 Familiaire ziektebeelden
   - 3.5 Familiaire anamnese
   - 3.6 Biografische anamnese
   - 3.7 Opleiding
   - 3.8 Arbeidsinventarisatie
   - 3.9 Militaire dienst
   - 3.10 Psychoseksuele ontwikkeling en huidige gezinssituatie
   - 3.11 Woonsituatie
   - 3.12 Godsdienst en levensbeschouwing
   - 3.13 Vrijetijdsbesteding, dagvulling en sociale contacten
   - 3.14 Politiële- justitiële contacten
   - 3.15 Persoonlijke crisis en life-events
4. Zelfbeschrijving en toekomstvisie
5. Algemene klinische indruk
6. Psychometrisch onderzoek
   - 6.1 Cognitief-intellectuele functies
   - 6.2 Kennis en vaardigheden
   - 6.3 Karakterstructuur
   - 6.4 Emotionaliteit en lichamelijke gevoelens
   - 6.5 Persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie
   - 6.6 Affiniteiten
   - 6.7 Gedrag en aanpassingsvermogen
7. Hetero-anamnese
8. Overleg behandelende sector
9. Samenvatting, beschouwing en conclusie
10. Diagnose volgens DSM-III
11. Advies
12. Nagesprek
13. Inzage
14. Bijlage(n)

5. HET ONDERZOEK: OPZET EN UITVOERING

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling van het onderzoek van deze studie nader gespecificeerd (5.1) en in concrete onderzoeksvragen uitgewerkt (5.2).
In paragraaf 5.3 worden de vorm en structuur van het onderzoek beschreven. Paragraaf 5.4 geeft een overzicht van de psychometrische onderzoeksinstrumenten, die in dezen worden geëvalueerd op hun waarde voor de psychologische arbeidsongeschiktheidsdiagnostiek. In paragraaf 5.5 staan de verklarende variabelen, die door de respectievelijke psychometrische instrumenten worden gemeten, en de criterium-variabele schematisch weergegeven.
De beschrijving van de onderzoekspopulatie wordt in paragraaf 5.6 beschreven en een specificatie van de wijze van data-verzameling (5.7) besluit dit hoofdstuk.

5.1 SPECIFICERING VAN DE PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling van dit onderzoek heeft betrekking op het bepalen van de voorspellende waarde van specifieke psychometrische onderzoeksgegevens in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.
De psychologische oordeelsvorming wordt statistisch geanalyseerd en geëxpliciteerd aan de hand van beschikbare psychometrische gegevens.
Het gaat daarbij om vast te stellen hoe de psycholoog-adviseur de psychometrische gegevens waarover hij beschikt, combineert tot een oordeel inzake de arbeids(on)geschiktheid van de onderzoekspopulatie. Daartoe vindt een statistische modelvorming plaats buiten de impliciete en expliciete cognitieve representaties van de psycholoog-adviseur om.
Met statistische technieken wordt gezocht naar de formule, die het beste de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties uit de psychometrische gegevens verklaart c.q. voorspelt. Een dergelijke statistische modelvorming impliceert een reductie van een complex beslissings- en beoordelingsproces. Het desbetreffende statistische model geeft aan, welke variabelen bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling zijn

gebruikt en welke gewichten aan elk van de gebruikte variabelen zijn gegeven.
Omdat het bij deze werkwijze onduidelijk is of het statistische model een goede beschrijving geeft van het proces van afwegen en combineren dat de psycholoog-adviseur in werkelijkheid heeft gevolgd, is er sprake van een 'paramorfe representatie' van het beslissingsmodel (Roe, 1983). Als zodanig ressorteert deze studie onder de zogenaamde 'paramorfe oordeelstudies' (Hoffmann, 1960).

In de paramorfe representatie-studies wordt gebruikt gemaakt van regressieformules (Westmeyer, 1976; Knippenberg en Siero, 1980).
De opzet daarvan bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek is als volgt.
De psycholoog-adviseur beschikt over een aantal psychometrische gegevens van de te beoordelen betrokkene. Mede op grond van deze gegevens, maar zonder formules of wegingsvoorschriften, komt de psycholoog-adviseur tot een oordeel over de arbeids(on)geschiktheid van betrokkene en doet daaromtrent een uitspraak in termen van een advies. Dit advies kan worden beschouwd als een beslissing.
Er wordt een regressieformule opgesteld op basis van de beschikbare verklarende variabelen als mogelijke predictoren, waarmee de beslissingen (psychologische adviezen) zo goed mogelijk worden voorspeld.
Lineaire regressieformules blijken een goede statistische benadering van beslissingen te geven, waarbij de gevonden 'regressiegewichten' de mate aangeven, waarin de psycholoog-adviseur belang heeft gehecht aan de verklarende variabelen bij zijn oordeelsvorming (Roe, 1983). In dat verband wordt ook wel gesproken van 'policy-capturing' (Koele, 1987), betrekking hebbende op: het statistisch analyseren van informatie-verwerkend en beslissingsgedrag van de psycholoog-adviseur, met als doel te ontdekken hoe deze de beschikbare psychometrische gegevens heeft gebruikt om tot een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling (voorspelling) te komen.

Het onderzoek is zodanig opgezet dat er kan worden gezocht naar de relatie tussen de desbetreffende psychometrische onderzoeksbevindingen van bepaalde psychologische persoonskenmerken als 'verklarende variabelen',

afzonderlijk en in combinatie, en de mede daarop gebaseerde psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie als 'criterium-variabele'.
Daarmee kan inzicht worden verkregen in de mate waarin bepaalde meetbare psychologische persoonskenmerken de onderscheiden groepen van arbeidsgeschikten en arbeidsongeschikten adequaat weten te voorspellen.
De centrale vraag daarbij is hoe variantie in de criterium-variabele terug te voeren is op variantie in (combinaties van) de verklarende variabelen (predictoren). De criterium-variabele is de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie (adviezen).

In verband met de bepaling van de instrumentele utiliteit van de desbetreffende psychometrische onderzoeksgegevens wordt nagegaan in hoeverre de mede daarop gebaseerde psychologische adviezen daadwerkelijk door de opdrachtgevers zijn overgenomen. Daarbij wordt tevens onderzocht in hoeverre betrokkenen wel of niet tegen de mede op de psychologische adviezen gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' van de opdrachtgevers in beroep zijn gegaan en wat daaromtrent het rechterlijk oordeel van de desbetreffende beroepsinstanties is geweest.
Aan de hand van deze 'afgeleide' criterium-variabelen kan de doeltreffendheid van bepaalde meetbare psychologische persoonskenmerken in breder verband worden aangetoond wat betreft het voorspellend vermogen ten aanzien van:
- de beslissingen van de opdrachtgevers;
- de beslissingen van betrokkenen met betrekking tot het wel of niet in beroep gaan;
- de beslissingen van de beroepsinstanties wat betreft het wel of niet gegrond verklaren van aangetekende beroepen.

Op grond van de gevonden predictieve waarden van de desbetreffende meetbare psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de uiteindelijke arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling kunnen:
1e. (voorlopige) beslissingsregels worden geformuleerd, aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of iemand arbeidsgeschikt of -ongeschikt is;
2e. aanbevelingen en voorstellen worden gedaan voor de samenstelling van een psychometrisch instrumentarium voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek;

3e. mogelijkheden worden aangegeven hoe deze onderzoeksinstrumenten op hun 'voorspellende' waarden in de praktijk kunnen worden gereëvalueerd en eventueel verbeterd, opdat de psychologische arbeids(on)geschiktheids-beoordelingen per individuele beoordelaar en tussen beoordelaars onderling zo betrouwbaar en consistent mogelijk worden.

5.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Vanuit de algemene probleemstelling van dit onderzoek: 'het nagaan van de mate waarin op grond van meetbare psychologische persoonskenmerken een voorspelling kan worden gedaan ten aanzien van de classificatie arbeids-geschikten versus arbeidsongeschikten', kunnen een aantal specifieke onderzoeksvragen worden afgeleid.
Deze hebben betrekking op:

- de **criterium-variabele**, het psychologisch advies: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-).

- de **afgeleide criterium-variabelen**, die inhoud geven aan de 'objectiviteit' van de criterium-variabele:
  . beslissingen van de opdrachtgevers: psychologisch advies wel (OG+) versus niet (OG-) overgenomen;
  . beslissingen van de betrokkenen: wel in beroep (BG+) versus niet in beroep (BG-) gegaan;
  . beslissingen van de beroepsinstanties: beroep wel gegrond (GG+) versus niet gegrond (GG-) verklaard.

- de **verklarende variabelen**, de meetbare psychologische persoonskenmerken en de mate waarin deze verschillen bij:
  . betrokkenen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) zijn beoordeeld;
  . betrokkenen van wie de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordelingen wel (OG+) versus niet (OG-) door de opdrachtgevers zijn overgenomen;
  . betrokkenen die wel (BG+) versus niet (BG-) in beroep zijn gegaan;

. betrokkenen van wie het beroep door de beroepsinstanties gegrond (GG+) versus ongegrond (GG-) is verklaard.

- de **relatie** tussen de **verklarende variabelen** enerzijds en de **criterium-variabele** en **afgeleide criterium-variabelen** anderzijds.

De vragen met betrekking tot de **criterium-variabele** en **afgeleide criterium-variabelen** zijn:

1. Welke arbeids(on)geschiktheidsadviezen zijn er door de psycholoog-adviseur aan de opdrachtgevers verstrekt (AG+ versus AG-)?

2. Welke arbeids(on)geschiktheidsadviezen zijn er van de psycholoog-adviseur door de opdrachtgevers wel en niet overgenomen (OG+ versus OG-)?

3. In hoeverre hebben mede op het psychologisch advies gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' van de opdrachtgevers wel en niet tot beroepszaken geleid (BG+ versus BG-)?

4. In hoeverre zijn in het kader van beroepszaken mede op het psychologisch advies gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' van de opdrachtgevers door de beroepsinstanties wel en niet gegrond verklaard (GG+ versus GG-)?

De vragen met betrekking tot de **verklarende variabelen** zijn:

5. In welke meetbare psychologische persoonskenmerken verschillen betrokkenen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt, respectievelijk arbeidsongeschikt zijn beoordeeld (AG+ versus AG-)?

6. In welke meetbare psychologische persoonskenmerken verschillen betrokkenen van wie de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen wel en niet door de opdrachtgevers zijn overgenomen (OG+ versus OG-)?

7. In welke meetbare psychologische persoonskenmerken verschillen betrok-

kenen die wel en niet in beroep zijn gegaan tegen een voor beroep vatbare beslissing van de opdrachtgevers (BG+ versus BG-)?

8. In welke meetbare psychologische persoonskenmerken verschillen betrokkenen van wie in het kader van een beroepszaak het aangetekende beroep gegrond, respectievelijk ongegrond is verklaard (GG+ versus GG-)?

De vragen met betrekking tot de **relatie** tussen de **verklarende variabelen** (predictoren) enerzijds en de **criterium-variabele** en de **afgeleide variabelen** anderzijds zijn:

9. Wat is de predictieve waarde van meetbare psychologische persoonskenmerken, afzonderlijk en in combinatie, ten aanzien van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties?

10. Wat is de predictieve waarde van meetbare psychologische persoonskenmerken, afzonderlijk en in combinatie, ten aanzien van de beslissingen van de opdrachtgevers?

11. Wat is de predictieve waarde van meetbare psychologische persoonskenmerken, afzonderlijk en in combinatie, ten aanzien van de categorieën betrokkenen die respectievelijk wel en geen beroep aantekenen tegen een voor beroep vatbare beslissing van de opdrachtgevers?

12. Wat is de predictieve waarde van meetbare psychologische persoonskenmerken, afzonderlijk en in combinatie, ten aanzien van de categorieën betrokkenen van wie het aangetekende beroep door de beroepsinstanties wel, respectievelijk niet gegrond wordt verklaard?

Het zich bij de beantwoording van voornoemde vragen voordoende methodologische probleem is, dat de criterium-variabele arbeids(on)geschiktheid arbitrair is wegens het ontbreken van een wetenschappelijke operationele definitie. Het is een voornamelijk op 'experts-consensus' gebaseerde criterium-variabele, waarbij het ontbreekt aan een extern objectief criterium. Externe objectieve toetsing en validering is daardoor niet mogelijk.

Bovendien is er sprake van een 'verwevenheid' van de psychometrische gegevens en de psychologische adviezen. Van Strien (1986) spreekt in dit verband van 'besmetting' tussen de psychometrische gegevens en de psychologisch adviezen enerzijds met de beslissingen van respectievelijk de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties anderzijds. Wegens het retrospectieve karakter van dit veldonderzoek is het niet mogelijk om de psychometrische data en de mede daarop gebaseerde psychologische adviezen onafhankelijk van elkaar te relateren aan de beslissingen van opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties.
Deze methodologische 'artefacten' geven niet alleen beperkingen in de opzet en uitvoering van dit onderzoek, maar impliceren tevens dat de onderzoeksbevindingen met betrekking tot de predictieve waarde en instrumentele utiliteit van de psychometrische onderzoeksgegevens met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. De conclusies van het onderzoek beperken zich vooralsnog tot de desbetreffende onderzoekspopulatie binnen de grenzen van de plaats waarop en het tijdsbestek waarbinnen de onderzoeksgegevens zijn verzameld.

5.3 VORM EN STRUCTUUR VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek heeft een descriptief, exploratief en, voor zover de onderzoeksresultaten dat toelaten, prescriptief karakter.

Het **descriptieve gedeelte** heeft betrekking op de beschrijving van de psychometrische onderzoeksinstrumenten (5.4) die worden gebruikt en de psychologische kenmerken die daarmee worden gemeten (de verklarende variabelen, 5.5).
Daarnaast betreft het descriptieve gedeelte de inventarisatie van de criterium-variabele, te weten de verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen, en ter bepaling van de instrumentele utiliteit van de desbetreffende psychometrische gegevens een inventarisatie van de 'afgeleide' criterium-variabelen:
- de mate van congruentie tussen de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties en de arbeids(on)geschiktheidsbeoordelingen van de opdrachtgevers;

- de mate waarin betrokkenen al of niet beroep hebben aangetekend tegen op de psychologische adviezen gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' van de opdrachtgevers;
- de mate waarin in geval van beroepszaken er congruentie bestaat tussen de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties en de uiteindelijke beslissingen van de desbetreffende beroepsinstanties.

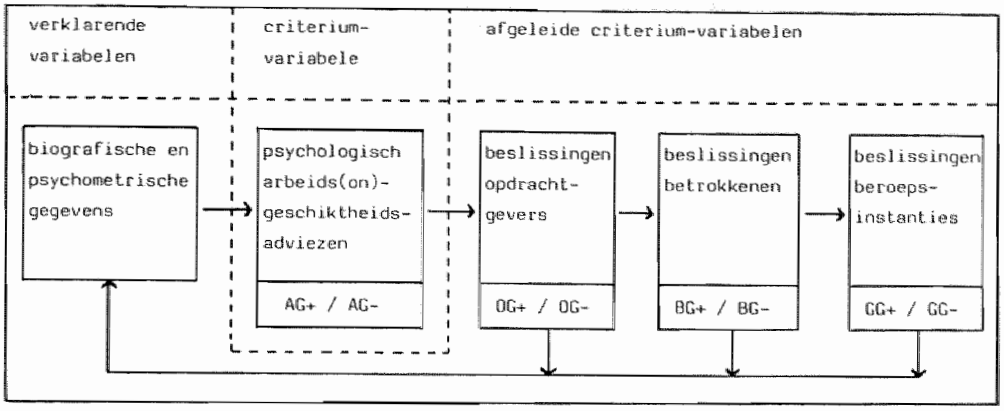
In het **exploratieve gedeelte** wordt ter bepaling van de voorspellende waarde van de verklarende variabelen nagegaan in hoeverre er significante verschillen zijn in biografische en psychologische persoonskenmerken tussen de subcategorieën van respectievelijk:
- de betrokkenen die naar het oordeel van de psycholoog-adviseur arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt zijn;
- de betrokkenen van wie de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen wel en niet door de opdrachtgevers zijn overgenomen;
- de betrokkenen die wel en geen beroep hebben aangetekend tegen voor beroep vatbare beslissingen van de opdrachtgevers;
- de betrokkenen van wie de beroepen door de beroepsinstanties wel en niet gegrond is verklaard.

Het **prescriptieve gedeelte** berust op de bevindingen en analyses van het descriptieve en exploratieve deel van het onderzoek en geeft aan welke psychometrische gegevens een voorspellende waarde hebben ten aanzien van:
- de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties;
- de beslissingen van de opdrachtgevers;
- de beslissingen van betrokkenen om wel of niet in beroep te gaan;
- de beslissingen van de beroepsinstanties in geval van beroepszaken.

Op grond daarvan kunnen aanbevelingen en voorstellen worden gedaan met betrekking tot een aantal (voorlopige) beslissingsregels en om bepaalde (combinaties van) psychometrische onderzoeksinstrumenten standaard te gaan gebruiken in het kader van psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

In aansluiting op de procesgang van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling (zie 2.5) en de onderzoeksvragen kan de structuur van het onderzoek als volgt schematisch worden weergegeven.

Schema 8: Structuur van het onderzoek



Aan de hand van de onderzoeksvragen, vorm en structuur van het onderzoek kan er onderscheid worden gemaakt in de volgende fasen:

Fase 1: onderzoeking en beschrijving van de getalsmatige gegevens van de criterium-variabele (6.1).

Fase 2: onderzoeking en beschrijving van de mate van overeenkomst tussen de criterium-variabele (de verstrekte adviezen) en de afgeleide criterium-variabelen.
Daarbij wordt aangegeven in hoeverre op de psychologische adviezen gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissingen' tot beroepszaken hebben geleid en in hoeverre deze (on)gegrond zijn verklaard.

Fase 3: onderzoeking en beschrijving van de voorspellende waarde van de verklarende variabelen op univariaat niveau met betrekking tot:
- de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties;
- het advies-overnamebeleid van de opdrachtgevers;
- de beslissingen van de betrokkenen;
- de beslissingen van de beroepsinstanties.

Fase 4: onderzoeking en beschrijving van de voorspellende waarde van de biografische en psychologische persoonskenmerken op multivariaat

niveau ten aanzien van de psychologische arbeids(on)geschiktheids-classificaties.

Fase 5: onderzoeking en beschrijving van de voorspellende waarde van de biografische en psychologische persoonskenmerken op multivariaat niveau ten aanzien van het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties.

Bovengenoemde fasering zal worden aangehouden bij de beschrijving en uitvoering van de onderzoeksresultaten in hoofdstuk 6.

5.4 ONDERZOEKSINSTRUMENTEN

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde en genormeerde psychometrische onderzoeksinstrumenten, waarvan de mate van betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn en die tenminste de waardering 'acceptabel' hebben gekregen van de Commissie Testaangelegenheid (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen.
De keuze van de desbetreffende instrumenten is gebaseerd op:
- de psychometrische kwaliteit (Visser e.a., 1982);
- een inventarisatie van psychologische persoonskenmerken die volgens de literatuur een zekere relevantie hebben met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (zie 3.5);
- de theoretische achtergrond van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek (zie 4.1);
- de beschikbaarheid en de praktische toepasbaarheid (Lancée, 1981c).

Op grond van deze keuzecriteria is aangenomen dat de gehanteerde onderzoeksinstrumenten klinisch relevante psychologische persoonskenmerken en dimensies meten met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling (zie ook Roe, 1984). Dit onderzoek is erop gericht om dit te bevestigen of te weerleggen.

De psychologische beoordeling van arbeids(on)geschiktheid is gebaseerd op de interpretatie van de kwalitatieve en kwantitatieve gegevens, betrekking hebbende op de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.

In aansluiting op voornoemde keuzecriteria mag worden verondersteld dat de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden zich manifesteren als samengestelde factor in:

- cognitief-intellectuele functies;
- kennis en (specifieke) vaardigheden;
- karakterstructuur;
- emotionaliteit en lichamelijke gevoelens;
- persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie;
- affiniteiten;
- gedrag en aanpassingsvermogen (zie ook 4.3).

De belastbaarheid en beroepsvaardigheden worden in dit onderzoek instrumenteel gerealiseerd door middel van 34 psychologische persoonskenmerken (verklarende variabelen). Ter bepaling daarvan is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende psychometrische tests, persoonlijkheids- en screeningsvragenlijsten:

- de Wechsler Adult Intelligence Scale (J. Stinissen e.a., 1970);
- de Differentiële Aanleg Test (S.D. Fokkema, A. Dirkzwager, 1968);
- de Nederlandstalige Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, C-vorm), (J. Nuttin en J.B. Beuten, 1969);
- de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (G.J.S. Wilde, 1970);
- de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (H.M. van der Ploeg, P.B. Defares, C.D. Spielberger, 1980);
- de depressieschaal van Zung (1973);
- de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (J.M. Dirken, 1974);
- de Pijnschaal (Fordyce, 1976).

Voor een nadere beschrijving van deze onderzoeksinstrumenten en de psychologische persoonskenmerken waar deze betrekking op hebben, wordt verwezen naar bijlage C.

5.5 OVERZICHT VAN DE VERKLARENDE VARIABELEN EN DE CRITERIUM-VARIABELE

De verklarende variabelen in het onderzoek zijn, naast de biografische

gegevens betreffende geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, de psychologische kenmerken, zoals deze zijn geïnventariseerd met behulp van bovengenoemde psychometrische onderzoeksinstrumenten.
Deze variabelen worden beschouwd als zogenaamde potentiële 'voorspellervariabelen' van de criterium-variabele: de psychologische classificatie arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-).

Gegeven de daarvoor bestemde wettelijke criteria is bij deze classificatie de volgende indeling gehanteerd:

I. geschikt voor eigen werk en/of vergelijkbare werkzaamheden;
II. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden, wel geschikt voor andere passende werkzaamheden, eventueel na scholing;
III. voorlopig ongeschikt voor alle werkzaamheden;
IV. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden, voorlopig ongeschikt voor andere passende werkzaamheden;
V. blijvend ongeschikt voor eigen en/of vergelijkbare werkzaamheden en ook blijvend ongeschikt voor andere werkzaamheden;
VI. reeds geheel, gedeeltelijk of voorspelbaar (blijvend) arbeidsongeschikt bij aanvang der verzekering:
   - geheel arbeidsongeschikt (artikelen: 44-1a-1e ZW; 21-1a + 21-2b AAW; 30-1a WAO; F14-1a ABP-wet);
   - gedeeltelijk arbeidsongeschikt (artikelen: 5-II AAW; 18-II WAO; F9-3 ABP-wet);
   - voorspelbaar arbeidsongeschikt binnen een half jaar na aanvang der verzekering (artikelen: 44-1a-2e ZW; 21-1c + 21-1d AAW, 30-1b WAO; F14-1b + F14-2 ABP-wet).

Voornoemde categorisering van de psychologische adviezen maakt vergelijking mogelijk met de beoordelingscategorieën van de opdrachtgevers.
In verband met de probleemstelling van dit onderzoek betreffende de voorspelbaarheid van de classificatie arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten (criterium-variabele) op basis van psychometrische gegevens, zijn bij de verwerking van de variabelen de categorieën I en II samengevoegd: arbeidsgeschikt voor eigen en/of ander passend werk, eventueel na scholing (AG+), terwijl categorie III tot en met VI zijn samengevoegd als zijnde één categorie: arbeidsongeschikt (AG-).

De verklarende variabelen en de criterium-variabele staan overzichtelijk weergegeven in schema 9.

Schema 9: Overzicht verklarende variabelen en criterium-variabele

verklarende variabelen	instrument	criterium-variabele
1. geslacht	personalia	AG+ : arbeidsgeschikt (categorie I+II) versus AG- : arbeidsongeschikt (categorie III+IV+V+VI)
2. leeftijd		
3. opleidingsniveau		
4. informatie	WAIS	
5. begrijpen		
6. rekenen		
7. overeenkomsten		
8. cijferreeksen		
9. woordenschat		
10. substitutie		
11. onvolledige tekeningen		
12. blokpatronen		
13. plaatjes rangschikken		
14. figuurleggen		
15. snelheid en nauwkeurigheid	DAT	
16. L-schaal	MMPI	
17. F-schaal		
18. K-schaal		
19. hypochondrie		
20. pathologische depressie		
21. hysterie		
22. psychopathische deviatie		
23. activiteit/passiviteit		
24. paranoïa		
25. psychasthenie		
26. schizofrenie		
27. hypomanie		
28. sociale introversie		
29. psychoneurotische klachten	ABV	
30. functionele (lichamelijke) klachten		
31. sociale extraversie		
32. zelfdefensieve instelling		
33. toestandsangst	ZBV	
34. dispositie-angst		
35. depressieve gevoelens	ZUNG	
36. ervaren gezondheidstoestand	VOEG	
37. pijnbeleving	PS	

Wat betreft de 'objectiviteit' van de criterium-variabele (AG+/AG-) is al eerder aangegeven dat wegens de afwezigheid van een operationele definitie en een extern hard criterium waaraan zou kunnen worden getoetst, in wetenschappelijk opzicht niet geheel kan worden voldaan aan het 'objectiviteitsbeginsel' (De Groot, 1972).
Op grond van het gegeven dat de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling grotendeels berust op 'experts-consensus' kan worden uitgegaan van de veronderstelling dat de gewenste 'objectiviteit' het dichtst wordt benaderd door:

- de mate van overeenkomst tussen de adviezen van de psycholoog-adviseur en de beslissingen van de opdrachtgevers inzake de arbeids(on)geschiktheid van betrokkenen;
- de mate waarin door de opdrachtgevers overgenomen adviezen wel en niet hebben geleid tot beroepszaken;
- de mate waarin beroepszaken hebben geleid tot (on)gegrondverklaringen door de beroepsinstanties.

5.6 ONDERZOEKSPOPULATIE

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de mensen die in de periode van 1981 tot en met 1984 door respectievelijk GMD, GAK en ABP (opdrachtgevers) zijn verwezen naar de psycholoog-adviseur van Psychologisch Adviesbureau Lancée te Alkmaar voor nader psychologisch onderzoek, met het verzoek een uitspraak te doen omtrent de arbeids(on)geschiktheid van de betrokkenen (N = 822).
Verwijzing voor een dergelijk onderzoek vindt plaats binnen het kader van de sociale wetgeving door verzekeringsgeneeskundigen van voornoemde instanties. Bij de betrokkenen is vooraf door middel van somatisch-diagnostisch onderzoek door de verwijzende verzekeringsgeneeskundigen vastgesteld, dat er op somatisch gebied geen of onvoldoende objectiveerbare redenen aanwezig zijn voor arbeidsongeschiktheid. Zij worden verwezen in het kader van de vraag of er bij hen psychische gronden bestaan voor een eventuele arbeidsongeschiktheid.
Het gaat daarbij om mensen met psychische en/of somatoforme verschijnselen, op grond waarvan zij zichzelf niet in staat achten om te werken, ter-

wijl de verzekeringsgeneeskundigen zich daarentegen afvragen in hoeverre zij wel tot werken in staat zijn, maar daaromtrent onvoldoende gegevens hebben om tot een adequate oordeelsvorming te komen. Die mensen van wie de verzekeringsgeneeskundige kan aangeven dat er sprake is van een apert arbeidsbelemmerend ziektebeeld, dan wel bij wie 'niets aan de hand is', komen niet voor verwijzing in aanmerking en vormen derhalve geen onderdeel van de onderzoekspopulatie.
De onderzoekspopulatie bevindt zich op een voor de verzekeringsgeneeskundige onduidelijke plaats op het continuüm tussen arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt. Daarbij is het de verzekeringsgeneeskundige met name niet duidelijk hoe de verhouding psychische draaglast/draagkracht ligt, noch welke kans er bestaat op decompensatie bij verzwaring van de draaglast door een arbeidsgeschiktheidsverklaring af te geven.

Binnen de desbetreffende onderzoekspopulatie zijn de volgende categorieën te onderscheiden:
- mensen met vermeende tot arbeid belemmerende psychische en/of persoonlijkheidsstoornissen;
- mensen met somatoforme klachten zonder aantoonbare organische basis, al of niet als uiting van onderliggende psychische problemen en/of mentale overbelasting;
- mensen bij wie somatische ziekten of klachten als luxerend moment voor latente psychische problemen kunnen worden gezien;
- mensen met psychische klachten, symptomen en/of stoornissen ten gevolge van somatische ziekten of gebreken, welke op zich geen reden voor arbeidsongeschiktheid zijn.

Een retrospectief veldonderzoek beperkt de samenstelling van de onderzoekspopulatie. Mensen van wie geen informatie bij de opdrachtgever bekend was omtrent 'de wettelijke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling na het psychologisch advies', zijn niet in het onderzoek betrokken (n = 6). Ook zij van wie er onvoldoende psychologische gegevens verzameld en/of beschikbaar waren, zijn buiten de onderzoekspopulatie gelaten (n = 3).
Op ethische gronden is de mening gerespecteerd van hen die geen toestemming gaven tot gebruik van hun onderzoeksgegevens (n = 9).
Van het totaal aantal psychologisch onderzochte personen over wie een ar-

beids(on)geschiktheidsadvies is uitgebracht (N = 822), zijn er derhalve 18 niet in de onderzoekspopulatie opgenomen.
Van de resterende onderzoeksgroep (N = 804) zijn de biografische gegevens wat betreft leeftijd, geslacht en opleidingsniveau geïnventariseerd; enerzijds ter beschrijving van de onderzoekspopulatie en anderzijds om te verkennen of deze variabelen mede een voorspellende waarde hebben met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties (criterium-variabele).

De verdeling van de onderzoekspopulatie naar verwijzende instanties (opdrachtgevers), te weten GMD-kantoren Alkmaar en Haarlem, ABP-kantoren Alkmaar en Diemen en GAK-districtskantoor Alkmaar, is gespecificeerd in tabel 3.

Tabel 3: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar opdrachtgevers

Opdrachtgevers	absolute frequentie	relatieve frequentie (%)
GMD	647	80
ABP	76	10
GAK	81	10
totaal	804	100

Uit een mondeling gehouden enquête bij de betrokken opdrachtgevers is gebleken dat de verhouding in de relatieve frequentie van verwijzingen voor psychologisch onderzoek naar arbeids(on)geschiktheid overeenkomt met het landelijk verwijzingspatroon van deze instanties.
Zonder dat het exact is te staven, mag redelijkerwijs worden verondersteld dat het verschil tussen de opdrachtgevers wat betreft het aantal verwijzingen voor psychologisch onderzoek samenhangt met de respectievelijk verschillende taken die zij in het kader van arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling hebben. Zo onderzoekt het GAK voor de niet-zelfadministrerende bedrijfsverenigingen voornamelijk mensen die nog in de Ziektewet zitten en derhalve in eerste instantie alleen moeten worden beoordeeld op hun (on)geschiktheid voor het eigen laatst uitgevoerde werk. Dit in tegenstelling

tot de GMD, die als adviserende instantie van alle bedrijfsverenigingen een algemene arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling geeft over alle betrokkenen die aanspraak maken op een uitkering krachtens de AAW en WAO.
Het relatief geringe aantal verwijzingen van het ABP hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met het feit dat via de ABP-wet verzekerde mensen pas daadwerkelijk door verzekeringsgeneeskundigen van het ABP worden onderzocht en eventueel door hen voor psychologisch arbeids(on)geschiktheidsonderzoek worden verwezen, wanneer er sprake is van een mogelijke blijvende ongeschiktheid voor het eigen laatst uitgevoerde werk. Bij een voorlopige arbeidsongeschiktheid voor het eigen werk ligt de oordeelsvorming daaromtrent in eerste instantie bij de betrokken bedrijfsarts. In de dagelijkse praktijk wordt het steeds meer gebruikelijk dat ABP-verzekerden door de bedrijfsarts worden verwezen voor psychologisch onderzoek, nadat daaromtrent overleg is gepleegd met de verzekeringsgeneeskundige van het ABP.

Omdat het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau op grond van beschikbare databestanden een zekere relevantie blijken te hebben ten aanzien van de groep mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (De Klerk e.a., 1983, 1985, 1986), zijn vervolgens deze biografische persoonskenmerken van de onderzoekspopulatie geïnventariseerd en onderstaand beschreven in paragraaf 5.6.1 tot en met 5.6.3. De representativiteit van de onderzoekspopulatie met betrekking tot deze biografische gegevens wordt aangegeven door vergelijkingen te maken met het landelijk totaal aantal AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden. Deze biografische gegevens worden bij de analyse van de onderzoeksbevindingen betrokken, teneinde na te gaan in hoeverre ze mede een voorspellende waarde hebben met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties, de beslissingen van de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties.

5.6.1 Verdeling naar geslacht

De totaalverdeling binnen de onderzoekspopulatie naar geslacht van de verwezen personen (zie tabel 4) is 534 mannen en 270 vrouwen, dat wil zeggen ongeveer tweemaal zoveel mannen als vrouwen.

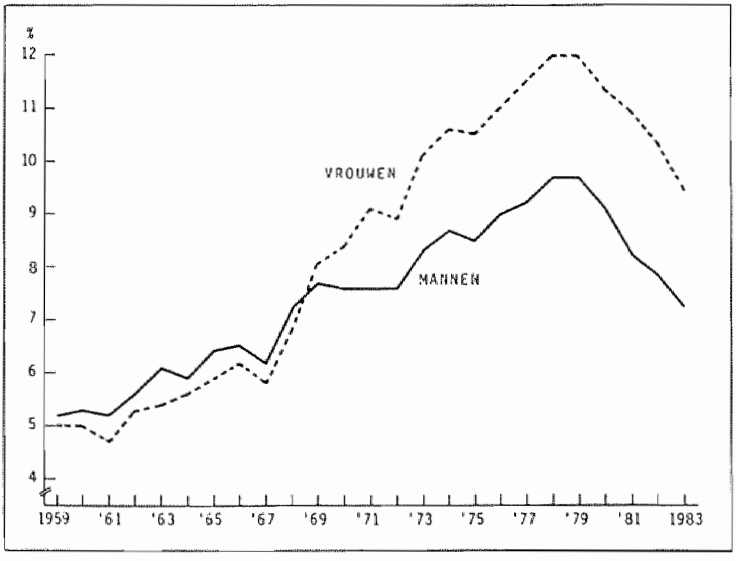
Tabel 4: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar geslacht

Geslacht	absolute frequentie	relatieve frequentie (%)
Man	534	66
Vrouw	270	34
totaal	804	100

De percentuele verhouding tussen mannen en vrouwen, respectievelijk 66% versus 34%, en de totale uitkeringsgerechtigde populatie, respectievelijk 68% mannen versus 32% vrouwen (Bruinsma e.a., 1987), wijst op een vrijwel evenredige verwijzing.

Wat betreft het totale ziekteverzuim, waarin er zowel sprake kan zijn van voorlopige als blijvende arbeidsongeschiktheid, blijkt dat in 1983 het percentage vrouwen dat zich ziek heeft gemeld hoger ligt (9,1%) dan het aantal mannen (7,2%), hetgeen is weergegeven in onderstaande grafiek 2.

Grafiek 2: De ontwikkelingen van het verzuimpercentage in Nederland over de periode 1959-1983; mannen resp. vrouwen



Bron: NIPG/INO, Ziekteverzuimstatistiek

Uit een recent onderzoek van het GAK naar deze verzuimverschillen tussen mannen en vrouwen in 1983 blijkt dat deze percentages over de hele populatie 'arbeidsongeschikten' nagenoeg gelijk liggen, na correctie op (met ziekteverlof wettelijk gelijkgesteld) zwangerschaps- en bevallingsverlof (Persbericht GAK, 1 april 1987).

In geval van de specifieke diagnosegroep 'psychische stoornissen' is echter percentagegewijs het aantal vrouwen dat arbeidsongeschikt is hoger dan het aantal arbeidsongeschikte mannen (Besseling en Bruinsma, 1986).
Uit het leeftijdsonderzoek 1980 en 1983 van het CBS (1984) blijkt dat vrouwen meer last hebben van psychische en psychosomatische klachten dan mannen. Uit het onderzoek van Bruinsma e.a. (1987) naar sociale indicatoren voor arbeidsongeschiktheid blijkt bij de vrouwen 34% van de arbeidsongeschiktheid primair te worden toegeschreven aan psychische oorzaken, terwijl dat bij de mannen 25% bedraagt.
De oorzaak van deze verschillen wordt toegeschreven aan de combinatie van een aantal factoren, waaronder o.a.:

- de dubbele belasting van vrouwen wegens de aan werk gerelateerde stress en daarnaast de zorg voor het huishouden en de kinderen (Philipsen, 1977);
- biologische verschillen, gepaard gaand met chronische aandoeningen en cyclische klachten en mogelijk daarmee samenhangende verschillen in beleving van de psychische stabiliteit (Oudendijk, 1983);
- een relatief geringere psychische belastbaarheid, tot uiting komend in lagere scores op de schalen voor zelfwaardering (Ormel, 1980) en hogere scores op de schalen voor neuroticisme en gezondheidsbeleving (Bruinsma, e.a., 1987).

5.6.2 Verdeling naar leeftijd

De verdeling naar leeftijd van dé onderzoekspopulatie ten tijde van het psychologisch onderzoek is weergegeven in tabel 5.
Uit deze tabel blijkt dat de leeftijdscategorie van 16 tot 45 jaar de grootste categorie binnen de onderzoekspopulatie vormt (88%).

Tabel 5: Verdeling naar leeftijdscategorieën van de onderzoeks- en totale AAW/WAO-uitkeringsgerechtigde populatie met de diagnose 'psychische stoornissen'

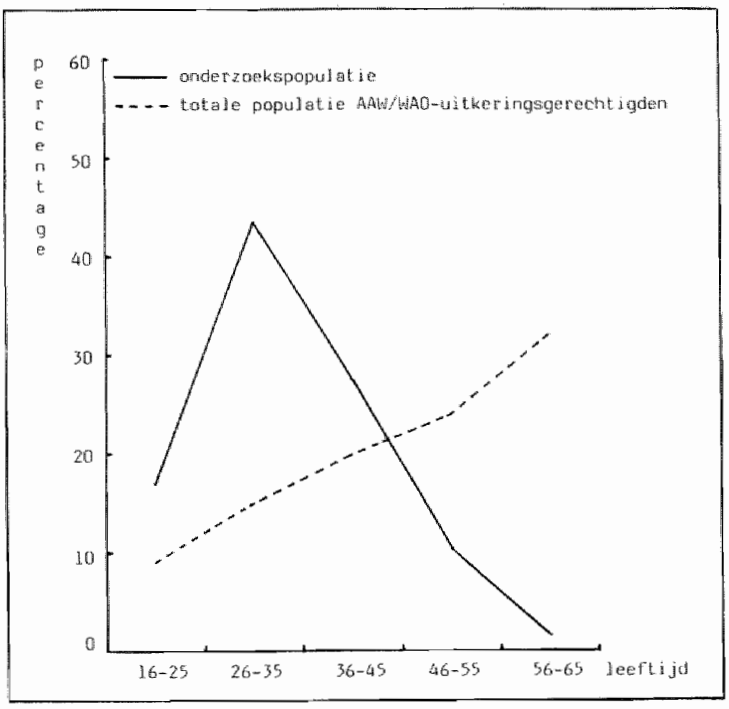
Leeftijds-categorie	onderzoekspopulatie			totale populatie	
	absolute frequentie	relatieve frequentie (%)	cumulatieve frequentie (%)	relatieve frequentie (%)	cumulatieve frequentie (%)
16-25 jaar	138	17	17	9	9
26-35 jaar	348	43	61	15	24
36-45 jaar	222	28	88	20	44
46-55 jaar	82	10	98	24	68
56-65 jaar	14	2	100	32	100
totaal	804	100		100	

De gegevens van tabel 5 betreffende de leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie zijn grafisch weergegeven in grafiek 3. Daarin is tevens ter vergelijking de verdeling naar leeftijdscategorieën opgenomen van de totale AAW/WAO-uitkeringsgerechtigde populatie (GMD Jaarverslag: Statistische informatie, 1984).
Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat het verwijzingsbeleid van de opdrachtgevers wat betreft de leeftijdscategorieën weinig parallelliteit vertoont met de totale AAW/WAO-uitkeringsgerechtigde populatie.

De categorie 26- tot 35-jarigen is relatief het meest verwezen voor psychologisch onderzoek in verband met mogelijke arbeidsongeschiktheid (43%), gevolgd door respectievelijk de categorie 36- tot 45-jarigen (28%) en 16- tot 25-jarigen (17%).

Gezien het verwijzingsbeleid wordt door de opdrachtgevers verwacht dat relatief jonge mensen, na een tijdelijk onderbroken loopbaan wegens arbeidsongeschiktheid, eventueel met behulp van therapie, begeleiding, om-, her- of bijscholing, nog een reële kans hebben om weer terug te keren in het arbeidsproces.
Dikwijls wordt een psychologisch advies dan ook niet alleen gevraagd om een uitspraak te doen over de arbeids(on)geschiktheid, maar tevens om daarbij aan te geven voor welke vorm van behandeling of begeleiding betrokkene

Grafiek 3: Leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie en de totale populatie AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden volgens GMD Jaarverslag 1984



in aanmerking komt en in hoeverre om-, her- of bijscholing mogelijk is, teneinde langdurig ziekteverzuim en (blijvende) arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

De praktijk wijst uit dat vooral scholing de kans van slagen van een reïntegratiepoging vergroot (Kooreman en Groot, 1984). Scholing wordt als reïntegratie-instrument voornamelijk toegepast bij de categorie 26- tot 35-jarigen. Uit het GMD Jaarverslag van 1985 blijkt dit 77% van het totaal van deze voorziening te zijn.

Een hogere scholingsgraad en een hoger opleidingsniveau verkleint de kans op arbeidsongeschiktheid. Deze verminderde kans wordt grotendeels verklaard uit verschillen in de kwaliteit van de arbeid die men met de respectievelijke niveaus van opleiding kan verrichten (Kruidenier, 1980; Nijhuis en Soeters, 1982; Smulders, 1984), en de daarmee samenhangende verschillen in taak-intrinsieke arbeidssatisfactie (Ris, 1977).

Volgens een analyse van Schellart (1987) van de onderzoeksgegevens van het CBS (1984) is er sprake van een hogere belastbaarheid naarmate het opleidingsniveau hoger is. Het is overigens in dit verband relevant om nogmaals te wijzen op de bevindingen van De Klerk e.a. (1985, 1986) dat, vergeleken met de andere diagnosecategorieën, onder de diagnosegroep psychische stoornissen juist een relatief groot aantal hoger opgeleide arbeidsongeschikten ressorteert.
Het feit dat er ondanks een goed scholingsniveau toch sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid op psychische gronden kan worden geïnterpreteerd als een aanwijzing dat andere persoonsgebonden factoren dan het scholingsniveau de psychische belastbaarheid mede bepalen.

5.6.3 Verdeling naar opleidingsniveau

De verdeling van de onderzoeksgroep naar opleidingsniveau is weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: Verdeling van de onderzoekspopulatie naar opleidingsniveau

Opleidingsniveau	absolute frequentie	relatieve frequentie (%)	cumulatieve frequentie (%)
1. Lager Onderwijs (LO, BLO)	281	35	35
2. Voortgezet Lager (Beroeps-) Onderwijs (LTS, LEAO, LAVO, (VGLO, LHNO)	228	28	63
3. Uitgebreid Lager (Beroeps-) Onderwijs (ULO, MULO, MAVO, UTS)	88	11	74
4. Middelbaar Beroeps-Onderwijs (MTS, Verpleegk.opl., MEAO)	75	9	84
5. Middelbaar Onderwijs (MMS, HBS, HAVO, Atheneum, Gymnasium, VWO)	62	7	91
6. Hoger Beroeps-Onderwijs (HTS, (Ped.Academie, HEAO, LO-akten)	26	3	95
7. Universitair Onderwijs, MO-akten	44	6	100
totaal	804	100	

Bij deze verdeling is gebruik gemaakt van de categorieën, zoals die worden gehanteerd door de Sociale Verzekeringsraad. Bij de indeling van onderzochten in deze categorieën is het hoogst genoten en met diploma afgeronde opleidingsniveau van vóór de uitval uit het arbeidsproces gehanteerd. Uit tabel 6 blijkt dat bijna 75% van de onderzoekspopulatie scholing op een relatief laag niveau en 25% middelbare of hogere scholing heeft gevolgd.

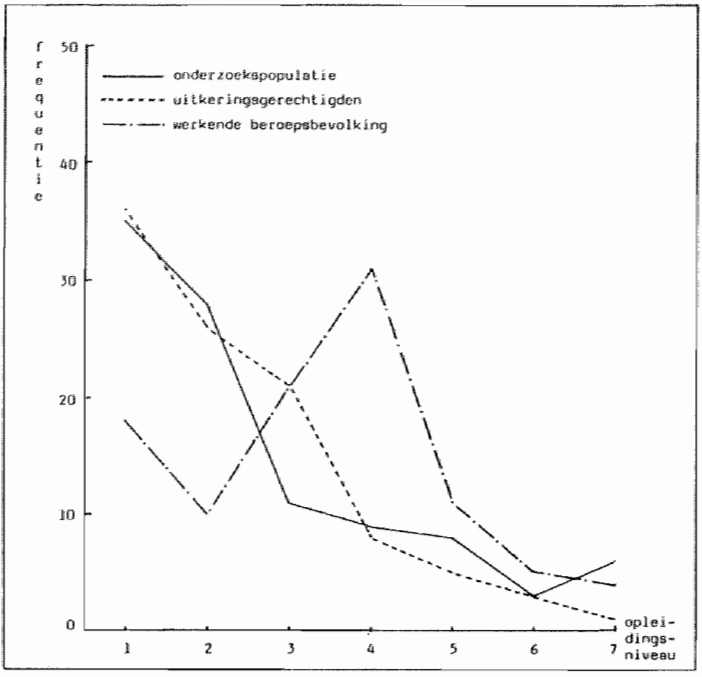
Vergelijking van de verdeling naar opleidingsniveau binnen de onderzoeksgroep met die van respectievelijk de totale groep uitkeringsgerechtigden (Kooreman en Groot, 1984) en de werkende beroepsbevolking (CBS Jaarstatistiek van de bevolking, 1983) is percentagegewijs weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Percentuele verdeling naar opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie in vergelijking met het totaal aantal uitkeringsgerechtigden volgens de AAW en WAO en de werkende beroepsbevolking.

Opleidingsniveau	onderzoeks-populatie (%)	uitkerings-gerechtigden (%)	werkende beroeps-bevolking (%)
1 LO	35	36	18
2 LBO	28	26	10
3 MAVO	11	21	21
4 MBO	9	8	31
5 HAVO/VWO	8	5	11
6 HBO	3	3	5
7 Univ.	6	1	4
totaal	100	100	100

De gegevens van tabel 7 zijn grafisch weergegeven in grafiek 4. Daaruit blijkt dat de verdeling naar opleidingsniveau binnen de categorieën uitkeringsgerechtigden volgens de AAW en WAO en de onderzoekspopulatie redelijk parallel lopen.
Een uitzondering op deze paralleliteit vormt de categorie 'uitgebreid lager onderwijs' (niveau 3), waarin er percentagegewijs relatief meer uitkeringsgerechtigden zijn (21%) dan er voor onderzoek zijn verwezen (11%), waarvoor op voorhand geen verklaring kan worden gegeven.

Grafiek 4: Verdeling naar opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie, totaal aantal uitkeringsgerechtigden en werkende beroepsbevolking, volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1987)



Wat betreft de verhouding tussen de uitkeringsgerechtigden en de verwezen populatie enerzijds en de verzekerde beroepsbevolking anderzijds op scholingsniveau 4 (middelbaar beroepsonderwijs), valt op dat op dit niveau relatief de meeste mensen werkzaam zijn, terwijl vergeleken met de andere scholingsniveaus het percentage 'arbeidsongeschikten' gering is.

Het tegenovergestelde geldt voor de niveaus 1 en 2, respectievelijk het lager en het voortgezet lager onderwijs. Het percentage uitkeringsgerechtigden is, evenals dat van de verwezen onderzoekspopulatie, verhoudingsgewijs aanzienlijk hoger dan het percentage mensen dat op dat niveau werkzaam is.

Tenslotte geeft dit cijfermateriaal een bevestiging van het gegeven dat het grootste gedeelte van de totale populatie uitkeringsgerechtigden tot de relatief lager geschoolden behoort (84% heeft lager, voortgezet en uitgebreid lager onderwijs genoten), terwijl dit ook de grootste groep vormt die voor onderzoek is verwezen (75%).

Samengevat kan worden gesteld dat met betrekking tot de leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie het voornamelijk de 16- tot 45-jarigen zijn die voor psychologisch onderzoek zijn verwezen, terwijl de categorie mensen met de diagnose 'psychische stoornissen' boven de 45 jaar landelijk altijd nog 56% is.
Met betrekking tot de biografische gegevens wat betreft geslacht en opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie kan worden gesteld dat deze in grote lijnen representatief kunnen worden genoemd voor de totale uitkeringsgerechtigde populatie in Nederland.
Gezien echter de opzet en uitvoering van het onderzoek mogen ondanks deze redelijke representativiteit in leeftijd en opleidingsniveau vooralsnog geen onderzoeksresultaten, zoals hiervolgend beschreven in hoofdstuk 6, worden gegeneraliseerd naar de totale (potentiële) AAW/WAO-uitkeringsgerechtigde populatie.

5.7 METHODE VAN DATA-VERZAMELING

Deze studie berust op gegevens die in de dagelijkse praktijk van de psycholoog-adviseur zijn verzameld en retrospectief door middel van dossierstudie zijn geïnventariseerd. Het betreft een inventarisatie van onderzoeksgegevens van mensen die psychologisch zijn onderzocht op hun (resterende) psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden in het kader van hun arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.
Er heeft een inventarisatie plaatsgevonden van respectievelijk:
- een aantal biografische gegevens;
- een aantal psychologische persoonskenmerken;
- de verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen;
- de beslissingen van de opdrachtgevende instanties;
- de beslissingen van de betrokkenen;
- de beslissingen van de beroepsinstanties.

Deze gegevens zijn aan de hand van bestaande psychologische dossiers geïnventariseerd, geanonimiseerd en gecodeerd. De formulering en codering van de adviezen heeft plaatsgevonden volgens een bij de opdrachtgevers

gebruikelijke indeling, zodat vergelijking van de psychologische adviezen met de beslissingen van de opdrachtgevers mogelijk is.
De beslissingen van de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties zijn door een aantal verzekeringsgeneeskundigen van de advies- en uitvoeringsorganen aan de hand van hun dossiers verzameld, geanonimiseerd en gecodeerd.

Het geheel van gegevens is in de periode van 1985-1986 verwerkt bij de statistisch-methodologische afdeling van de vakgroep Medische Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg (onder leiding van prof.dr. J.J.C.B. Bremer).

6. RESULTATEN EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden, in aansluiting op de volgorde van de onderzoeksvragen (5.2) en de structuur van het onderzoek (5.3), de resultaten weergegeven van de analyses die hebben plaatsgevonden op het onderzoeksmateriaal.

Ten eerste worden de onderzoeksbevindingen weergegeven die betrekking hebben op de beschrijving van de criterium-variabele en de afgeleide criterium-variabelen, respectievelijk:

- de verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen (6.1);
- de mate van overeenkomst tussen de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen en de beslissingen daaromtrent van de opdrachtgevers (6.2);
- het aantal mensen dat respectievelijk wel en geen beroep heeft aangetekend tegen een 'voor beroep vatbare beslissing' (6.3);
- het aantal mensen van wie het beroep door de rechterlijke instanties respectievelijk wel en niet gegrond is verklaard (6.4).

Vervolgens wordt ter bepaling van de voorspellende waarde van de verklarende variabelen op univariaat niveau aangegeven in hoeverre er daadwerkelijk significante verschillen in biografische en psychologische persoonskenmerken zijn geconstateerd tussen:

- de betrokkenen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt, respectievelijk arbeidsongeschikt zijn geclassificeerd (6.5);
- de betrokkenen van wie het psychologische arbeids(on)geschiktheidsadvies wel, respectievelijk niet door de opdrachtgevers is overgenomen (6.6);
- de betrokkenen die wel, respectievelijk geen beroep hebben aangetekend (6.7);
- de betrokkenen van wie het beroep wel, respectievelijk niet gegrond is verklaard (6.8).

Tenslotte worden de onderzoeksbevindingen beschreven van de analyses met betrekking tot de voorspellende waardebepaling van de biografische en psychologische persoonskenmerken op multivariaat niveau ten aanzien van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties (6.9) en het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers (6.10).

Wegens onvoldoende respondenten binnen de respectievelijke subcategorieën - beroepszaken en (on)gegrondverklaringen - heeft geen onderzoek plaats kunnen vinden naar de predictieve waardebepaling van de biografische en psychologische persoonskenmerken met betrekking tot het beslissingsbeleid van betrokkenen en de beroepsinstanties.

6.1 DE VERSTREKTE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSADVIEZEN

De psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties zijn door één psycholoog-adviseur in termen van een arbeids(on)geschiktheidsadvies geformuleerd.

De psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen die aan de opdrachtgevers zijn verstrekt zijn ingedeeld in de zes eerder aangegeven categorieën (zie 4.3.4).

Gegeven deze arbeids(on)geschiktheidscategorieën I tot en met VI, blijkt het totaal van de adviezen (N = 804) door de psycholoog-adviseur verstrekt aan de opdrachtgevers, als volgt verdeeld:

ad.I : in principe weer geschikt voor eigen of vergelijkbaar werk: n = 241 = 30% (18% mannen en 12% vrouwen);

ad.II : ongeschikt voor eigen, maar wel geschikt voor ander werk, eventueel na aanvullende scholing: n = 185 = 23% (19% mannen en 4% vrouwen); N.B. het kunnen volgen van onderwijs impliceert ook een bepaalde restcapaciteit tot het verrichten van in dit verband 'scholingsarbeid';

ad.III : voorlopig volledig arbeidsongeschikt: n = 236 = 29% (18% mannen en 11% vrouwen);

ad.IV : blijvend ongeschikt voor eigen werk en voorlopig ook voor ander werk: n = 31 = 4% (2% mannen en 2% vrouwen);

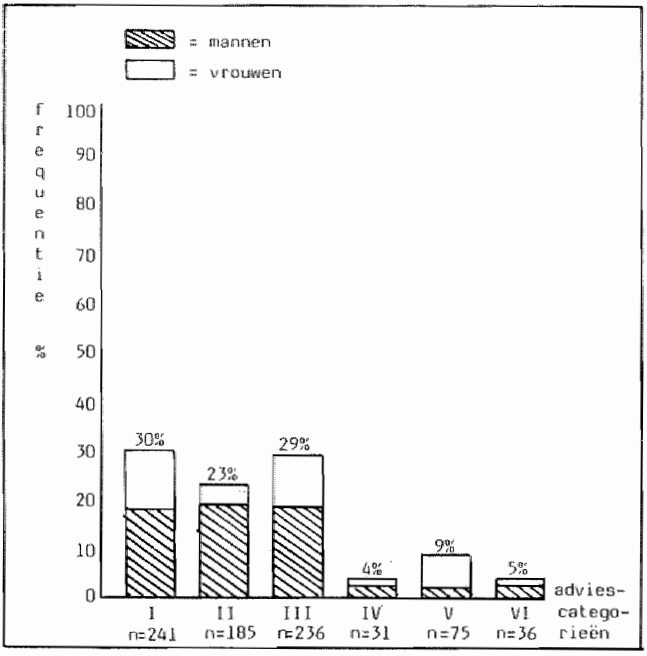
ad.V : volledig blijvend arbeidsongeschikt: n = 75 = 9% (2% mannen en 7% vrouwen);

ad.VI : reeds bij aanvang der verzekering arbeidsongeschikt: n = 36 = 5% (3% mannen en 2% vrouwen).

In de histogram van figuur 2 worden deze verstrekte psychologische arbeids-

(on)geschiktheidsadviezen verdeeld naar geslacht volgens de categorie-indeling I tot en met VI weergegeven.

Figuur 2: Percentueel overzicht van de verstrekte arbeids-(on)geschiktheidsadviezen volgens categorie I tot en met VI, onderverdeeld naar geslacht



Uit figuur 2 kan worden afgelezen dat zowel met betrekking tot de adviescategorieën I en II, zijnde geschikt voor eigen werk, respectievelijk ander passend werk, als ook categorie III 'voorlopig arbeidsongeschikt', de mannen de grootste groep vormen. Dit is in tegenstelling tot categorie V 'blijvend ongeschikt', waarin de vrouwen het grootste aandeel hebben.
Met betrekking tot de adviescategorie IV 'blijvend ongeschikt voor eigen werk, voorlopig ook voor ander passend werk' en categorie VI 'reeds arbeidsongeschikt bij aanvang der verzekering' liggen de verhoudingen tussen de mannen en vrouwen vrijwel gelijk.

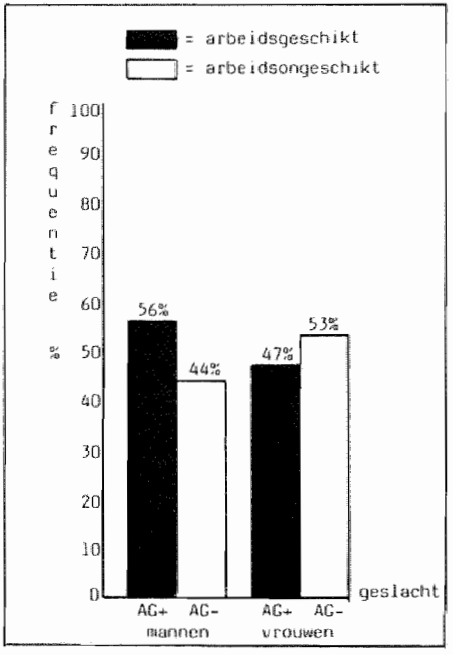
Een indeling volgens het dichotome criterium arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-), levert de volgende verdeling van de verstrekte psychologische adviezen op:

= arbeidsgeschikt (AG+), categorieën I en II: n = 426 (53%);

= arbeidsongeschikt (AG-), categorieën III tot en met VI: n = 378 (47%).

In figuur 3 worden de adviseringscategorieën AG+ (53%) en AG- (47%), verdeeld naar geslacht weergegeven.

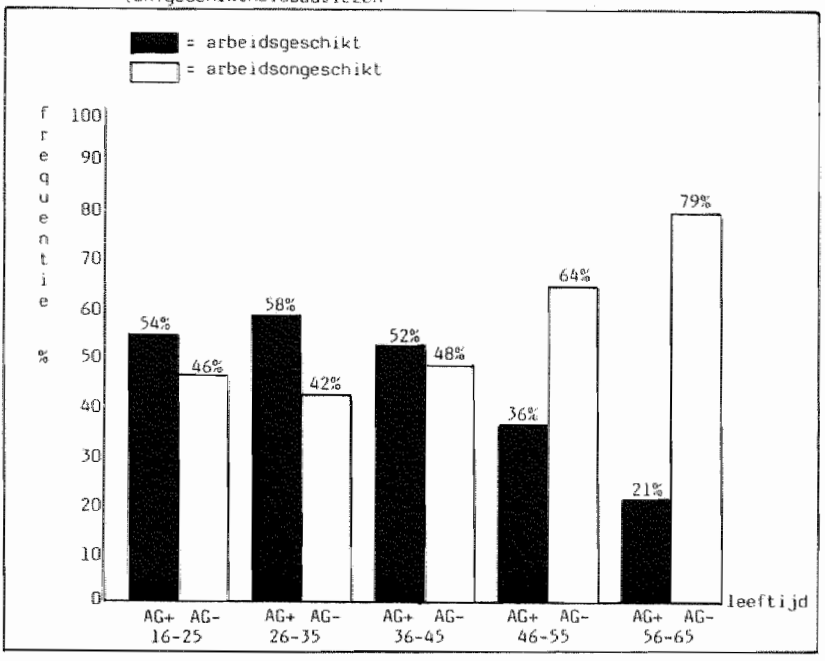
Figuur 3: Percentuele verdeling naar geslacht van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen



Uit de histogram van figuur 3 blijkt dat in het totaal betreffende 56% van de mannen en 47% van de vrouwen het psychologisch advies arbeidsgeschikt is uitgebracht en vrijwel het omgekeerde beeld is te zien wat betreft de arbeidsongeschiktheid: 53% van de vrouwen en 44% van de mannen worden door de psycholoog-adviseur als arbeidsongeschikt beoordeeld. Het laatste verschil tussen het aantal mannen en vrouwen met een arbeidsongeschiktheidsadvies is bij tweezijdige toetsing significant bij een significantiegrens van $p < 0.05$ ($Chi2 = 5.72$, $p = 0.02$).

In figuur 4 is de verdeling weergegeven van de adviezen arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-), ingedeeld naar leeftijdscategorieën.

Figuur 4: Percentuele verdeling naar leeftijd van de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsadviezen



Uit de histogram van figuur 4 komt naar voren dat naarmate de leeftijd hoger is, het aantal arbeidsongeschiktheidsadviezen toeneemt. Het verschil in leeftijd tussen de categorie arbeidsgeschikten en arbeidsongeschikten is bij tweezijdige toetsing significant bij een significantiegrens van $p < 0.01$ ($p = 0.00$: zie tabel 16).

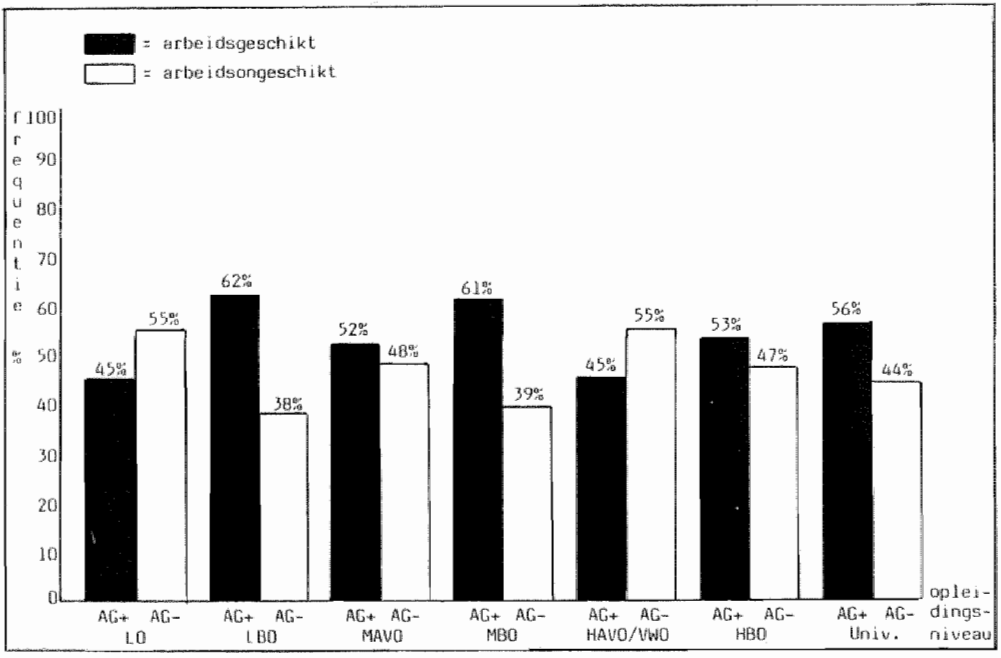
De verdeling van het advies arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) per leeftijdscategorie en ingedeeld naar geslacht is percentagegewijs weergegeven in tabel 8.
Uit tabel 8 blijkt dat er per leeftijdscategorie meer vrouwen dan mannen door de psycholoog-adviseur arbeidsongeschikt worden beschouwd.

Tabel 8: Percentuele verdeling arbeids(on)geschiktheidsadviezen naar leeftijd en geslacht

advies / leeftijdscategorie	arbeidsgeschikt		arbeidsongeschikt	
	mannen (%)	vrouwen (%)	mannen (%)	vrouwen (%)
16-25	59	54	41	46
26-35	68	51	32	49
36-45	58	49	42	51
46-55	43	30	57	70
56-65	40	33	60	67

De verdeling van het advies arbeidsgeschikt/arbeidsongeschikt, ingedeeld naar opleidingsniveau, is percentagegewijs in figuur 5 weergegeven.

Figuur 5: Percentuele verdeling naar opleidingsniveau van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen



De histogram van figuur 5 toont dat er per opleidingsniveau meer arbeidsge-

schiktheids- dan arbeidsongeschiktheidsadviezen zijn gegeven, met uitzondering van het lagere school- (1) en middelbare schoolniveau (5), respectievelijk de minst geschoolden en de middelbaar geschoolden, over wie in beide gevallen meer arbeidsongeschiktheids- dan arbeidsgeschiktheidsadviezen zijn verstrekt.

Er is overigens door middel van een tweezijdige t-toetsing (Spitz, 1965) geen significant verschil geconstateerd in opleidingsniveau tussen de categorieën met het advies arbeidsgeschikt/arbeidsongeschikt bij een significantiegrens van $p < 0.05$ ($p = 0.23$: zie tabel 16).

In tegenstelling tot de eerder genoemde onderzoeksbevindingen van Ris (1977), Kruidenier (1980), Nijhuis en Soeters (1982), Smulders (1984) en Schellart (1987), blijkt er binnen deze onderzoekspopulatie geen specifieke relatie aantoonbaar te zijn tussen het psychologische arbeidsgeschiktheids- versus -ongeschiktheidsadvies en het opleidingsniveau.

De verdeling van het advies arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) naar opleidingsniveau en geslacht is percentagegewijs weergegeven in onderstaande tabel 9.

Tabel 9: Percentuele verdeling arbeids(on)geschiktheidsadviezen naar opleidingsniveau en geslacht

adviescategorie / opleidingsniveau	arbeidsgeschikt		arbeidsongeschikt	
	mannen (%)	vrouwen (%)	mannen (%)	vrouwen (%)
1 LO	49	36	51	64
2 LBO	63	59	37	41
3 MAVO	59	42	41	58
4 MBO	60	63	40	37
5 HAVO/VWO	58	32	42	68
6 HBO	50	60	50	40
7 Univ.	56	58	44	42

Uit tabel 9 blijkt dat met betrekking tot het opleidingsniveau in relatie tot de arbeidsongeschiktheidsadviezen, op de lagere niveaus (niveau 1 tot en met 3) relatief meer vrouwen dan mannen het advies arbeidsongeschikt krijgen.

Daarentegen krijgen op hogere niveaus (6 en 7) relatief meer mannen dan vrouwen het advies arbeidsongeschikt.
Een verklaring voor dit verschil in categorisering wat betreft arbeidsgeschiktheid versus arbeidsongeschiktheid naar geslacht en opleidingsniveau is op grond van de beschikbare onderzoeksgegevens niet te geven.

6.1.1 Discussie

Met betrekking tot de bevinding dat er door de psycholoog-adviseur significant meer vrouwen dan mannen arbeidsongeschikt worden beoordeeld, kan worden gesteld dat dit overeenkomt met landelijke onderzoeksgegevens van de GMD (GMD Jaarverslag 1981 tot en met 1985).
In het onderzoek van Bruinsma e.a. (1987) is naar voren gekomen dat mogelijk mede onder invloed van de toenemende arbeidsparticipatie het aandeel van de vrouwen onder de nieuwe arbeidsongeschikten voortdurend stijgt: het bedraagt nu landelijk over alle diagnosecategorieën 32%.
Uit voornoemd onderzoek blijkt verder dat vrouwen vaker psychisch ziek zijn dan mannen. Dit manifesteert zich niet alleen in een frequentere indeling in de diagnosecategorie V (psychische stoornissen), maar ook in de mate van psychisch onwelbevinden bij andere diagnosecategorieën.
De laatste jaren is er sprake van een relatief sterker toenemend toetredingspercentage van vrouwen dan mannen in de AAW/WAO wegens psychische stoornissen. Tegelijkertijd worden vrouwen wel weer eerder hersteld, c.q. arbeidsgeschikt verklaard dan mannen (Besseling en Bruinsma, 1986), al beperkt dit zich niet tot de categorie psychische stoornissen, maar geldt het voor alle diagnosecategorieën (Hermans, 1988).

De bevinding dat er een grotere kans is op een arbeidsongeschiktheidsadvies van de psycholoog-adviseur naarmate de leeftijd hoger is, blijkt tevens volgens de eerder genoemde GMD Jaarverslagen (1981 tot en met 1986) conform de landelijke trend bij de wetsuitvoerders te zijn.

De constatering dat er geen significante verschillen in de onderzoekspopulatie zijn wat betreft opleidingsniveau, komt overeen met andere recente onderzoeksuitkomsten van De Winter (1983), Meyman (1984), Van 't Hullenaar

en Van Koningsveld (1986), Kompier e.a. (1986) en Van Dijk e.a. (1987). Uit deze onderzoeken is naar voren gekomen, dat hoge psychische belasting op alle niveaus van opleiding en werkzaamheden voorkomt en tot arbeidsbelemmerende stoornissen kan leiden, op grond waarvan mensen arbeidsongeschikt worden beschouwd.

Voornoemde bevindingen nemen echter niet weg dat er onderzoeksresulaten zijn, die wel degelijk aangeven dat een geringe scholing de kans op arbeidsongeschiktheid vergroot (Wiersma, 1979; Kruidenier, 1980).
Dat in het algemeen weinig scholing een relatief grotere kans op arbeidsongeschiktheid geeft, wordt volgens Bruinsma (1980) verklaard vanuit de mate waarin er juist in deze categorie sprake is van 'verborgen werkloosheid'. Dit laatste lijkt te worden bevestigd door het opvallend grote verschil tussen de vraag naar werk op scholingsniveau 1 (lager onderwijs) en het daadwerkelijke werkaanbod op dat niveau, zoals weergegeven in tabel 10.

Tabel 10: Overzicht van aantal werkloze mannen en vrouwen naar scholingsniveau in relatie tot het aantal openstaande vacatures in 1985*

Scholingsniveau	Aantal werkloze mannen (x 1000)			Openstaande vacatures (x 1000)	Verschil vraag/aanbod van werk (x 1000)
	mannen	vrouwen	totaal		
1	140	80	220	46	- 174
2	33	37	67	22	- 45
3	96	64	160	204	+ 44
4	19	15	34	21	- 13
5	69	58	127	215	+ 88
6	21	24	45	120	+ 75
7	10	6	16	29	+ 13

Scholingsniveaus:
1 = lager onderwijs (LO, BLO)
2 = voortgezet lager (beroeps-)onderwijs (LTS, LEAO, LAVO, VGLO, LHNO)
3 = uitgebreid lager (beroeps-)onderwijs (ULO, MULO, MAVO, UTS)
4 = middelbaar beroepsonderwijs (MTS, verpleegk.opl., MEAO)
5 = middelbaar onderwijs (MMS, HBS, HAVO, atheneum, gymnasium, VWO)
6 = hoger beroepsonderwijs (HTS, Ped.Academie, HEAO, LO-akten)
7 = universitair onderwijs, MO-akten

* Met dank aan dr. J.G.S.J. van Maarseveen, hoofd der hoofdafdeling Statistiek van Arbeid en Lonen van het Centraal Bureau voor de Statistiek, voor de offerte van de gegevens, aan de hand waarvan deze tabel is samengesteld.

Waarom er tevens op scholingsniveau 5 (middelbaar niveau) relatief meer arbeidsongeschiktheids- dan -geschiktheidsadviezen zijn gegeven, hangt gezien de gegevens van tabel 10 niet samen met de verhouding tussen aanbod van en vraag naar werk, omdat er meer aanbod van werk is dan vraag op dat niveau.
Naar alle waarschijnlijkheid heeft het relatief grotere aantal arbeidsongeschiktheidsadviezen mede te maken met het gegeven dat mensen met dit opleidingsniveau nogal eens werkzaam zijn in zeer stresserende middenkaderfuncties (Wiersma, 1979; Reiche, 1983). Het één en ander impliceert dat wanneer deze mensen met psychische en/of psychosomatische klachten uitvallen zij ook daadwerkelijk arbeidsongeschikt zijn.

6.2 (DIS)CONGRUENTIE VAN DE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDS-CLASSIFICATIES EN DE BESLISSINGEN VAN DE OPDRACHTGEVERS

In dit onderzoek wordt van de veronderstelling uitgegaan dat de mate van (dis)congruentie tussen de verstrekte adviezen van de psycholoog-adviseur en de beslissingen van de opdrachtgevers mede de instrumentele utiliteit van de desbetreffende psychometrische onderzoeksgegevens bepaalt.
De mate van overeenkomst wordt uitgedrukt in de vorm van het percentage congruente classificaties van arbeidsgeschikten (AG+) en arbeidsongeschikten (AG-).
De vraagstellingen die daarbij als uitgangspunt dienen zijn:
- Welke arbeids(on)geschiktheidsadviezen zijn er door de psycholoog-adviseur uitgebracht?
- Welke beslissingen hebben de opdrachtgevers genomen met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheidsbeoordelingen na kennisneming van de psychologische adviezen?
- In hoeverre is er sprake van verschillen in de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsclassificaties en de beslissingen van de opdrachtgevers en waardoor kunnen deze verschillen eventueel worden verklaard?

Uit tabel 11 blijkt dat van de 804 verstrekte adviezen door de psycholoog-adviseur 53% (= 426) van de betrokkenen als arbeidsgeschikt en 47% (= 378) als arbeidsongeschikt worden beoordeeld.

Daarentegen wordt van deze 804 betrokkenen door de opdrachtgevers 27,5% arbeidsgeschikt, zijnde ongeveer de helft van de psychologische AG+-adviezen, en 72,5% arbeidsongeschikt verklaard.

Tabel 11: Classificatiematrix van psychologische adviezen en beslissingen van de opdrachtgevers betreffende arbeids(on)geschiktheid

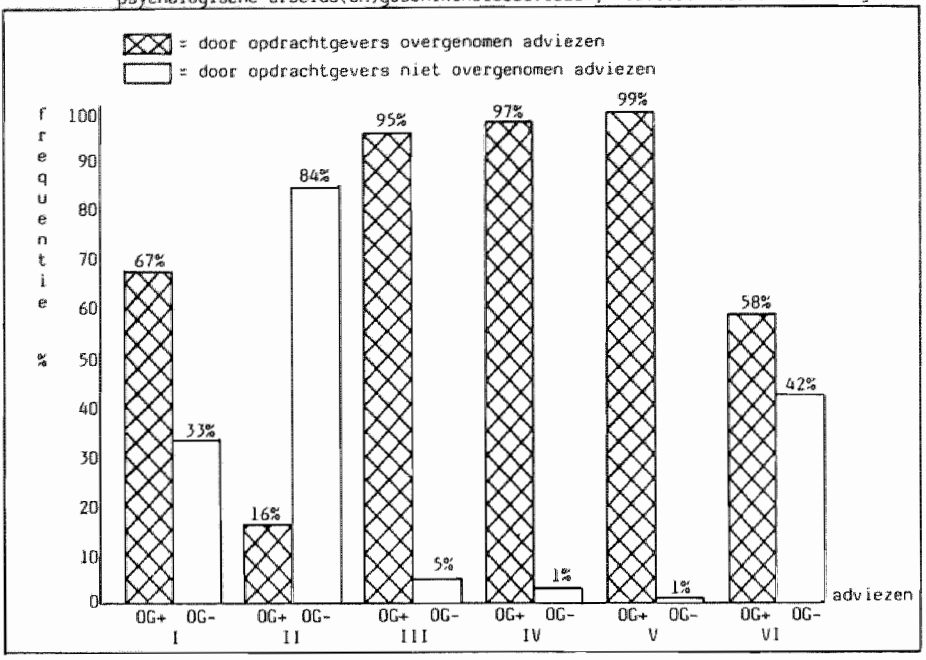
beslissing opdrachtgever / psychologisch advies	AG+	AG-	totaal
AG+	27,5% (a)	25,5% (b)	53%
AG-	- (c)	47% (d)	47%
totaal	27,5%	72,5%	100%

Uitgaande van de beslissingen van de opdrachtgevers als criterium, kan op grond van de classificatiematrix met betrekking tot de psychologische adviezen het volgende worden geconcludeerd:
congruent geclassificeerd: a+d/(a+d)+(c+b).100 = 74,5/100 x 100 = 74,5%.
Deze bevinding impliceert dat de psychologische adviezen en de beslissingen van de opdrachtgevers voor bijna 75% overeenkomstig zijn.

Door middel van berekening van de kappa-coëfficiënt (Fleiss, 1971) is met corrigering voor de kans op toeval, de werkelijke overeenstemming tussen de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen en de beslissingen van de opdrachtgevers bepaald. Op grond van K = +.51 kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een redelijke tot goede overeenkomst tussen de psychologische adviezen en de beslissingen van de opdrachtgevers in dezen.

Teneinde een meer naar de adviescategorieën gedifferentieerd beeld te krijgen van de verstrekte adviezen en het percentage wat daarvan door de opdrachtgevers bevestigd is, zijn de bevindingen in dezen weergegeven in figuur 6.

Figuur 6: Percentueel overzicht van de door de opdrachtgevers wel en niet overgenomen psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen, verdeeld naar adviescategorieën



I : geschikt eigen/vergelijkbaar werk
II : ongeschikt eigen werk/geschikt ander werk, eventueel na scholing
III: voorlopig volledig arbeidsongeschikt
IV : blijvend ongeschikt eigen werk/voorlopig ongeschikt ander werk
V : volledig blijvend arbeidsongeschikt
VI : reeds geheel, gedeeltelijk en voorspelbaar (blijvend) ongeschikt bij aanvang der verzekering

Uit de histogram van figuur 6 blijkt dat verhoudingsgewijs het advies 'arbeidsgeschikt voor eigen werk' (I) voor meer dan de helft door de opdrachtgevers wordt overgenomen (67%). Het advies 'arbeidsgeschikt voor ander werk' (II) blijkt in 84% van de gevallen toch te leiden tot een gehele of gedeeltelijke, meestal voorlopige, arbeidsongeschiktheidsbeslissing. In deze adviescategorie II zit verreweg het grootste verschil tussen de psychologische adviezen en de beslissingen van de opdrachtgevers.

De arbeidsongeschiktheidsadviezen in categorie III (95%), IV (97%) en V (99%) blijken vrijwel conform de beslissingen van de verzekeringsgeneeskundigen.

Met betrekking tot categorie VI blijkt dit voor meer dan de helft van de adviezen het geval te zijn (58%).

6.2.1 Discussie

Uit voornoemde bevindingen betreffende de mate van overeenkomst tussen de psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen enerzijds en de uiteindelijke beslissingen van de opdrachtgevers anderzijds, blijkt dat er, ondanks een redelijk tot goede overeenkomst, bij een aantal adviescategorieën duidelijk verschillen zijn in de psychologische classificaties en de beslissingen van de opdrachtgevers.
Deze resultaten illustreren dat bij de uiteindelijke arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling van de opdrachtgevers andere criteria gelden dan bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties.
Tegen de achtergrond van de wettelijke formulering van het begrip 'arbeidsongeschiktheid' kunnen ook andere, niet-psychologische factoren op de beoordeling van de opdrachtgevers van invloed zijn, zoals:

- het concrete verlies aan verdiencapaciteit, hetgeen het verschil is tussen wat betrokkene heeft verdiend en in principe nog kan verdienen (Hibbeln, 1970);
- verdiscontering van de leeftijd: de kansen om passend werk te vinden nemen af naarmate men ouder is (Buys, 1984; Van 't Hullenaar en Koningsveld, 1986);
- verdiscontering van de arbeidsmarktfactoren, c.q. de werkloosheid (GMD Jaarverslag 1981 tot en met 1986; N.B. sinds de herziening van het sociale zekerheidsstelsel per 1-1-1987 is dit niet meer mogelijk);
- inschatting van de arbeidsmotivatie en satisfactie van betrokkene en het daaraan gerelateerde risico van een meer dan normaal verhoogd verzuim bij werkhervatting (Koopman-Iwema en Wiegersma, 1985);
- vermijding van beroepszaken door de verzekeringsgeneeskundigen (Wehman, 1985), "omdat verloren beroepszaken nogal eens worden beleefd als zijn het berispingen van een tuchtrechter", aldus Timmer (1988).

De discrepantie tussen het verstrekte AG+-advies en de AG--beslissing blijkt vooral betrekking te hebben op de arbeidsgeschiktheidscategorie II 'arbeidsongeschikt voor eigen of vergelijkbaar werk, wel geschikt voor ander passend werk, eventueel na scholing'.
Hoewel niet expliciet onderzocht kan, gezien het scholingsbeleid zoals beschreven in de jaarverslagen van de opdrachtgevers, worden verondersteld

dat, naast genoemde niet-medische factoren, vooral ook de mogelijkheden tot om-, her- en bijscholing in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten een rol spelen bij het niet overnemen van een AG+-advies. In de advisering AG+ is namelijk ook de categorie mensen opgenomen die arbeidsongeschikt zijn voor eigen werk, maar wel ander passend werk kunnen verrichten, al of niet na omscholing. Het 'in staat zijn tot het volgen van scholing' is in dezen door de psycholoog-adviseur ook als een vorm van 'arbeidsgeschiktheid' beschouwd, op basis van de constatering dat er voldoende psychische belastbaarheid en potentiële vermogens aanwezig zijn om scholing te volgen en daarna in principe weer aan het arbeidsproces te kunnen gaan deelnemen.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat het advies 'geschikt voor ander passend werk' wel degelijk door de opdrachtgever is overgenomen en door betrokkene ook gerealiseerd is, maar dat wegens een verlies aan theoretische verdiencapaciteit toch een bepaald percentage arbeidsongeschiktheid is overgebleven en als zodanig door de opdrachtgevers is erkend.
Of het psychologisch advies op zich is overgenomen wat betreft deze categorie kan niet uit de onderzoeksbevindingen blijken, omdat bij de analyse niet de theoretische schatting, maar alleen de beslissing van de opdrachtgevers inzake de arbeids(on)geschiktheid, uitgesplitst naar de categorieën I tot en met VI, als criterium is gehanteerd.
Het één en ander illustreert dat het mogelijk is dat iemand vanuit psychologisch gezichtspunt op grond van de resterende belastbaarheid en beroepsvaardigheden geschikt kan worden beschouwd voor passend werk, terwijl men op grond van het verlies van theoretische verdiencapaciteit toch in een bepaalde categorie van arbeidsongeschiktheid wordt ingedeeld.

Met betrekking tot de discrepantie tussen het psychologisch advies en de beslissing van de opdrachtgever inzake adviescategorie VI 'reeds geheel, gedeeltelijk of voorspelbaar (blijvend) arbeidsongeschikt bij aanvang der verzekering' kan het volgende worden opgemerkt.
Ook het verstrekken van een dergelijk advies hoeft niet altijd te leiden tot overname door de opdrachtgevers. Ondanks voldoende aannemelijke psychische gronden voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ten tijde

dat betrokkene begon te werken, kunnen de wetsuitvoerende organen in hun beslissing van een dergelijk advies afwijken.

Ingeval er sprake is van een volledige ongeschiktheid bij aanvang der verzekering, kunnen de zogenaamde 'uitsluitingsartikelen' van toepassing zijn. In een dergelijke situatie is het op grond van de zogenaamde 'discretionaire bevoegdheid' aan het desbetreffende uitvoeringsorgaan in hoeverre deze artikelen ook daadwerkelijk worden toegepast (De Jong e.a., 1984).
Ingeval de ABP-wet van toepassing is, mag de directie van het ABP alleen van deze bevoegdheid gebruik maken met goedkeuring van de Raad van Toezicht (artikel F14-3).
Deze uitsluitingsartikelen worden niet toegepast, ingeval er mogelijk wegens psychische arbeidsbelemmeringen op zich wel sprake is van **volledige** arbeidsongeschiktheid bij aanvang der verzekering, maar er andere doorslaggevende argumenten zijn waardoor betrokkene toch volgens de ZW, AAW, WAO en ABP-wet uitkeringsgerechtigd is.
Ingeval er echter sprake is van een bij aanvang der verzekering aanwezige **gedeeltelijke** arbeidsongeschiktheid, is een zogenaamd 'verplichtingsartikel' van kracht. Dit betekent dat het uitsluitingsartikel door de uitvoerende instanties moet worden toegepast wegens het dwingendrechtelijk karakter ervan.

Tenslotte kan in dit verband worden verondersteld dat de beslissing van de verzekeringsgeneeskundige om de 'uitsluitingsartikelen' niet toe te passen beïnvloed kan worden door terugkoppeling van diens ervaringen met beroepszaken inzake de toepassing van deze uitsluitings-, c.q. risicowerende artikelen. Met name in geval van psychische stoornissen worden de verzekeringsgeneeskundigen ofwel de uitvoerende instanties dikwijls in het ongelijk gesteld (Knepper, 1983; Hoencamp en Schipper, 1985). Dit is het gevolg van het feit dat er bij psychische stoornissen dikwijls sprake is van een discrepantie tussen de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming en die van de (meestal) psychiatrische deskundigen van de beroepsinstanties, terwijl de beroepsrechter geneigd is het standpunt van de deskundige zonder meer over te nemen (Knepper, 1983; Hoencamp en Schipper, 1985).

Enerzijds zou dit een gevolg zijn van de dikwijls te geringe onderbouwing van een 'voor beroep vatbare beslissing'. Anderzijds zou het meer in het algemeen samenhangen met "de vaak onvoldoende kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige rapportage", aldus Polak in zijn slotrede op de verzekeringsgeneeskundige studiedagen in 1985 (Buis, 1986a).

Het is overigens uiterst discutabel om de psychiatrische beoordeling of een daarop gebaseerde uitspraak van de Raad van Beroep als kwaliteits-criterium te hanteren ten aanzien van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. De meeste psychiatrische uitspraken berusten op niet-objectief verifieerbare en onderling moeilijk vergelijkbare gegevens.
Ook blijken psychiaters onderling sterk met elkaar van mening te verschillen over de arbeids(on)geschiktheid in geval van een zelfde verzekerde (Kabela, 1988).
Bovendien stellen o.a. Nisbett en Ross (1980) en Hofstee (1981) in dit verband dat een eventuele overeenstemming tussen beoordelaars niets over de juistheid en geldigheid van hun beoordelingen zegt, zolang het, in tegenstelling tot 'gestandaardiseerde beoordelingen', zogenaamde 'ongewapende beoordelingen' zijn.

Standaardisering 'wapent' de beoordelaar tegen subjectieve invloeden welke inherent zijn aan de 'klinsiche beoordeling'. Deze subjectieve invloeden zijn tot vandaag de dag in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in geval van psychische stoornissen niet uitgesloten wegens het ontbreken van:
- een operationele definitie van het begrip arbeidsongeschiktheid;
- objectief-toetsbare criteria;
- een gestandaardiseerd onderzoeksprotocol en een adequaat (samengesteld) gevalideerd en genormeerd meetinstrumentarium.

Derhalve verkeert het 'wetenschappelijk tijdperk' (Snijders, 1975) wat betreft de psychiatrische en psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek nog in het beginstadium.

6.3 OVERZICHT VAN HET AANTAL BEROEPSZAKEN

Bij de inventarisatie van het aantal beroepszaken blijken relatief weinig mensen in beroep te zijn gegaan tegen een mede op het psychologisch advies gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissing'.
Uit onderstaande tabel 12 valt af te lezen dat op het totaal van de 804 arbeidsgeschiktheidsbeoordelingen 36 betrokkenen (5%) daartegen in beroep zijn gegaan. Het betreft alleen AAW/WAO-verzekerden. Daarbij gaat het om 29 AG+-adviezen en 7 AG--adviezen. Bij alle 7 gevallen van de laatste categorie was er volgens de psycholoog-adviseur reeds bij aanvang van de verzekering sprake van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 12: Percentuele verdeling van in beroep (BG+) versus niet in beroep (BG-) gegane betrokkenen

beroep / advies	in beroep	niet in beroep	totale onderzoeks-populatie
AG+	n = 29 4%	n = 397 49%	n = 426 53%
AG-	n = 7 1%	n = 371 46%	n = 378 47%
totaal	n = 36 5%	n = 768 95%	n = 804 100%

6.3.1 Discussie

Teneinde een vergelijking te kunnen maken tussen de onderzoeksgegevens en de landelijke gegevens wat betreft de verhouding tussen het aantal beslissingen van de uitvoeringsorganen versus het aantal beroepszaken, zijn de hierover beschikbare gegevens geïnventariseerd, waarbij de landelijke gegevens zijn ontleend aan de jaarverslagen van de GMD.

Met betrekking tot de beroepszaken beperken de gegevens over de periode 1981 tot en met 1984 (= de onderzoeksperiode) zich tot een algemeen over-

zicht van het totale aantal verstrekte arbeids(on)geschiktheidsadviezen aan de bedrijfsverenigingen en het totaal aantal beroepszaken. In tabel 13 is aangegeven in hoeverre de beslissingen van de bedrijfsverenigingen tot beroepszaken hebben geleid. Uitsplitsing naar bepaalde biografische en ziektecategorieën in dezen is niet mogelijk, aangezien de daartoe benodigde gegevens niet beschikbaar zijn.
Volgens Groot Bluemink e.a. (1982) en Knepper (1984) mag ervan worden uitgegaan dat ongeveer 20% van het totaal aantal beroepszaken betrekking heeft op de categorie 'psychische stoornissen', al spreekt recentelijk Kabela (1988) over ca. 13%.
Uit tabel 13 komt naar voren dat van het totaal aantal arbeids(on)geschiktheidsschattingen over de periode 1981 tot en met 1984 gemiddeld bijna 14% tot een beroepszaak heeft geleid.

Tabel 13: Overzicht arbeidsongeschiktheidsschattingen GMD en beroepszaken in Nederland over de periode 1981-1984

jaar	arbeids(on)geschiktheids-schattingen	in beroep	niet in beroep
1981	98.287	12.952	85.335
1982	86.748	12.452	74.296
1983	84.731	11.949	72.782
1984	84.493	11.772	72.721
totaal	354.259 100%	49.125 14%	305.134 86%

Een vergelijking tussen de landelijke cijfers en de verhouding binnen de onderzoekspopulatie van het aantal beroepszaken toont, dat er binnen de onderzoekspopulatie van deze studie opvallend minder beroepszaken voorkomen dan landelijk: 5% versus 14%. Gezien de onderzoeksopzet mogen hier geen vergaande conclusies aan worden verbonden, maar deze resultaten wijzen toch in de richting dat het gehanteerde protocol voor psychologisch onderzoek en het daarbij gebruik maken van psychometrische onderzoeksinstrumenten zijn effecten zou kunnen hebben in de vorm van reductie van het aantal beroepszaken. Nader hierop gericht onderzoek zou dit kunnen bevestigen of weerleggen.

6.4 OVERZICHT VAN DE (ON)GEGRONDVERKLARINGEN VAN 'VOOR BEROEP VATBARE BESLISSINGEN'

De analyse van de gegevens omtrent het aantal gegrond-, respectievelijk ongegrondverklaringen door de Raad van Beroep van 'voor beroep vatbare beslissingen' laat zien dat van het totaal aantal in de onderzoekspopulatie betrokken beroepszaken (36) er 6 gegrond en 30 ongegrond zijn verklaard.

Tabel 14 geeft het overzicht over de periode 1981 tot en met 1984 weer van het aantal beroepszaken uit deze studie, uitgesplitst naar gegrond- en ongegrondverklaringen.

Tabel 14: Verdeling gegrond en ongegrond verklaarde beroepszaken van op psychologisch advies gebaseerde beslissingen van de opdrachtgevers

jaar	beroepszaken	gegrond	ongegrond
1981	7	-	7
1982	11	3	8
1983	9	2	7
1984	9	1	8
totaal	36 100%	6 16,5%	30 83,5%

6.4.1 Discussie

Ten aanzien van de verhouding gegrond- en ongegrondverklaringen van de categorie 'psychische stoornissen' blijkt er op landelijk niveau sprake te zijn van een totaal ander beeld dan binnen de onderzoekspopulatie: landelijk komen er verhoudingsgewijs meer gegrondverklaringen voor.
Terwijl in deze studie 16,5% van de beroepszaken gegrond is verklaard, geven Schipper en Hoencamp (1985) in hun evaluatie-onderzoek aan, dat in geval van psychische stoornissen meer dan 50% van de beroepszaken gegrond wordt verklaard. Kwee (1980) kwam aan de hand van een dossierstudie zelfs tot meer dan 68% gegrondverklaringen door de Raden van Beroep.
Het percentage gegrondverklaringen in deze studie (16,5%) is wat dat

betreft beduidend lager. Ondanks dat het hier gaat om een betrekkelijk gering aantal gevallen, dat voor het geheel kwantitatief noch territoriaal representatief te achten is, wijzen deze bevindingen in de richting dat gebruikmaking van een psychologische expertise niet alleen de kans op beroepszaken kan verkleinen, maar ook die op gegrondverklaringen van dergelijke beroepsprocedures.
Een nader, meer representatief onderzoek is overigens ook hier ter bevestiging van deze veronderstellingen noodzakelijk.

De stelling van Knepper (1984) dat het zinloos is om als advies- en uitvoeringsorgaan, voorafgaand aan de definitieve oordeelsvorming, expertise-onderzoek te laten verrichten om (het verlies van) een beroepszaak te voorkomen, wordt door deze resultaten ter discussie gesteld. Het moet dan blijkbaar wel een expertise-onderzoek zijn, waarbij gebruik wordt gemaakt van meetbare 'objectiveerbare' gegevens, die alleen weerlegbaar zijn op basis van een psychometrische contra-expertise.
Bovendien mag op grond van voornoemde bevindingen worden verondersteld, dat de oplossing van het 'objectiviteitsprobleem' in de oordeelsvorming bij psychodiagnostische deskundigen niet moet worden gezocht in het inschakelen van meer dan één deskundige, zoals Kabela (1988) dat voorstelt, maar in het gebruik maken van meetbare, verifieerbare en vergelijkbare onderzoeksgegevens (zie ook 6.5).
In aansluiting hierop heeft de andere, door Kabela (1988) aangegeven oplossing voor het objectiviteitsprobleem om de beoordelend deskundige de mate van 'zekerheid' van zijn conclusies aan te laten geven wel bestaansrecht, wanneer deze 'zekerheid' wordt gerelateerd aan verifieerbare psychometrische onderzoeksbevindingen.
Deze stelling wordt onder meer onderschreven door Hofstee (1981) die als vuistregel stelt, dat "onafhankelijk van het aantal beoordelaars 'ongewapende oordelen' vier keer zo willekeurig zijn als psychometrische onderzoeksbevindingen."

Uit de inhoudelijke analyse van verschillen in de gegrond en ongegrond verklaarde beroepszaken in deze studie is naar voren gekomen dat:
- 29 gevallen betrekking hebben op de adviescategorieën I en II 'geschikt voor eigen en/of ander passend werk'. Alle aangetekende beroepen zijn in

dezen ongegrond verklaard. Alle betrokkenen hadden een regulier arbeidsverleden tot de datum van uitval.

- 7 gevallen betrekking hebben op de adviescategorie VI 'wel arbeidsongeschikt, maar reeds (voorspelbaar) bij aanvang van de verzekering', waarvan 6 gegrond en 1 ongegrond zijn verklaard. Betrokkenen hadden geen, dan wel een zeer onregelmatig arbeidsverleden.

Bij laatstgenoemde 6 gegrondverklaringen is de verdeling mannen en vrouwen verhoudingsgewijs gelijk, het opleidingsniveau over de hele linie laag en de leeftijd tussen de 30 en 39 jaar.
Hetzelfde beeld geldt in grote lijnen ook voor de ongegrond verklaarde beroepszaken. Er zijn wat dat betreft geen verschillen geconstateerd in de biografische gegevens tussen de categorie mensen van wie het beroep gegrond, respectievelijk ongegrond is verklaard. Dat de gegrond- en ongegrondverklaringen niet door biografische en/of maatschappelijke factoren worden bepaald, is eveneens de conclusie van Kwee (1980) naar aanleiding van zijn onderzoek betreffende beroepszaken AAW/WAO. "Verschillen in gegrond- en ongegrondverklaringen kunnen grotendeels worden begrepen uit de 'variabiliteit' die er blijkbaar mogelijk is in uitspraken van de adviserende deskundigen omtrent arbeids(on)geschiktheid op psychische gronden", aldus Kwee (1980).
Timmer (1988) acht het moment van retrospectief onderzoek per definitie een structurele zwakheid van iedere beroepsprocedure, omdat in vrijwel alle gevallen een dergelijk onderzoek geruime tijd na de zogenaamde 'litigieuse' datum plaatsvindt. Dit is de datum waarop de oordeelsvorming over de arbeids(on)geschiktheid betrekking heeft en die in de beroepsprocedure centraal staat.
Deze problematiek blijkt in het bijzonder aan de orde te zijn bij retrospectief onderzoek, gericht op beantwoording van de vraag of een uitsluitingsartikel van toepassing zou kunnen zijn.

Een arbeids(on)geschiktheidsonderzoek, gericht op het beantwoorden van de vraagstelling of één der wettelijke uitsluitingsartikelen van toepassing is, c.q. de vraag aan de orde is of betrokkene wel of niet reeds bij aanvang van de werkzaamheden gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikt was, vindt achteraf plaats. Ten tijde van een dergelijk retrospectief onderzoek

kan betrokkene in een andere conditie verkeren dan daarvoor, terwijl er toch retrograad een uitspraak wordt verwacht over iemands psychische toestand in het verleden. Uitspraken in dezen zijn grotendeels gebaseerd op 'achteraf-redenaties', waarbij de adviseur in belangrijke mate afhankelijk is van hetgeen betrokkene over zichzelf achteraf rapporteert. Ervan uitgaande dat deze 'te goeder trouw' is, blijft het een praktisch probleem dat de belangen van betrokkene het verslag omtrent zijn eigen gesteldheid in het verleden kunnen vertekenen.
Objectieve verificatie door middel van psychometrisch onderzoek is in dergelijke situaties vrijwel onmogelijk, omdat er conclusies moeten worden getrokken op basis van retrospectief onderzoek en er meestal geen psychometrische onderzoeksbevindingen van de periode waarin betrokkene is gaan werken voorhanden zijn.
Kabela (1988) stelt in dit verband "dat het voor de psychiater, zelfs na een adequaat psychiatrisch onderzoek, uitermate moeilijk is een antwoord op dergelijke vraagstellingen te geven." Hij veronderstelt, "dat het niet uitgesloten moet worden geacht dat de meeste psychiaters zich niet goed in staat achten tot het doen van retrograde uitspraken omtrent vermeende arbeids(on)geschiktheid bij aanvang der verzekering, maar daaromtrent toch een uitspraak doen."

In de praktijk blijkt dat, ook wanneer betrokkene het na een psychologisch onderzoek in eerste instantie eens is met het advies 'reeds bij aanvang van de verzekering arbeidsongeschikt', deze hier later nogal eens in de vorm van een beroepszaak op terugkomt. Bij overname van een arbeidsongeschiktheidsoordeel met betrekking tot het moment van aanvang der verzekering door de opdrachtgevers is er dikwijls geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit is overigens gezien de reacties in de dagelijkse praktijk niet algemeen bekend en zou wel eens op onvoldoende voorlichting kunnen berusten.

In een beroepszaak wordt er meestal een contra-expertise verricht door een (vaste) deskundige van de Raad van Beroep, waarbij de betrokken deskundige eveneens met genoemde problematiek van 'beoordeling achteraf' wordt geconfronteerd. Daarbij kan de betrokkene echter zijn informatie in de vorm van auto-anamnestische zelfrapportage 'anders gekleurd' geven dan hij of zij

in eerste instantie heeft gedaan bij eerder onderzoek, met name ingeval de resultaten daarvan voor hem of haar 'negatief' waren.
De laatste arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling in het kader van de beroepszaak vormt meestal een belangrijke basis voor de uiteindelijke uitspraak van de Raad van Beroep ten aanzien van het gegrond, dan wel ongegrond verklaren van het desbetreffende beroep. In het onderzoek van Knepper (1984) bleek 90% van de rechterlijk gegrondverklaringen en meer dan 70% van de ongegrondverklaringen te berusten op de laatst verrichte expertise. Op basis daarvan concludeert Knepper dat de beoordeling van de deskundige van de Raad van Beroep kennelijk een doorslaggevende rol in de rechterlijke besluitvorming speelt. Ook Hoencamp en Schipper (1985) komen in hun evaluatie-onderzoek van psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep te Den Haag tot dezelfde conclusie.
Niet alleen hebben de beroepsinstanties in dezen altijd het laatste woord, maar zij blijken zich dus overwegend te baseren op de laatste uitspraak van deskundige anderen, zonder dat er, voor zover bekend, ooit een empirisch onderzoek naar de redenen daarvoor heeft plaatsgevonden.
De geringe inter-beoordelaars betrouwbaarheid in psychiatrische uitspraken omtrent arbeids(on)geschiktheid, zoals recentelijk door Kabela (1988) is geconstateerd, zou een dergelijk onderzoek zeker rechtvaardigen, omdat hiermee de 'rechtsgelijkheid' in oordeelsvorming van de Raden van Beroep direct en indirect ter discussie is komen te staan.

Alle 36 in beroep gegane betrokkenen in deze studie zijn in het kader van hun beroepszaak onderzocht door één van de vaste deskundigen van de Raad van Beroep te Haarlem. (N.B. Er hebben zich binnen de onderzoekspopulatie geen gevallen van hoger beroep voorgedaan.) In 35 van de gevallen was deze deskundige een psychiater en in één geval een psycholoog. Zonder hieraan vergaande conclusies te kunnen verbinden, is het vermeldenswaard dat van de 7 gevallen die in beroep zijn gegaan tegen de uitspraak 'reeds arbeidsongeschikt bij aanvang der verzekering' de 6 gegrondverklaringen van dit beroep door een psychiater waren onderzocht en de ongegrondverklaring was afgegeven nadat betrokkene was onderzocht door een psycholoog. De betrokken (adviserend) psycholoog van de Raad van Beroep had dezelfde onderzoeksinstrumenten gebruikt als de psycholoog-adviseur. Daardoor waren de onderzoeksbevindingen vergelijkbaar en de daarop gebaseerde retrograde

conclusie, argumentatie en motivatie van de psychologische beoordeling in ieder geval verifieerbaar.

Uit een telefonisch gehouden enquête is tabel 15 samengesteld, waarin de aantallen psychiaters en psychologen die in het kader van beroepszaken in Nederland regelmatig worden ingeschakeld, staan weergegeven. Het verschil tussen het aantal psychiaters en psychologen, die in dezen worden geconsulteerd, is verbazend groot.

Tabel 15: Overzicht van het aantal psychiaters en psychologen als adviseurs van de Raden van Beroep in Nederland

Raden van Beroep en Ambtenarengerechten	psychiaters	psychologen	totaal aantal adviseurs
Amsterdam	10	-	10
Arnhem	8	-	8
Den Haag	7	-	7
Groningen	7	-	7
Haarlem	10	1	11
's-Hertogenbosch	11	-	11
Roermond	13	1	14
Rotterdam	9	-	9
Utrecht	7	-	7
Zwolle	10	1	11
Centrale Raad van Beroep Utrecht	30	-	30
totaal	122	3	125

Uit tabel 15 blijkt dat er in het totaal door de Centrale Raad van Beroep, de Raden van Beroep en de Ambtenarengerechten, 125 deskundigen als adviseur regelmatig worden geconsulteerd*. Daarvan zijn er 122 psychiater en 3 psycholoog. Er wordt overigens landelijk wel indirect van meer psychologen gebruik gemaakt, maar dan altijd als adviseur van de psychiater (persoonlijke mededeling van E. Heemsbergen, secretaris van de Centrale Raad van

* Met dank voor de medewerking aan mr. A.D.M. Metzemaeker, voorzitter van de Raad van Beroep te Rotterdam, en de secretariaatsmedewerkers van de andere Raden van Beroep in Nederland.

Beroep te Utrecht). Hoeveel psychologen er in dat verband worden geconsulteerd, is niet exact bekend.

Houben (1984), in leven voorzitter van de Raad van Beroep te Roermond, heeft een pleidooi gehouden voor de stelling dat op grond van hun psychometrische onderzoeksmogelijkheden psychologen veel meer bij beroepszaken zouden moeten worden ingeschakeld. Houben stelde dat juist met betrekking tot het 'grijze' gebied van de lichtere psychopathologie psychologisch onderzoek een uitkomst kan bieden. Enerzijds ter aanvulling op, dan wel vervanging van een psychiatrisch onderzoek, om op een zo objectief mogelijke wijze vast te stellen in hoeverre psychische stoornissen ook daadwerkelijk beperkingen in psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden teweegbrengen. Anderzijds om vast te stellen in hoeverre de desbetreffende werkinhoud en -omstandigheden, gegeven de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden van betrokkene, voor deze een onmiskenbare overbelasting betekenen en tot (verdere) schade van diens gezondheid kunnen leiden.
Genoemde bevindingen betreffende de beroepszaken binnen de onderzoekspopulatie van deze studie steunen de stelling van Houben om meer psychologen bij beroepszaken te betrekken dan tot heden in Nederland het geval is.

6.5 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE ENKELVOUDIGE PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT DE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSCLASSIFICATIES

Bij dit onderzoek naar de relatie tussen psychologische persoonskenmerken en de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties is gebruik gemaakt van reeds bestaande psychometrische onderzoeksmethoden (zie 5.4) en zes in de praktijk gebruikelijke categorieën van arbeids(on)geschiktheid (zie 4.3.4 en 6.1).
Op grond van de doelstelling van het onderzoek, het op basis van psychometrische onderzoeksgegevens kunnen voorspellen van de categorieën arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten, zijn de zes adviescategorieën gereduceerd tot een dichotome indeling: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-).

Bij vergelijking van de psychologische persoonskenmerken gaat het om het voorspellend vermogen van deze meetbare gegevens met betrekking tot de criterium-variabele, de psychologische classificatie: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-).

In dit onderzoek wordt verondersteld dat er een verschil is in psychologische persoonskenmerken (verklarende variabelen), zoals gemeten door de gehanteerde onderzoeksinstrumenten, van mensen die respectievelijk arbeidsgeschikt (AG+) en arbeidsongeschikt (AG-) zijn geclassificeerd door de psycholoog-adviseur.
De vraagstelling daarbij is: In welke psychologische persoonskenmerken verschillen respondenten die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt (AG+) worden geclassificeerd van hen die als arbeidsongeschikt (AG-) worden geclassificeerd?
Teneinde na te gaan of de desbetreffende variabelen op univariaat niveau een voorspellend vermogen hebben met betrekking tot de adviescategorieën AG+ en AG-, heeft er op grond van het exploratieve karakter van dit onderzoek een tweezijdige t-toetsing (Spitz, 1965) plaatsgevonden.
In dit onderzoek wordt de significantiegrens van $p = 0.05$ gehanteerd.
Voorts zijn de statistische bewerkingen en analyses van de psychometrische onderzoeksbevindingen gedaan op de zogenaamde 'ruwe scores'; dit wegens het gegeven dat in de onderzoekspopulatie verschillende normgroepen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau aanwezig zijn en in dit geval 'normscores' een herschaling van de ruwe scores zijn, dat wil zeggen niet met elkaar vergeleken mogen worden.

In tabel 16 staan de resultaten van de t-toets betreffende de samenhang tussen de psychologische persoonskenmerken enerzijds en de psychologische classificatie arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) anderzijds.
Met betrekking tot de biografische gegevens blijkt uit tabel 16 dat door de psycholoog-adviseur significant meer mannen dan vrouwen als arbeidsgeschikt worden geclassificeerd. Ook de leeftijd blijkt op univariaat niveau een rol te spelen in de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling, in die zin dat relatief oudere mensen significant meer het advies arbeidsongeschikt krijgen dan jongere.

Wat betreft het opleidingsniveau blijkt er geen significant verschil tussen de psychologische beoordelingen arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt.

Tabel 16: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende psychologische persoonskenmerken en psychologische classificatie: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-)

Verklarende variabelen (N = 804)	gemiddelde		T-waarde	p-waarde
	AG+	AG-		
biografische gegevens				
1. geslacht	-	-	-	***
2. leeftijd	33.3	35.3	-3.11	*
3. opleidingsniveau	2.7	2.5	1.19	0.23
WAIS				
4. informatie	12.2	11.1	2.30	0.02**
5. begrijpen	15.7	14.5	2.76	*
6. rekenen	9.5	8.9	2.01	0.04**
7. overeenkomsten	15.9	15.3	1.69	0.09
8. cijferreeksen	11.8	11.1	2.68	*
9. woordenschat	30.7	29.8	1.09	0.27
10. substitutie	51.3	45.6	5.54	*
11. onvolledige tekeningen	12.1	10.6	3.08	*
12. blokpatronen	17.8	15.6	4.63	*
13. plaatjes rangschikken	14.6	13.0	4.62	*
14. figuurleggen	46.6	42.9	3.52	*
DAT				
15. snelheid en nauwkeurigheid	57.7	52.4	4.23	*
MMPI				
16. L-schaal	14.0	14.2	-0.16	0.87
17. F-schaal	8.2	12.6	-9.14	*
18. K-schaal	14.7	12.2	7.20	*
19. hypochondrie	12.5	16.8	-8.44	*
20. pathologische depressie	24.3	30.9	-13.12	*
21. hysterie	29.3	33.3	-7.93	*
22. psychopathische deviatie	19.3	23.9	-10.46	*
23. activiteit/passiviteit	29.3	31.4	-4.06	*
24. paranoïa	11.3	14.4	-9.83	*
25. psychasthenie	16.3	25.5	-12.73	*
26. schizofrenie	17.8	28.2	-12.66	*
27. hypomanie	18.9	20.0	-2.98	*
28. sociale introversie	30.0	37.2	-9.57	*
ABV				
29. psychoneurotische klachten	63.7	85.7	-11.33	*
30. functionele lichamelijke klachten	23.1	28.6	-8.90	*
31. sociale extraversie	52.4	42.9	7.50	*
32. zelfdefensieve instelling	38.6	38.8	-0.17	0.86
ZBV				
33. toestandsangst	44.0	52.2	-10.95	*
34. dispositie-angst	44.2	53.8	-12.51	*
ZUNG				
35. depressieve gevoelens	39.0	48.6	-12.76	*
VOEG				
36. ervaren gezondheidstoestand	17.7	25.3	-9.67	*
PS				
37. pijnbeleving	3.0	2.9	0.43	0.66

* : $p < 0.01$
** : $p < 0.05$
*** : mannen-vrouwen Chi2 = 5.42, p = 0.02

Het overzicht van de psychologische persoonskenmerken in tabel 16 geeft voor 29 van de 34 (= 85%) variabelen steun aan de oorspronkelijk gekozen psychologische beoordelingscriteria, als zijnde de variabelen met een voorspellende waarde met betrekking tot de criterium-variabele AG+ en AG-. Bij de tweezijdige t-toetsing wordt deze steun overigens niet verkregen voor de beoordelingscriteria overeenkomsten (abstractievermogen) en woordenschat (woordenkennis), terwijl dit bij een significantiegrens van $p < 0.01$ ook geldt voor informatie (algemene ontwikkeling) en rekenen (rekeninzicht). De bevindingen wijzen in de richting dat met name de verbale intelligentiefactoren, met uitzondering van begrijpen (begripsvermogen) en cijferreeksen (concentratie en geheugen), een gering tot onvoldoende voorspellend vermogen hebben met betrekking tot de criterium-variabele AG+ en AG-.
Ook ten aanzien van de mate waarin mensen geneigd zijn zich in meer of mindere mate sociaal wenselijk te presenteren (L-schaal), wel of niet defensief zijn ten aanzien van hun gevoelens en subjectieve pijnklachten hebben, is geen wezenlijke invloed op de beoordeling van de psycholoog-adviseur aantoonbaar. Dit blijkt daarentegen wel het geval bij duidelijk verhoogde psychische labiliteitsscores en de mogelijk daarmee samenhangende beperkingen in performale vermogens.

Wegens het verschil in inhoudelijke interpretatie van de activiteit/passiviteitschaal van de MMPI voor vrouwen en mannen (zie bijlage C) heeft er een gespecificeerde analyse plaatsgevonden van deze variabele, uitgewerkt naar geslacht.
Bij tweezijdige t-toetsing blijkt er bij mannen wel een significant verschil te zijn, in die zin dat de gemiddelde score op deze schaal bij mannen die arbeidsongeschikt worden geclassificeerd hoger ligt dan bij mannen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt zijn geclassificeerd ($T = -4.13$; $p = 0.00$). Bij vrouwen is dit verschil niet geconstateerd ($T = 0.31$; $p = 0.76$).
Op grond van deze gegevens mag worden geconcludeerd dat deze schaal in de psychologische oordeelsvorming alleen voor mannen een voorspellende waarde heeft. Passieve, omgevingsafhankelijke en (sociaal) overgevoelige mannen worden door de psycholoog-adviseur eerder als arbeidsongeschikt geclassifi-

ceerd dan zij die een actieve, zelfstandige, dominante en strijdvaardige houding hebben.

6.5.1 Discussie

De meeste psychologische indicatoren (85%) blijken op univariaat niveau een voorspellend vermogen te hebben. Dit ondersteunt wel de keuze van de psychometrische onderzoeksinstrumenten van deze studie, maar op basis daarvan kunnen de onderlinge verhoudingen en het relatieve gewicht van de indicatoren met betrekking tot de criterium-variabele AG+ en AG- echter niet tot uitdrukking worden gebracht. Daarvoor moet eerst de onderliggende structuur (model) van de desbetreffende indicatoren worden bepaald en vervolgens daarvan het voorspellend vermogen met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie worden vastgesteld.
Deze kwestie betreffende de onderliggende structuur van de psychologische variabelen en de verhouding daarvan in voorspellende zin tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie, wordt in paragraaf 6.9 nader uitgewerkt.

6.6 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE ENKELVOUDIGE PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT HET ADVIES-OVERNAMEBELEID VAN DE OPDRACHTGEVERS

In dit onderzoeksgedeelte heeft een analyse plaatsgevonden van het advies-overnamebeleid van de opdrachtgevers. Daarbij is onderzocht, gegeven het psychologische advies, in hoeverre het advies-overnamebeleid kan worden verklaard ofwel voorspeld vanuit de scores van de onderzoekspopulatie op de psychometrische schalen van de desbetreffende psychologische persoonskenmerken (indicatoren).

Teneinde na te gaan welke specifieke psychologische persoonskenmerken een voorspellende waarde hebben met betrekking tot de categorieën waarvan het advies wel wordt overgenomen en de categorieën waar de opdrachtgevers contrair beslissen, heeft er door middel van een t-toets een nadere ana-

lyse plaatsgevonden op de wel overgenomen (AG+) versus de niet overgenomen (AG-) adviezen.
Daarbij is alleen gekeken naar de categorie mensen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt zijn geclassificeerd, uitgesplitst naar wel overgenomen (OG+) en niet overgenomen adviezen (OG-). Alle psychologische arbeidsongeschiktheidsadviezen blijken te zijn overgenomen, zodat de p-waarde bij voorbaat minimaal en het significantieniveau derhalve maximaal is. Alle gemeten psychologische persoonskenmerken blijken dus in geval van arbeidsongeschiktheid met betrekking tot het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers een voorspellende waarde te hebben.

Er heeft een tweezijdige t-toetsing plaatsgevonden, waarvan de resultaten in tabel 17 staan weergegeven.
Met betrekking tot de categorie mensen die door de psycholoog-adviseur als arbeidsgeschikt zijn geclassificeerd, kan uit tabel 17 worden geconcludeerd dat er ten aanzien van de biografische gegevens een significant verschil is in leeftijd tussen de overgenomen AG+ en de niet overgenomen AG+: het advies AG+ blijkt bij ouderen minder vaak overgenomen te worden dan bij jongeren.
Berekend met de Chi2-toets blijkt ook het geslacht van invloed te zijn, in die zin dat ten aanzien van mannen minder vaak het advies AG+ wordt overgenomen dan bij vrouwen.
Mannen met een relatief hogere leeftijd hebben derhalve in tweeërlei opzicht een verhoogde kans om, tegen het advies van de psycholoog-adviseur, uiteindelijk door de opdrachtgevers toch arbeidsongeschikt te worden verklaard. Het opleidingsniveau blijkt niet significant te differentiëren tussen de categorie wel en niet door de opdrachtgevers overgenomen arbeidsgeschiktheidsadviezen.

Met betrekking tot de psychologische persoonskenmerken blijkt de geneigdheid tot somatiseren, zoals bepaald door verhoogde hypochondrie- en hysteriescores, significant ($p < 0.05$) te zijn ten aanzien van contraire beslissingen van de opdrachtgevers.
Het aangeven van somatoforme klachten verhoogt blijkbaar de kans om AG- te worden beschouwd door de opdrachtgevers, ook in geval van een AG+-advies. Daarnaast blijken mensen met een traag (psychomotorisch en perceptueel)

tempo een grotere kans te hebben op een AG--beslissing, ondanks een AG+-advies.

Tabel 17: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende de categorie betrokkenen met het psychologisch advies arbeidsgeschikt: door de opdrachtgevers overgenomen (OG+) versus niet overgenomen (OG-) adviezen

Verklarende variabelen (n = 426)	gemiddelde		t-waarde	p-waarde
	OG+	OG-		
biografische gegevens				
1. geslacht	-	-	-	***
2. leeftijd	32.1	34.3	-2.79	*
3. opleidingsniveau	2.8	2.6	1.23	0.22
WAIS				
4. informatie	12.5	12.0	0.68	0.50
5. begrijpen	15.6	15.8	-0.31	0.76
6. rekenen	9.3	9.7	-1.29	0.22
7. overeenkomsten	16.3	15.6	1.53	0.12
8. cijferreeksen	11.9	11.7	0.59	0.55
9. woordenschat	31.1	30.4	0.61	0.54
10. substitutie	52.8	50.2	2.12	0.03**
11. onvolledige tekeningen	12.2	12.0	0.26	0.79
12. blokpatronen	17.6	18.0	-0.63	0.53
13. plaatjes rangschikken	14.8	14.4	0.92	0.35
14. figuurleggen	45.8	47.2	-0.99	0.32
DAT				
15. snelheid en nauwkeurigheid	59.3	56.4	2.00	0.05**
MMPI				
16. L-schaal	13.2	14.7	-0.75	0.45
17. F-schaal	8.6	8.0	0.95	0.34
18. K-schaal	14.8	14.6	0.40	0.68
19. hypochondrie	11.7	13.1	-2.03	0.04**
20. pathologische depressie	24.4	24.3	0.17	0.86
21. hysterie	28.6	29.9	-1.93	0.05**
22. psychopathische deviatie	19.7	18.9	1.28	0.20
23. activiteit/passiviteit	30.9	28.0	3.98	*
24. paranoïa	11.6	11.1	1.16	0.24
25. psychasthenie	16.6	16.1	0.48	0.62
26. schizofrenie	18.1	17.5	0.56	0.57
27. hypomanie	18.6	19.2	-1.16	0.24
28. sociale introversie	30.4	29.6	0.81	0.41
ABV				
29. psychoneurotische klachten	64.3	63.2	0.37	0.71
30. functionele lichamelijke klachten	22.7	23.4	-0.85	0.39
31. sociale extraversie	51.8	52.9	-0.64	0.52
32. zelfdefensieve instelling	38.2	39.0	-0.79	0.43
ZBV				
33. toestandsangst	43.6	44.3	-0.59	0.55
34. dispositie-angst	44.0	44.4	-0.31	0.75
ZUNG				
35. depressieve gevoelens	38.9	39.1	-0.23	0.82
VOEG				
36. ervaren gezondheidstoestand	17.2	18.2	-0.90	0.37
PS				
37. pijnbeleving	2.7	3.3	-0.72	0.08

* : $p < 0.01$
** : $p < 0.05$
*** : mannen-vrouwen Chi2 = 19.17, p = 0.00

Met betrekking tot het geconstateerde significante verschil in gemiddelde scores op de activiteit/passiviteitschaal van de MMPI kan worden opgemerkt dat, van de categorie mensen die op deze schaal gemiddeld hoger scoort het psychologisch advies arbeidsgeschikt vaker door de opdrachtgevers wordt overgenomen dan van de categorie mensen die gemiddeld lager scoren.
Op grond van de verschillen in inhoudelijke interpretatie van deze activiteit/passiviteitschaal naar geslacht (zie bijlage C) zou het één en ander kunnen betekenen dat er een verschil in beoordelingsbeleid bestaat bij de opdrachtgevers ten aanzien van vrouwen versus mannen. Gezien de onderzoeksgegevens worden arbeidsgeschiktheidsadviezen van respectievelijk actief ingestelde vrouwen en passief ingestelde mannen in het merendeel door de opdrachtgevers overgenomen. Een verklaring hiervoor is overigens op grond van de onderzoeksbevindingen niet te geven.

Samengevat blijken, uitgesplitst naar wel en niet door de opdrachtgevers overgenomen arbeidsgeschiktheidsadviezen, verschillen in leeftijd, geslacht, somatiseren, activiteitenniveau en een laag psychomotorisch en perceptueel tempo van functioneren aanleiding te geven tot een van het psychologisch advies afwijkende beoordeling door de opdrachtgevers.
Slechts 4 van de 34 (12%) psychologische persoonskenmerken blijken een voorspellend vermogen hebben, ofwel van invloed te zijn op het adviesovernamebeleid van de opdrachtgevers. Het opleidingsniveau en de overige psychologische indicatoren blijken daarentegen op univariaat niveau in dezen geen rol te spelen.
Deze bevindingen bevestigen dat andere factoren en criteria een rol spelen in de oordeelsvorming van de opdrachtgevers en wel met name bij de categorie mensen met een psychologisch arbeidsgeschiktheidsadvies.

6.6.1 Discussie

Ten aanzien van de bevindingen dat het psychologisch advies AG+ door de opdrachtgevers bij relatief meer vrouwen en jongeren wordt overgenomen dan bij mannen en ouderen, kan worden verondersteld dat dit het gevolg is van het feit dat in het algemeen werkende vrouwen en jongeren relatief minder verdienen dan mannen en ouderen, o.a. omdat jongeren en vrouwen vaker een

part-time functie bekleden (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1984). Daardoor is het dikwijls gemakkelijker om op grond van resterende verdiencapaciteiten 'passende' functies met een vergelijkbaar salarisniveau aan te geven. Indien er namelijk geen sprake is van een verlies van verdiencapaciteit van meer dan 15% (AAW 25%), is er ondanks mogelijke psychische klachten en symptomatologie geen reden voor arbeidsongeschiktheid in de zin der wet.
Bovendien wijzen Besseling en Bruinsma (1984, 1986) in dit verband tevens op de mogelijkheid dat een normverschuiving en een verandering in waardeoordelen bij de wetsuitvoerders omtrent het verrichten van arbeid door vrouwen een rol kan spelen. Dit zou tot uiting komen in de onderzoeksbevindingen van voornoemde auteurs, namelijk dat mannen vaker dan vrouwen als (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt worden beoordeeld, terwijl vrouwen vaker volledig hersteld worden verklaard.

6.7 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE ENKELVOUDIGE PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT DE BEROEPSZAKEN

In deze studie is zonder specifieke vooronderstellingen exploratief nagegaan in hoeverre er binnen de onderzoekspopulatie wat betreft de biografische en psychologische persoonskenmerken verschillen aanwezig zijn tussen de categorie mensen die respectievelijk wel en niet in beroep zijn gegaan tegen de mede op het psychologisch advies gebaseerde beslissingen van de opdrachtgevers.

Met betrekking tot de biografische gegevens qua geslacht blijkt dat van de 534 mannen en 270 vrouwen respectievelijk 16 mannen en 20 vrouwen in beroep zijn gegaan, dat wil zeggen significant meer vrouwen dan mannen.

Met betrekking tot de psychologische variabelen blijkt dat slechts 3 van de 34 psychologische variabelen (= 9%) duidelijk een voorspellende waarde hebben ten aanzien van de categorie mensen die respectievelijk wel en niet in beroep zijn gegaan.
Dit betreft de L-schaal van de MMPI, de activiteit/passiviteitschaal van de MMPI en de pijnschaal.

De mensen die in beroep zijn gegaan scoren significant lager op deze psychometrische schalen dan zij die niet in beroep zijn gegaan.

Tabel 18: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende de categorie betrokkenen die in beroep is gegaan (BG+) versus de categorie die niet in beroep is gegaan (BG-)

Verklarende variabelen (N = 804)	gemiddelde		t-waarde	p-waarde
	BG+	BG-		
biografische gegevens				
1. geslacht	-	-	-	***
2. leeftijd	36.1	34.2	1.22	0.22
3. opleidingsniveau	2.4	2.6	-0.57	0.57
WAIS				
4. informatie	11.7	11.9	-0.08	0.93
5. begrijpen	15.2	14.0	0.97	0.33
6. rekenen	9.3	7.8	1.83	0.06
7. overeenkomsten	15.6	16.1	-0.53	0.59
8. cijferreeksen	11.5	11.2	0.38	0.70
9. woordenschat	30.3	29.5	0.33	0.73
10. substitutie	48.7	50.5	-0.67	0.50
11. onvolledige tekeningen	11.4	12.1	-0.53	0.59
12. blokpatronen	16.8	16.5	0.27	0.78
13. plaatjes rangschikken	13.8	14.6	-0.82	0.41
14. figuurleggen	44.9	44.9	0.01	0.99
DAT				
15. snelheid en nauwkeurigheid	55.2	56.3	-0.33	0.73
MMPI				
16. L-schaal	13.5	26.8	-2.73	0.01*
17. F-schaal	10.3	10.1	0.19	0.85
18. K-schaal	13.6	12.5	1.24	0.21
19. hypochondrie	14.4	15.8	-1.10	0.27
20. pathologische depressie	27.3	27.8	-0.34	0.73
21. hysterie	31.2	31.3	-0.10	0.92
22. psychopathische deviatie	21.4	20.3	0.97	0.33
23. activiteit/passiviteit	30.2	32.1	-2.29	0.02**
24. paranoïa	12.8	13.2	-0.43	0.66
25. psychasthenie	20.5	22.0	-0.75	0.45
26. schizofrenie	22.6	22.6	0.00	0.99
27. hypomanie	19.4	19.8	-0.30	0.76
28. sociale introversie	33.2	36.1	-1.11	0.27
ABV				
29. psychoneurotische klachten	74.1	69.3	0.95	0.34
30. functionele lichamelijke klachten	25.5	28.1	-1.66	0.09
31. sociale extraversie	48.0	48.6	-0.18	0.85
32. zelfdefensieve instelling	38.7	38.9	-0.11	0.91
ZBV				
33. toestandsangst	47.8	47.8	-0.03	0.97
34. dispositie-angst	48.7	49.0	-0.15	0.87
ZUNG				
35. depressieve gevoelens	43.4	43.6	-0.08	0.93
VOEG				
36. ervaren gezondheidstoestand	21.2	23.2	-1.03	0.30
PS				
37. pijnbeleving	2.9	4.2	-2.31	0.02**

* : $p < 0.01$
** : $p < 0.05$
*** : mannen-vrouwen Chi2 = 7.16, p = 0.00

Uitgaande van de operationalisaties van de L-schaal, de activiteit/passiviteitschaal en de pijnschaal (Nuttin en Beuten, 1969; Lachar, 1973; Dahlstrom e.a., 1975; Greene, 1980) mag op grond van deze bevindingen worden verondersteld, dat de categorie mensen die in beroep is gegaan vergeleken met de categorie die niet in beroep is gegaan, wordt gekenmerkt door:

- meer psychische volwassenheid;
- meer reëel zelfinzicht;
- minder conventionaliteit;
- minder neurotische stoornissen;
- minder somatiseren;
- minder pijnbeleving.

Dat zowel actief ingestelde vrouwen als passief ingestelde mannen in beroep zijn gegaan, heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de hiervoor beschreven onderzoeksbevindingen, dat de opdrachtgevers met name het advies arbeidsgeschikt van deze categorie mensen overnemen en in de meeste gevallen vooral arbeidsgeschiktheidsverklaringen door betrokkenen worden aangevochten.

6.7.1 Discussie

Voornoemde bevindingen komen overeen met die van Kwee (1980) en Knepper (1984), die eveneens hebben geconstateerd dat er meer vrouwen dan mannen in beroep gaan.
Leeftijd blijkt geen verschil te kunnen voorspellen tussen de categorie mensen die respectievelijk wel en niet in beroep gaan, al is er wel een tendens dat ouderen meer in beroep gaan dan jongeren. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Wehman (1985), die overigens wel een significant verschil in leeftijd heeft geconstateerd.
Wehman (1985) vond verder geen verklaring voor de verschillen tussen de in beroep en niet in beroep gegane respondenten wat betreft beroepsgroep, burgerlijke staat, gezinssamenstelling, aantal kinderen, het wel of niet in medische behandeling/psychotherapie zijn (geweest) en de gestelde psychische diagnose.

6.8 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE ENKELVOUDIGE PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT DE (ON)GEGRONDVERKLARINGEN

In dit onderzoek is vervolgens de vraag aan de orde in hoeverre psychologische persoonskenmerken op univariaat niveau een voorspellende waarde hebben met betrekking tot het onderscheid tussen mensen van wie het beroep door de rechter gegrond versus ongegrond wordt verklaard.
Wegens het geringe aantal betrokkenen dat daadwerkelijk in beroep is gegaan (n = 36) en daarmee het beperkte aantal gegrond- (n = 6) en ongegrondverklaringen (n = 30) zijn de eventuele verschillen in psychologische persoonskenmerken in dezen niet zinvol en niet verantwoord statistisch toetsbaar geweest.

6.8.1 Discussie

Omdat er geen statistische toetsing mogelijk was, heeft er een analyse van de gegrond versus ongegrond verklaarde 'gevallen' plaatsgevonden door middel van een kwalitatieve, beschrijvende exploratie.
Daarbij is een vergelijking gemaakt met de landelijk bekende cijfers omtrent de verhouding tussen gegrond en ongegrond verklaarde beroepszaken bij de diagnosecategorie 'psychische stoornissen'.
Uit verschillende onderzoeken (Kwee, 1980; Knepper, 1984; Hoencamp en Schipper, 1985) is naar voren gekomen dat in geval van psychische problematiek landelijk ongeveer 60% van de beroepszaken gegrond wordt verklaard, terwijl het percentage gegrondverklaringen in deze studie op ongeveer 16% blijkt te liggen. Dat er landelijk ongeveer 40% ongegrondverklaringen plaatsvinden tegen de 84% die er bij de onderzoekspopulatie hebben plaatsgevonden, impliceert dat in deze studie tweemaal zoveel ongegrondverklaringen zijn afgegeven dan landelijk het geval is.
Deze gegevens staan overzichtelijk weergegeven in tabel 19.
Vergeleken met het landelijk percentage gegrondverklaringen over alle diagnosecategorieën (zie bijlage A) kan worden gesteld dat er wel een redelijke overeenstemming is. Landelijk worden per jaar bijna 14% van de beroepszaken gegrond verklaard (GMD Jaarverslagen 1981 tot en met 1984), terwijl dit in deze studie 16% bedraagt.

Tabel 19: Overzicht gegrond- en ongegrondverklaringen van de landelijke en de onderzoekspopulatie

beroepszaken / populatie	gegrond	ongegrond
landelijk	ca. 60%	ca. 40%
onderzoek	ca. 16%	ca. 84%

6.9 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE COMBINATIE VAN PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT DE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSCLASSIFICATIES

Teneinde het voorspellend vermogen te kunnen bepalen van de psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties, wordt eerst de onderlinge structuur van de verklarende variabelen (predictoren) bepaald. Dat wil zeggen dat de variantie binnen het totaal aantal verklarende variabelen effectiever wordt weergegeven in een beperkt aantal componenten.
Vervolgens wordt de voorspellende waarde van de gevonden componenten bepaald met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-).

Om op multivariaat niveau de onderlinge structuur van de verklarende variabelen te bepalen is gebruik gemaakt van de principale componenten-analyse (PCA). Deze structuur levert de componenten (dimensies) op van de onderling samenhangende variabelen. Met deze techniek worden de correlaties van de variabelen met de componenten ('component-ladingen') aangegeven. Hiermee wordt een indicatie verkregen van het belang van de variabelen met betrekking tot de gevonden componenten.
Een hoge lading betekent dat de desbetreffende variabele in sterke mate bijdraagt aan de betekenis van de desbetreffende dimensie. Variabelen die hoog laden op dezelfde dimensie hangen onderling hoog samen. Een lage lading betekent dat deze variabele relatief weinig aan de desbetreffende

dimensie bijdraagt. Er wordt in dit onderzoek uitgegaan van een componentenlading > .5 en < -.5.

In de principale componenten-analyse zijn de volgende subtests betrokken:
- alle subtests van de WAIS;
- de subtest snelheid en nauwkeurigheid van de DAT;
- alle schalen van de MMPI;
- alle schalen van de ABV;
- alle schalen van de ZBV;
- Zung-score;
- VOEG-score;
- Pijnschaal.

De analyse levert een componentenstructuur met acht componenten met een eigenwaarde > 1. Deze acht componenten tesamen verklaren 69% van de variantie.
Na varimax-rotatie geeft de analyse een componentenladingsmatrix, zoals weergegeven in tabel 20, waarbij componentenladingen < | .5 | zijn verwijderd. De eigenwaarden van de resulterende componenten zijn als percentage verklaarde variantie eveneens in tabel 20 opgenomen.
De eerste vijf componenten, bestaande uit 30 van de 34 variabelen (85%), blijken goed interpreteerbaar. Met deze vijf dimensies wordt bijna 60% van de variantie verklaard, hetgeen voldoende is (Van Knippenberg en Siero, 1980).
De totaal verklaarde variantie en de per dimensie verklaarde variantie staan weergegeven in tabel 20.

De verklarende onderzoeksvariabelen laten zich redelijk representeren in een relatief eenvoudig model met, in volgorde van de mate van verklaarde variantie, de volgende vijf dimensies:
1. psycho-emotionele labiliteit;
2. verbale intelligentie;
3. somatiseren;
4. psychopathologie;
5. performale intelligentie.

Tabel 20: Componentenladingen na varimax-rotatie van de verklarende variabelen

componentenladingen / variabelen	component 1 psycho-emotionele labiliteit	component 2 verbale intelligentie	component 3 somatiseren	component 4 psychopathologie	component 5 performale intelligentie
informatie		0.75			
begrijpen		0.79			
rekenen		0.61			
overeenkomsten		0.75			
cijferreeksen		0.49			
woordenschat		0.84			
toestandsangst	0.72				
dispositie-angst	0.75				
depressieve gevoelens	0.71				
pathologische depressie	0.71				
K-schaal	-0.64				
psychasthenie	0.78				
sociale introversie	0.88				
psychoneurotische klachten	0.71				
sociale extraversie	-0.76				
ervaren gezondheidstoestand			0.67		
pijnbeleving			0.54		
hypochondrie			0.84		
hysterie			0.78		
functionele lichamelijke klachten			0.71		
F-schaal				0.65	
psychopathische deviatie				0.61	
paranoïa				0.59	
schizofrenie	0.65			0.62	
manie				0.84	
substitutie					0.73
blokpatronen					0.70
plaatjes rangschikken					0.55
figuurleggen					0.72
snelheid en nauwkeurigheid					0.66
zelfdefensieve instelling					
onvolledige tekeningen					
activiteit/passiviteit					
L-schaal					
percentage verklaarde variantie	30.1	14.4	6.1	4.9	4.0
percentage totaal verklaarde variantie					59.4

De eerste component **psycho-emotionele labiliteit** verklaart 30% van de variantie en omvat in volgorde van hun lading de volgende inhoudelijke variabelen, zoals weergegeven in tabel 21a.

Tabel 21a: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 1: psycho-emotionele labiliteit

verklarende variabelen	componentenladingen
sociale introversie	.88
psychasthenie	.78
sociale extraversie	-.76
dispositie-angst	.75
toestandsangst	.72
pathologische depressie	.71
psychoneurotische klachten	.71
depressieve gevoelens	.71
schizofrenie	.65
correctieschaal	-.64

De tweede component verklaart bijna 14,5% van de variantie en kan worden benoemd als **verbale intelligentie**, gezien de samenstelling uit alle verbale WAIS-subtests, zoals weergegeven in tabel 21b.

Tabel 21b: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 2: verbale intelligentie

verklarende variabelen	componentenladingen
woordenschat	.84
begrijpen	.79
overeenkomsten	.75
informatie	.75
rekenen	.61
(cijferreeksen	.49)

De derde component verklaart 6% van de variantie en kan worden beschreven als **somatiseren.**

De desbetreffende variabelen zijn in volgorde van hun lading weergegeven in tabel 21c.

Tabel 21c: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 3: somatiseren

verklarende variabelen	componentenladingen
hypochondrie	.84
hysterie	.78
functionele lichamelijke klachten	.71
ervaren gezondheidstoestand	.67
pijnbeleving	.55

De vierde component verklaart bijna 5% van de variantie en kan worden betiteld als **psychopathologie**, gezien de inhoud van de variabelen, welke in volgorde van hun lading in tabel 21d staan weergegeven.

Tabel 21d: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 4: psychopathologie

verklarende variabelen	componentenladingen
manie	.84
F-schaal	.65
schizofrenie	.62
psychopathische deviatie	.61
paranoïa	.59

De vijfde component, 4% van de variantie verklarend, heeft gezien de samenstellende variabelen, zoals weergegeven in tabel 21e, betrekking op het praktisch handelend denken. Het betreft de performale WAIS-subtests, zij het minus die betreffende het kritisch waarnemingsvermogen, en voorts de DAT-subtest snelheid en nauwkeurigheid. Op grond van deze samenstelling kan de vijfde component als volgt worden benoemd: **performale intelligentie**.

Tabel 21e: Verklarende variabelen in volgorde van lading op component 5: performale intelligentie

verklarende variabelen	componentenladingen
substitutie	.73
figuurleggen	.72
blokpatronen	.70
snelheid en nauwkeurigheid	.66
plaatjes rangschikken	.55

Om de voorspellende waarde van de vijf componenten ten aanzien van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie te bepalen, is er per afzonderlijke component een tweezijdige t-toetsing uitgevoerd.
De gemiddelden van de variabelen van de desbetreffende componenten en de t-toetsbevindingen, verdeeld naar de psychologische classificatie AG+ versus AG-, staan weergegeven in tabel 22.

Tabel 22: Gemiddelden van de variabelen van de componenten en t-toetsbevindingen, verdeeld naar de psychologische classificatie: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-)

Componenten	gemiddelde		T-waarde	p-waarde
	AG+	AG-		
psycho-emotionele labiliteit	-0.38	0.43	-11.00	*
verbale intelligentie	-0.01	0.01	-0.27	0.79
somatiseren	-0.15	0.17	-4.07	*
psychopathologie	-0.12	0.13	-3.24	*
performale intelligentie	-0.18	-0.21	4.84	*

* : $p < 0.01$ bij tweezijdige toetsing

Uit tabel 22 blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen de psychologische classificatie arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt. Bij de arbeidsongeschikt geclassificeerden is er sprake van een verhoogde mate van psycho-emotionele labiliteit, somatiseren en psychopathologie, terwijl bij deze categorie de performale intelligentie significant lager is dan bij de arbeidsgeschikten. Als zodanig hebben deze vier verklarende

componenten een voorspellende waarde ten aanzien van de psychologische beoordeling AG+/AG-.
Deze onderzoeksbevindingen geven steun aan de opvatting dat met psychometrische tests, screenings- en persoonlijkheidsvragenlijsten een aantal onafhankelijke psychologische dimensies gemeten kunnen worden (Luteijn, 1985).
De invariante hoofddimensies, zoals gevonden in dit onderzoek, ontlenen in dezen hun waarde aan de mate waarin zij een voorspellende waarde blijken te hebben ten aanzien van het classificeren van de categorieën arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten. Ter bepaling van het relatieve gewicht van de samengestelde componenten met betrekking tot de arbeids-(on)geschiktheidsclassificatie is er een regressie-analyse over de componentenscores gedaan (Kleinbaum e.a., 1882).

Een regressie-analyse geeft een beeld van de mate van beïnvloeding van de verklarende variabelen op de criterium-variabele. Een regressie-analyse beantwoordt de vraag: In hoeverre is de criterium-variabele arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-) te voorspellen uit een aantal predictor-variabelen?
De analyse-resultaten worden uitgedrukt in zogenaamde regressiegewichten. Een regressiegewicht geeft aan hoeveel voorspellende waarde een verklarende variabele heeft met betrekking tot de criterium-variabele, nadat er rekening is gehouden met de voorspellende bijdrage van de overige variabelen.

In dit onderzoek bestaat de criterium-variabele uit twee categorieën, te weten AG+- en AG--classificaties. De classificaties omtrent de arbeids(on)-geschiktheid zijn mede tot stand gekomen op basis van psychometrische onderzoeksgegevens.
Voor meer inzicht in de voorspellende waarde van de psychometrische onderzoeksgegevens dient de vraag beantwoord te worden: Welke factoren blijken van doorslaggevende betekenis te zijn voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties?
Onderzoekstechnisch heeft deze vraagstelling betrekking op enerzijds een dichotome criterium-variabele (arbeidsgeschikt of arbeidsongeschikt) en

anderzijds een groot aantal verklarende (potentieel-voorspellende) variabelen.

De eerste analyserende stap betreft de reducering van de potentiële predictoren. Door middel van componenten-analyse is de groep van 34 psychologische variabelen (zie tabel 20) tot vijf factoren gereduceerd, te weten psycho-emotionele labiliteit, verbale intelligentie, somatiseren, psychopathologie en performale intelligentie (zie tabel 21a tot en met 21e).

Als potentieel belangrijke biografische predictoren zijn gekozen: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

De oorspronkelijke vraagstelling kan nu gereduceerd worden tot: In hoeverre zijn deze acht variabelen adequate voorspellers voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie en hoe sterk is de voorspellende waarde van elk daarvan?

Tabel 23: Het uiteindelijke resultaat van stapsgewijze logistische regressie-analyse met als criterium-variabele de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie en de predictor-variabelen

Predictor-variabelen	regressie-coëfficiënt	standard error	T-waarde	Chi-square	DF	p
Constante	.16	.10	1.71			
Psycho-emotionele labiliteit	1.05	.11	9.66*	108.30*	1	.00
Somatiseren	.42	.09	4.42*	28.68*	1	.00
Psychopathologie	.34	.10	3.57*	20.04*	1	.00
Performale intelligentie	-.53	.10	5.31*	13.19*	1	.00
Opleidingsniveau	-	-	-	8.90	6	.18
Leeftijd	-	-	-	.47	1	.49
Verbale intelligentie	-	-	-	.15	1	.70
Geslacht	-	-	-	.11	1	.74

Goodness of fit:
** Hosmer Chi-square = 11.24, DF = 8, p = .188
** Brown Chi-square = 4.03, DF = 2, p = .133

- Betekent dat BMDP geen coëfficiënten levert boven het significantieniveau van p = 0.05.

* De afzonderlijke predictor-effecten kunnen zowel met de univariate T-waarde als met de Chi-square getoetst worden. De logistische regressiecoëfficiënten behorende bij de met sterretjes gemerkte toetsingsgrootheden zijn bij tweezijdige toetsing significant ($p < 0.05$-niveau).

** De Hosmer en Brown Chi-square-waarden geven aan dat het gevonden model overeenkomt met de geobserveerde data, in die zin dat niet-significante waarden verwijzen naar adequaatheid van het model.

Tabel 23 geeft de uiteindelijke resultaten weer, verkregen door middel van de stapsgewijze logistische regressieprocedure van het statistische standaardpakket Bio-Medical Statistical Data Program (BMDP, 1981).
Deze regressie-analyse is toegepast op de variabelen: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, psycho-emotionele labiliteit, psychopathologie, verbale intelligentie en performale intelligentie.
Uit tabel 23 kan worden geconcludeerd dat de benadering van de geselecteerde componenten door middel van een logistische regressie-analyse aantoont dat de predictieve variabelen zich goed laten representeren door een laagdimensionele structuur: alleen psycho-emotionele labiliteit, somatiseren, psychopathologie en performale intelligentie blijken de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties te beïnvloeden.
Omdat deze psychologische dimensies weergegeven worden door componentenscores en wel in de vorm van gestandaardiseerde variabelen (gemiddelde = 0 en standaarddeviatie = 1), kunnen de logistische regressiecoëfficiënten worden beschouwd als onderling vergelijkbare kwantitatieve uitdrukkingen van de sterkte van de diverse effecten.
Aldus blijkt dat 'psycho-emotionele labiliteit' de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsclassificatie praktisch tweemaal zo sterk beïnvloedt als de performale intelligentie en dat deze laatste factor op zijn beurt weer een sterkere invloed heeft op de classificaties dan somatiseren en psychopathologie.

Teneinde de kwantitatieve waarde van de sterkte van de beïnvloedingsrelatie van de predictoren op de criterium-variabele aan te kunnen geven, zijn de odds-ratio's berekend (Schlesselman, 1982).

Tabel 24: De odds-ratio's van de relevante predictoren en de overeenkomst met 95% betrouwbaarheidsintervallen.

Predictoren	odds-ratio's	95% C.I.
Psycho-emotionele labiliteit	2.86	(2.31 ; 3.53)
Somatisering	1.51	(1.26 ; 1.82)
Psychopathologie	1.41	(1.17 ; 1.69)
Performale intelligentie	.59	(.48 ; .71)

In tabel 24 worden de gestandaardiseerde odds-ratio's van alle relevante predictoren met de overeenkomstige 95% betrouwbaarheidsintervallen gegeven.
Bij een unit-stijging van één standaarddeviatie (in dit geval een toename van 1) in psycho-emotionele labiliteit stijgt de conditionele kansverhouding van de arbeidsongeschiktheidsclassificatie versus arbeidsgeschiktheidsclassificatie met 186%.
Bij een unit-stijging van één standaarddeviatie op somatiseren en psychopathologie stijgt de desbetreffende kansverhouding met respectievelijk 51% en 41%.
Bij een unit-stijging van één standaarddeviatie op de performale intelligentie blijkt de kans op een AG+-classificatie daarentegen met (1/.59 =) .69% te dalen.

Met betrekking tot de voorspellende waarde van de psychometrische onderzoeksgegevens in volgorde van de gewichtstoekenning blijkt dat een hogere emotionele labiliteits-, somatiserings- en psychopathologiescore en een lagere performale intelligentiescore bepalend zijn voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie.
De psychologische dimensies psycho-emotionele labiliteit, somatiseren, psychopathologie en performale intelligentie vertonen ten aanzien van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie voldoende predictief vermogen.
De verbale intelligentie, het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau hebben daarentegen in deze studie geen of althans onvoldoende voorspellende waarde met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.

6.9.1 Discussie

In het algemeen leidt het resultaat van de statistische bewerkingen op het onderzoeksmateriaal tot de conclusie, dat er vier relevante psychologische dimensies zijn die de basis vormen voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie. Deze bevinding vormt een bevestiging van de veronderstelling dat de gehanteerde psychometrische instrumenten voor de

praktijk doeltreffend zijn en een objectiverende gebruikswaarde kunnen hebben.
De statistische analyses geven een inzicht hoe aan de psychometrische kwantitatieve gegevens een relevante mate van gewicht wordt toegekend in het beoordelings- en adviesbeleid van de psycholoog-adviseur. Op grond daarvan kan worden gesteld dat het gebruik van de desbetreffende psychometrische onderzoeksinstrumenten een belangrijke ondersteuning kan zijn bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

Meer detail-gericht geeft een analyse van de onderzoeksresultaten aan dat de variabele 'schizofrenie' zowel een positieve lading blijkt te hebben op de component psycho-emotionele labiliteit als op de component psychopathologie. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met de heterogene itemsamenstelling van deze MMPI-schaal (Harris en Lingoes, 1955).
Een inhoudsanalyse van de items van de schizofrenieschaal heeft aangetoond dat er sprake is van een aantal homogene inhoudsdimensies, c.q. subschalen, welke betrekking hebben op respectievelijk ongewone lichamelijke sensaties, emotioneel-affectieve, cognitieve en psychopathologische stoornissen (Greene e.a., 1980).
Derhalve is het op grond van deze onderzoeksresultaten mogelijk dat respondenten met in feite verschillende stoornissen allen hoog op de schizofrenieschaal kunnen scoren (T-score > 70), maar in feite tot diverse diagnosegroepen behoren.
Binnen de onderzoekspopulatie betreft dit respectievelijk de categorieën psycho-emotionele stoornissen en psychopathologische stoornissen.
De bevindingen van Moore e.a. (1988) dat de schizofrenie-items van de MMPI ook hoog kunnen laden op de factor somatiseren, en met name bij chronische pijnpatiënten, zonder dat er overigens sprake is van ernstige psychopathologie, wordt door deze onderzoeksbevindingen niet bevestigd.

Tenslotte bevestigen deze onderzoeksbevindingen, dat de samenstelling van het psychometrisch instrumentarium een aantal invariante psychologische hoofddimensies meet, waardoor het risico van een inadequate interpretatie van de psychologische bevindingen kan worden gereduceerd.
In deze context dient overigens nogmaals te worden geconstateerd, dat in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek geen

'objectief' criterium aanwezig is waartegen de psychologische onderzoeksbevindingen en de daarop gebaseerde interpretaties en verstrekte adviezen kunnen worden afgezet dan alleen het oordeel van derden. Derhalve berust de 'objectiviteit' van de criterium-variabele op consensus binnen het zogenaamde 'expert-systeem'.
Het feit echter dat de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties voorspelbaar zijn uit de psychometrische onderzoeksgegevens, zoals deze worden gemeten door de hier toegepaste en geëvalueerde onderzoeksinstrumenten, betekent dat de oordelen niet subjectief en persoonsgebonden zijn. Door middel van het hanteren van psychometrische onderzoeksinstrumenten blijkt een individuele beoordelaar 'objectiveerbare' resultaten te kunnen behalen.
De waarde van deze onderzoeksbevindingen is dan ook vooral hierin gelegen dat op grond van het gevonden statistische model, bestaande uit de vier componenten psycho-emotionele labiliteit, somatiseren, psychopathologie en performale intelligentie, onderscheid kan worden gemaakt tussen arbeidsgeschikten en arbeidsongeschikten.

Tevens kan dit model worden gebruikt om het 'semi-klinisch oordeel' over een individuele persoon te vergelijken met het 'statistisch oordeel'. Als het eigen semi-klinisch oordeel niet overeenstemt met het oordeel volgens het statistisch model, kan de psycholoog-adviseur zich afvragen waarom er sprake is van een discrepantie. Op grond van afwegen en beargumenteren kan dan het uiteindelijke oordeel tot stand komen en worden geëxpliciteerd.

In het algemeen kan worden gesteld dat dit statistische model niet is bedoeld om het semi-klinisch oordeel van de psycholoog-adviseur te vervangen, noch om diagnoses te stellen. Wel kan het een meer efficiënte en consistente verwerking van kwantitatieve informatie bewerkstelligen bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

Wanneer derden bij de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid zijn betrokken, verdient het aanbeveling dat dezelfde psychometrische onderzoeksinstrumenten worden gebruikt, opdat niet alleen bekend is welke variabelen bij de beoordeling zijn gebruikt, maar ook kan worden nagegaan welke

gewichten aan elk van de gebruikte variabelen worden gegeven. Dit kan de 'inter-beoordelaars betrouwbaarheid' ten goede komen.
Bij gemeenschappelijke toepassing van de desbetreffende onderzoeksinstrumenten kan bij een afwijkend oordeel op grond van de desbetreffende psychometrische gegevens verificatie plaatsvinden, hetgeen vervolgens tot reflectie en discussie kan leiden, alvorens een definitief oordeel wordt gegeven.

6.10 PREDICTIEVE WAARDE VAN DE COMBINATIE VAN PSYCHOLOGISCHE PERSOONSKENMERKEN MET BETREKKING TOT DE BESLISSINGEN VAN DE OPDRACHTGEVERS

In dit onderzoeksgedeelte is nagegaan in hoeverre het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers, gegeven de psychologische adviezen, kan worden verklaard c.q. voorspeld vanuit bepaalde psychologische persoonskenmerken.

Ter bepaling van het voorspellend vermogen van de desbetreffende psychologische persoonskenmerken met betrekking tot de uiteindelijke besluitvorming van de opdrachtgevers, is het verband tussen de variabelen geanalyseerd op univariaat niveau door middel van de t-toets.
De vraag die daarbij centraal staat is: Wat is de predictieve waarde van psychologische persoonskenmerken, gegeven de psychologische adviezen, afzonderlijk en in combinatie ten aanzien van de beoordeling door de opdrachtgevers?

Uit tabel 25 blijkt dat, gegeven het verstrekte psychologische advies, naast leeftijd en een traag tempo van functioneren, de volgende 16 van de 21 psychologische persoonskenmerken (= 76%) een significant voorspellende waarde ($p < 0.01$) hebben ten aanzien van de uiteindelijke arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling van de opdrachtgevers: K-schaal, hypochondrie, psychopathologische depressie, hysterie, psychopathische deviatie, paranoïa, psychasthenie, schizofrenie, sociale introversie, psychoneurotische klachten, functionele lichamelijke klachten, sociale extraversie, toestandsangst, dispositie-angst, depressieve gevoelens en evaren gezondheidstoestand.

Tabel 25: Gemiddelden en t-toetsbevindingen betreffende psychologische persoonskenmerken van de beslissingen van de opdrachtgevers: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-)

Verklarende variabelen (N = 804)	gemiddelde		T-waarde	p-waarde
	AG+	AG-		
biografische gegevens				
1. geslacht	-	-	-	***
2. leeftijd	32.2	35.1	-4.09	*
3. opleidingsniveau	2.7	2.5	1.20	0.23
WAIS				
4. informatie	12.1	11.5	0.81	0.41
5. begrijpen	15.2	15.1	0.21	0.83
6. rekenen	9.0	9.3	-0.80	0.42
7. overeenkomsten	16.1	15.4	1.62	0.10
8. cijferreeksen	11.8	11.4	1.46	0.14
9. woordenschat	30.5	30.2	0.23	0.81
10. substitutie	52.0	47.5	3.92	*
11. onvolledige tekeningen	12.1	11.2	1.51	0.13
12. blokpatronen	17.2	16.7	0.91	0.36
13. plaatjes rangschikken	14.4	13.6	2.00	0.04**
14. figuurleggen	45.2	44.8	0.28	0.77
DAT				
15. snelheid en nauwkeurigheid	57.6	54.4	2.40	*
MMPI				
16. L-schaal	13.8	14.2	-0.21	0.83
17. F-schaal	9.4	10.6	-2.28	0.02**
18. K-schaal	14.6	13.1	3.73	*
19. hypochondrie	12.6	15.2	-4.46	*
20. pathologische depressie	25.3	28.2	-4.72	*
21. hysterie	29.4	31.9	-4.30	*
22. psychopathische deviatie	20.3	21.8	-2.80	*
23. activiteit/passiviteit	31.0	30.0	1.69	0.09
24. paranoïa	11.9	13.2	-3.37	*
25. psychasthenie	17.7	21.7	-4.58	*
26. schizofrenie	19.6	23.8	-4.20	*
27. hypomanie	19.1	19.6	-1.26	0.20
28. sociale introversie	31.0	34.3	-3.68	*
ABV				
29. psychoneurotische klachten	67.0	76.5	-4.08	*
30. functionele lichamelijke klachten	23.5	26.5	-4.04	*
31. sociale extraversie	51.5	46.6	3.38	*
32. zelfdefensieve instelling	37.9	39.0	-1.42	0.15
ZBV				
33. toestandsangst	44.5	49.0	-5.07	*
34. dispositie-angst	45.4	49.9	-4.80	*
ZUNG				
35. depressieve gevoelens	40.1	44.7	-5.15	*
VOEG				
36. ervaren gezondheidstoestand	18.0	22.5	-4.98	*
P5				
37. pijnbeleving	2.7	3.1	-1.58	0.11

* : $p < 0.01$
** : $p < 0.05$
*** : mannen-vrouwen Chi2 = 10.40, p = 0.00

Een analyse met behulp van tweezijdige t-toetsing op basis van de gemiddelden van de variabelen van de verklarende componenten, zoals beschreven in subparagraaf 6.9, met betrekking tot de AG+- versus AG--beslissing van de

opdrachtgever geeft een significant verschil op de componenten psycho-emotionele labiliteit en somatiseren. Als zodanig hebben deze twee componenten, gegeven de psychologische adviezen, een voorspellende waarde met betrekking tot de uiteindelijke beslissing van de opdrachtgever; dit in tegenstelling tot de componenten verbale intelligentie, performale intelligentie en psychopathologie. Deze gegevens staan weergegeven in tabel 26.

Tabel 26: Gemiddelden van de variabelen van de componenten en t-toetsbevindingen, verdeeld naar de beslissingen van de opdrachtgevers: arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-)

Componenten	gemiddelde		T-waarde	p-waarde
	AG+	AG-		
psycho-emotionele labiliteit	-0.27	0.10	-4.27	*
verbale intelligentie	-0.03	0.10	-0.48	0.62
somatiseren	-0.20	0.08	-3.20	*
psychopathologie	-0.01	0.00	-0.20	0.84
performale intelligentie	0.08	0.03	1.22	0.22

* : $p < 0.01$ bij tweezijdige toetsing

6.10.1 Discussie

Het blijkt dat door middel van statistische analyses van psychometrische gegevens psychologisch relevante aspecten van de klinische beoordeling door verzekeringsgeneeskundigen kunnen worden geëxpliciteerd.
Dit is een vorm van 'policy-capturing', waardoor inzicht kan worden verkregen hoe, onder meer op basis van psychologische persoonskenmerken, de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming tot stand komt.

Waarom de componenten psycho-emotionele labiliteit en somatiseren wel een voorspellende waarde hebben met betrekking tot het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers, terwijl dit niet het geval is wat betreft de performale intelligentie, de verbale intelligentie en de psychopathologie, is op grond van de beschikbare onderzoeksgegevens niet zonder meer te verklaren.
Een statistische analyse van het beslissingsproces van verzekeringsgenees-

kundigen zou meer inzicht kunnen geven hoe hun oordeelsvorming tot stand komt, welke criteria door hen daadwerkelijk worden gehanteerd en welk gewicht daarbij wordt toegekend aan de psychometrische onderzoeksgegevens en de mede daarop gebaseerde psychologische arbeids(on)geschiktheids-adviezen.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit onderzoek heeft zich gericht op de bepaling van de 'objectiverende' waarde van een aantal psychometrische onderzoeksinstrumenten in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek. De resultaten van dit onderzoek, welke vooralsnog alleen gelden voor de desbetreffende onderzoekspopulatie binnen de grenzen van de plaats waarop en het tijdsbestek waarbinnen de gegevens zijn verzameld, kunnen worden gerangschikt onder de noemer van de 'descriptieve beslissingstheorie' (Slovic e.a., 1977). Zij hebben betrekking op een statistische analyse van de wijze waarop de psycholoog-adviseur hem bekende psychometrische onderzoeksbevindingen heeft verwerkt bij het nemen van beslissingen in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.
Samenvattend leiden de bevindingen van het onderhavige onderzoek tot de hiervolgende conclusies en aanbevelingen met betrekking tot:

- (voorlopige) beslissingsregels voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek (7.1);
- de samenstelling van een psychometrisch onderzoeksinstrumentarium voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek (7.2);
- het verrichten van vervolgonderzoek (7.3);
- de opleiding en bijscholing voor diegenen die werkzaam (zullen) zijn in het werkveld van de sociale verzekeringspsychologie en verzekeringsgeneeskunde (7.4).

Tot slot (7.5) wordt arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische stoornissen niet alleen als individueel probleem, maar ook als maatschappelijk, bedrijfsstructureel en sociaal-economisch probleem geformuleerd, waarmee in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek actief rekening dient te worden gehouden.

7.1 VOORLOPIGE BESLISSINGSREGELS VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS-(ON)GESCHIKTHEIDSDIAGNOSTIEK

De gehanteerde en geëvalueerde psychometrische onderzoeksinstrumenten meten 34 variabelen (indicatoren), welke betrekking hebben op de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. Het is mogelijk om op basis

van deze psychologische onderzoeksgegevens, gegeven het beslissingsmodel, een adequate beoordeling inzake de arbeids(on)geschiktheid te geven.
Van de 34 variabelen blijken er 30 (= 85%) van invloed te zijn op de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie.
Op grond van deze onderzoeksresultaten kan worden gesteld dat het gehanteerde psychologische onderzoeksprotocol, inclusief het daarbij gebruikte psychometrische instrumentarium, goed bruikbaar is, doch overigens niet als volledig kan worden betiteld.

Gerelateerd aan het verzekeringsgeneeskundig oordeel blijkt bijna 75% van het totaal aantal verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen te zijn overgenomen en dus correct te zijn geclassificeerd.
Gerelateerd aan het verzekeringsgeneeskundig oordeel blijken alle psychologische arbeidsongeschiktheidsclassificaties in dezen correct te zijn voorspeld (100%), terwijl dit voor de psychologische arbeidsgeschiktheidsclassificaties in bijna 65% het geval blijkt te zijn.
Hoewel er geen eenduidige verklaring is te geven voor de geringere mate van sensitiviteit en specificiteit van het psychologisch onderzoeksprotocol met betrekking tot de categorie arbeidsgeschikten, kan worden verondersteld dat dit o.a. een gevolg is van het feit dat de uiteindelijke arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling door de opdrachtgevers mede berust op andere dan somatische en psychologische factoren.

Met betrekking tot het voorspellend vermogen van de psychometrische onderzoeksbevindingen ten aanzien van de categorie mensen die wel en niet in beroep gaan, kan worden geconcludeerd dat mensen die in beroep gaan psychisch 'gezonder' zijn dan zij die dat niet doen.
Met betrekking tot de kans op het winnen of verliezen van een beroepszaak geldt landelijk, dat er in geval van psychische stoornissen een kans van meer dan 50% is dat betrokkene een dergelijk beroep wint.
De resultaten van deze studie wijzen in de richting dat, wanneer een psychologisch onderzoek plaatsvindt door middel van psychometrische instrumenten, de onderzoeksbevindingen met betrokkene besproken worden en het advies beargumenteerd wordt, de kans bestaat dat er niet alleen sprake is van een aanzienlijk minder aantal mensen dat, vergeleken met landelijke cijfers, in beroep gaat (5% versus 14%), maar dat dit tevens de kans op

een gegrondverklaring van een voor beroep vatbare beslissing reduceert (17% in het onderzoek versus 60% landelijk).
Dit geldt echter niet ingeval er sprake is van retrospectief onderzoek met vraagstellingen of bepaalde uitsluitingsartikelen van de ZW, AAW, WAO of ABP-wet aan de orde zijn. Dit leidt in de meeste gevallen waarin door meerdere deskundigen een beoordeling wordt gegeven tot tegenstrijdige uitspraken.
Een verklaring daarvoor kan niet aan de onderzoeksbevindingen van deze studie worden ontleend, al mag wel worden verondersteld dat gezien de aard van de psychische problematiek en de beschikbare onderzoeksmethoden retrograde uitspraken altijd wel een zekere onbetrouwbaarheid blijven houden en daarmee de kans op variabiliteit in de uiteindelijke beoordelingen mogelijk maken.

De in deze studie onderzochte meetbare psychologische persoonskenmerken betreffende de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden zijn geoperationaliseerd in vijf samengestelde componenten: verbale intelligentie, performale intelligentie, psycho-emotionele labiliteit, psychopathologie en somatiseren. Vier van de vijf componenten hebben een predictieve waarde ten aanzien van de arbeids(on)geschiktheidsclassificatie van de psycholoog-adviseur. Met name de verbale intelligentie blijkt geen voorspellend vermogen te hebben met betrekking tot de classificatie van arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten.
De psychologische classificatie is derhalve, in volgorde van gewicht, gebaseerd op de samengestelde psychologische componenten:
- psycho-emotionele labiliteit;
- somatiseren;
- psychopathologie;
- performale intelligentie.

Deze componenten hebben een voorspellende en daarmee 'objectiverende' waarde met betrekking tot de psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Gegeven het gehanteerde onderzoeksprotocol en de vier voornoemde voorspellende samengestelde psychologische componenten kunnen ter verhoging van de objectiviteit en effectiviteit van de psychologische arbeids(on)ge-

schiktheidsdiagnostiek de volgende (voorlopige) beslissingsregels worden geformuleerd:

1e. De classificatie 'arbeidsongeschikt' is aan de orde wanneer de psychometrische gegevens, refererend aan de gemiddelde normscore, een afwijkende score te zien geven op de schalen betreffende de componenten:
- psycho-emotionele labiliteit;
- somatiseren;
- psychopathologie;
- performele intelligentie.

De geconstateerde componentenladingen van de desbetreffende psychometrische schalen (zie tabel 21a, c, d en e) kunnen in dit verband fungeren als beoordelingscriteria. Een positieve componentenlading impliceert een positieve correlatie; een negatieve componentenlading betekent een negatieve correlatie.

Bij een positieve correlatie behoort een verhoogde score en bij een negatieve correlatie een verlaagde score, vergeleken met de gemiddelde normscore. In geval van een individuele casus kunnen deze scores worden vergeleken met de correlaties (criteria), zoals deze staan weergegeven in tabel 27.

Er is sprake van een verhoogde kans op een adequate arbeids(on)geschiktheidsclassificatie, wanneer bij de oordeelsvorming wordt uitgegaan van de mate van overeenstemming tussen de individuele psychometrische onderzoeksgegevens en deze beoordelingscriteria.

2e. Alvorens tot een definitieve oordeelsvorming inzake de arbeids(on)geschiktheid te komen, dienen twee onafhankelijke voorspellingen te worden gedaan op basis van respectievelijk de kwalitatieve (anamnestische) en kwantitatieve (psychometrische) gegevens.

De psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie is wat dat betreft een semi-klinische beoordeling, gebaseerd op klinische en statistische data.

Het in dat kader eerst opstellen van twee onafhankelijke voorspellingen, alvorens tot een definitieve oordeelsvorming (beslissing) wordt overgegaan, vermindert de kans dat een inadequate beslissing

Tabel 27: Overzicht van de relevante samengestelde componenten en afzonderlijke predictoren als criteria voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie

Componenten	Psychologische persoonskenmerken	Criteria psychologische arbeids-(on)geschiktheidsclassificatie	
		arbeidsgeschikt (AG+)	arbeidsongeschikt (AG-)
1. psycho-emotionele labiliteit	sociale introversie	-	+
	psychasthenie	-	+
	sociale extraversie	+	-
	disposite-angst	-	+
	toestandsangst	-	+
	pathologische depressie	-	+
	psychoneurotische klachten	-	+
	depressieve gevoelens	-	+
	schizofrenie	-	+
	correctieschaal	+	-
2. somatiseren	hypochondrie	-	+
	hysterie	-	+
	functionele lichamelijke klachten	-	+
	ervaren gezondheidstoestand	-	+
	pijnbeleving	-	+
3. psychopathologie	manie	-	+
	F-schaal	-	+
	schizofrenie	-	+
	psychopathische deviatie	-	+
	paranoïa	-	+
4. performale intelligentie	substitutie	+	-
	figuurleggen	+	-
	blokpatronen	+	-
	snelheid en nauwkeurigheid	+	-
	plaatjes rangschikken	+	-

+ = verhoogde score vergeleken met de gemiddelde normscore
- = verlaagde score vergeleken met de gemiddelde normscore

wordt genomen. Daarmee kan met name zoveel als mogelijk worden voorkomen dat aan niet-relevante gegevens onevenredig veel gewicht wordt toegekend in de oordeelsvorming. Het scheiden van enerzijds de twee vormen van respectievelijk kwantiteits- en kwaliteitsvoorspellingen en anderzijds de uiteindelijke beslissing biedt de mogelijkheid om de verschillende relevante argumenten te inventariseren en te vergelijken. Daarbij kan een eventuele discongruentie tussen de twee voorspellingen expliciet worden gemaakt. Op grond van kennis, inzicht en ervaring kunnen dan de argumenten nader worden gewogen in relatie tot de criteria van de referentieberoepen en kan de uiteindelijke oordeelsvorming plaatsvinden. Openheid omtrent de argumenten en gewichtsverlening daaraan bij de oordeelsvorming maakt verificatie en discussie mogelijk. Een dergelijke openheid vormt tegelijkertijd de

voorwaarde voor de verantwoording van de uiteindelijke beslissing. Statistische analyses van beslissingen kunnen leiden tot het ontwikkelen van prescriptieve modellen en diagnostische beslissingssystemen. Deze modellen en beslissingssystemen kunnen op zich de basis vormen voor de beoordeling van de instrumentele utiliteit van bepaalde onderzoeksinstrumenten in het kader van de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsdiagnostiek.

7.2 EEN PSYCHOMETRISCH ONDERZOEKSINSTRUMENTARIUM VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEIDSDIAGNOSTIEK

De instrumentele utiliteit van een toegepast psychometrisch onderzoeksinstrumentarium en de relevantie van de variabelen die daarmee worden gemeten, heeft betrekking op de mate waarin ze voldoen aan de doelstelling van de toepassing en de doeltreffendheid ervan (De Groot, 1972).
Binnen de context en de opzet van deze studie gaat het om het vaststellen of de desbetreffende psychologische variabelen een zinvolle bijdrage leveren aan de 'voorspelling' van de arbeids(on)geschiktheid van mensen met vermeende psychische stoornissen. De samenstelling van het psychometrisch onderzoeksinstrumentarium, zoals in deze studie is geëvalueerd, bestaat uit gestandaardiseerde psychologische tests, inclusief vragenlijsten, waarvan de validiteit en betrouwbaarheid in het algemeen bekend zijn (Visser e.a., 1982).
Het feit dat 85% van de gehanteerde variabelen een zinvolle bijdrage levert aan de psychologische beoordeling arbeidsgeschikt/arbeidsongeschikt en deze beoordeling in 75% van het totaal aantal gevallen goed is geclassificeerd, impliceert dat de samenstelling van het onderzoek voldoet aan de eisen van nauwkeurigheid en effectiviteit.
Hieruit mag worden geconcludeerd dat de samengestelde 'onderzoeksbatterij' en daarmee de kwantificeerbare componenten een belangrijke basis vormen voor het nemen van praktische beslissingen in het kader van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

Met betrekking tot de 'instrumentele utiliteit' van de geëvalueerde onder-

zoeksinstrumenten kan worden gesteld dat de samenstelling adequaat is voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie wat betreft:

- de Wechsler Adult Intelligence Scale: performale gedeelte (J. Stinissen e.a., 1970);
- de Differentiële Aanleg Test: snelheid en nauwkeurigheid (S.D. Fokkema, A. Dirkzwager, 1968);
- de Nederlandstalige Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, C-vorm), (J. Nuttin en J.B. Beuten, 1969);
- de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (G.J.S. Wilde, 1970);
- de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (H.M. van der Ploeg, P.B. Defares, C.D. Spielberger, 1980);
- de depressieschaal van Zung (1973);
- de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (J.M. Dirken, 1974);
- de Pijnschaal (Fordyce, 1976).

Behalve dat dit samengestelde psychometrische instrumentarium een adequaat hulpmiddel blijkt te zijn bij de psychologische classificatie van arbeidsgeschiktheid versus arbeidsongeschiktheid, draagt de toepassing ervan bij tot inzicht in:

- de kans dat een psychologisch arbeids(on)geschiktheidsadvies daadwerkelijk door de opdrachtgever zal worden overgenomen;
- de kans dat betrokkene tegen een op het psychologisch advies gebaseerde 'voor beroep vatbare beslissing' in beroep zal gaan.

Bovendien wijzen de onderzoeksbevindingen in de richting dat hantering van dit instrumentarium, gegeven het beschreven psychologische onderzoeksprotocol, de kans op beroepszaken en het gegrond verklaren ervan kan reduceren.

Met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheidsclassificaties mag gezien de onderzoeksresultaten van deze studie verder worden geconcludeerd, dat het gebruik maken van voornoemde psychometrische onderzoeksinstrumenten een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verhoging van onderlinge vergelijkbaarheid en verifieerbaarheid van onderzoeksgegevens en adviezen inzake arbeids(on)geschiktheid.

Het is aan te bevelen om in aansluiting op de bevindingen van deze studie

door middel van voortgezet onderzoek de sensitiviteit, specificiteit en efficiency van het gehanteerde psychologische onderzoeksinstrumentarium verder de verbeteren.

7.3 VERVOLGONDERZOEK

Op grond van de bevindingen dat vier relevante psychologische kwantificeerbare dimensies een rol spelen in de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling en, met uitzondering van de performale intelligentie, drie ervan vergelijkbaar lijken te zijn met de schalen negativisme, somatiseren en psychopathologie van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) van Luteijn (1980), is nader onderzoek naar deze vergelijkbaarheid en mogelijk vervangbaarheid vanuit rendementsgezichtspunt zinvol.

Het verdient vervolgens aanbeveling om daarbij op grond van de onderzoeksgegevens van Koele (1987) ook de subschalen van de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV) van Luteijn, (1985) in het onderzoeksdesign op te nemen.
Uit het onderzoek van Koele (1987) is door middel van discriminant-analyse gebleken dat een aantal subschalen van de NPV, met name de inadequatie- en de sociale inadequatieschaal, een discriminerende waarde hebben bij de classificatie van arbeidsongeschikten en arbeidsgeschikten in geval van psychische problematiek.
Het heeft vooralsnog de voorkeur om bij vervolgonderzoek alle subschalen van de NPV te betrekken, omdat met behulp van de combinatie van de NPV en NVM een aantal onafhankelijke psychische dimensies worden gemeten, die volgens Luteijn (1985) in ieder geval voor de klinische context voldoende dekkend zijn.
Door alle subschalen van deze twee persoonlijkheidsvragenlijsten in de onderzoeksopzet te betrekken kan per dimensie de voorspellende waarde met betrekking tot de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie worden bepaald.

Mogelijk kan het voorspellend vermogen van het samengestelde psychometrische onderzoeksinstrumentarium nog worden vergroot door tevens de

subschalen van de Prestatie Motivatie Test (PMT) van Hermans (1975) daaraan toe te voegen.
Uit het onderzoek van Broekhuis (1985) is namelijk gebleken dat de 'prestatie-motivatie' van betrokkene in ieder geval van invloed is op de oordeelsvorming van de medewerkers van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), terwijl faalangststoornissen dikwijls daadwerkelijke terugkeer in het arbeidsproces belemmeren (Hoencamp en Reinhart, 1988).
In hoeverre de dimensies 'prestatie-motivatie' en 'faalangststoornissen' als aparte dimensies een rol spelen in de oordeelsvorming van de externe deskundige adviseurs is tot nu, voor zover bekend, nooit nader onderzocht, maar verdient op grond van voornoemde bevindingen wel nadere analyse.

Afgezien van de objectiverende waarde die het performale deel van de WAIS in de psychologische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling blijkt te hebben, is het zeker zinvol om na te gaan of dit veel tijd vergende gedeelte kan worden vervangen door een korter durende test. Daarbij kan worden gedacht aan de schriftelijke verkorte vorm van de Groninger Intelligentie Test (GIT: Snijders en Verhage, 1983).
De voorkeur voor deze schriftelijke verkorte GIT is verder gebaseerd op grond van de begripsvaliditeit, betrouwbaarheid en geschiktheid voor lager geschoolden, en is bovendien genormeerd voor AAW/WAO-uitkeringsgerechtigden (Kooreman en Luteijn, 1987).

Bij vervolgonderzoek kan worden overwogen ook meer specifiek taakgerichte gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten te hanteren en hun waarde voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificatie te bepalen. Daarbij kan worden gedacht aan specifieke taak- en functiegerichte psychometrische onderzoeksmethoden (Visser e.a., 1982).
Door specifieke taak- en functiegerichte onderzoeksmethoden in het onderzoeksdesign te betrekken, mag meer inzicht en daarmee een meer reële beoordeling van het (resterende) arbeidsvermogen worden verwacht.

Na een dergelijke (stapsgewijze) ontwikkeling van een samengesteld psychometrisch onderzoeksinstrumentarium kan door middel van kruisvalidatie (Nunnally, 1978) tenslotte worden nagegaan in hoeverre de verkregen resultaten met succes gebruikt kunnen worden bij het voorspellen van

arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten. Daarmee kan een indicatie van het algemeen voorspellend c.q. objectiverend vermogen van het samengestelde psychometrische instrumentarium voor de psychologische arbeids(on)-geschiktheidsdiagnostiek worden verkregen.

Het is langzamerhand algemeen geaccepteerd, dat het hanteren van een standaard onderzoeksprotocol en het daarbij gebruik maken van hetzelfde psychometrische onderzoeksinstrumentarium een noodzakelijke voorwaarde is om meer consistentie en betrouwbaarheid in de oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid bij vermeende psychische stoornissen aan te brengen.
Standaardisering van het onderzoeksprotocol, het moeten voldoen aan minimale eisen wat betreft het hanteren van een adequaat en goed voorspellend psychodiagnostisch onderzoeksinstrumentarium en een gestructureerde verslaglegging vormen daarbij belangrijke voorwaarden, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de inventiviteit en wetenschappelijke creativiteit van de onderzoeker-adviseur.
De verantwoordelijkheid van adviseurs inzake arbeids(on)geschiktheid vereist controleerbaarheid en zonodig corrigeerbaarheid van het functioneren van de onderzoeker-adviseur. Inzichtelijkheid in de onderzoeksgegevens en de criteria waarop de besluitvorming plaatsvindt, kan feitelijke willekeur voorkomen.

Omdat de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek, naast een kwantitatief aspect ook een kwalitatief aspect kent, is het tenslotte aan te bevelen om bij vervolgonderzoek de kwaliteit van de subjectieve betekenisverlening aan het werk, de referentieberoepen en de werkuitvoeringseisen te betrekken. Hoe de kwaliteit van de subjectieve betekenisverlening in relatie tot de kwaliteit van het werk, de referentieberoepen en de werkuitvoeringseisen en arbeidsomstandigheden kan worden gemeten, wordt verwezen naar recente onderzoeksresultaten op dit gebied van Zanders (1975), Biderman en Drury (1976), Thierry e.a. (1977), De Sitter (1981), De Galan e.a. (1983) en Grosfeld (1988).

7.4 OPLEIDING EN BIJSCHOLING

Gezien het toenemend belang van psychologisch onderzoek in het kader van de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling is het aan te bevelen om scholingsmogelijkheden in deze zeer gespecialiseerde richting te creëren en verder uit te bouwen op universitair en postdoctoraal niveau. Recentelijk zijn wel universitaire opleidingen op dit specifieke gebied van de 'Psychologie van Arbeid en Gezondheid' gestart (Schabracq, 1988), maar op postacademisch niveau bestaat de deskundigheidsontwikkeling tot nu toe uitsluitend uit autodidactie en praktijktraining in 'in-service' vorm.
Enige vorm van gestructureerde opleiding of bijscholing voor degenen die zich in de praktijk bezighouden met de psychologische oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid ontbreekt nog steeds.
Naast universitaire opleidingen kunnen intervisie-bijeenkomsten, seminars en postdoctorale cursussen in de behoefte aan opleiding en bijscholing voorzien, terwijl, al of niet door middel van het instellen van een universitaire leerstoel, aan een specifieke voortgezette beroepsopleiding 'sociale verzekeringspsychologie' kan worden gedacht.
Daarbinnen kan dan gericht aandacht worden besteed aan de wijze waarop de arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek in geval van psychische stoornissen zo adequaat mogelijk kan plaatsvinden en tevens worden onderzocht hoe de arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek in het kader van de humanisering van de arbeid een bijdrage kan leveren aan de preventie van ongeschikte arbeid.

7.5 SLOTBESCHOUWING

Ter afsluiting van deze studie over psychologisch onderzoek inzake arbeids-(on)geschiktheid is het niet alleen wenselijk, maar zelfs noodzakelijk erop te wijzen dat arbeidsongeschiktheid niet alleen een individueel probleem, maar ook een maatschappelijk, bedrijfsstructureel en sociaal-economisch probleem is.
Bij arbeidsongeschiktheid staat de verstoorde relatie tussen het individu en zijn of haar arbeid en arbeidsomstandigheden en in bredere zin het 'arbeidsbestel' (Kwant, 1964) centraal.

Deze studie heeft zich beperkt tot de individuele psychologische arbeids-(on)geschiktheidsbeoordeling. Daarbij is in het bijzonder ingegaan op de psychometrische aspecten van de psychologische arbeids(on)geschiktheids-diagnostiek. De individuele kwalitatieve anamnestische gegevens van de onderzoekspopulatie en de mogelijke oorzaken van arbeidsongeschiktheid op meso- en macroniveau zijn buiten de onderzoeksopzet gehouden.

Uit de literatuur, weergegeven in hoofdstuk 3, blijkt dat niet alleen individuele, persoonsgebonden factoren en omstandigheden, maar ook maatschappelijke, bedrijfsstructurele en sociaal-economische veranderingen en ontwikkelingen kunnen leiden tot psychische en psychosomatische klachten en arbeidsongeschiktheid. Met name de wijze waarop de arbeid tot nu toe is verdeeld en georganiseerd, de toenemend verslechterde kwaliteit van de arbeid met het structureel tekort aan geschikte arbeidsplaatsen en tegelijkertijd de feitelijke en ideologische betekenis en waarde die nog steeds wordt gehecht aan het verrichten van betaalde arbeid, verhogen het risico van psychische en psychosomatische klachten (Den Heeten e.a., 1988). Door individualisering en medicalisering van onze samenleving en verruiming van het ziektebegrip in psychische en psychosomatische richting bestaat de kans dat het etiket 'medisch arbeidsongeschikt' wordt gehanteerd, met verhulling van het ziekmakende effect van het hedendaagse arbeidsbestel en de daarmee samenhangende maatschappelijke problematiek en tegenstellingen.
De reductie van maatschappelijke, bedrijfsstructurele en sociaal-economische problemen tot een individueel probleem wordt versterkt door de *algemene individualiseringstendens, die inherent is aan de naoorlogse* ontwikkeling van onze samenleving, inclusief de actuele arbeidsongeschiktheidswetgeving.
Individualisering is een maatschappelijk mechanisme dat onder meer de aandacht afleidt van de ongeschiktheid van arbeid en arbeidsomstandigheden en derhalve de structurele oorzaken van arbeidsongeschiktheid versluiert.
Tegen deze achtergrond kan de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek zich dan ook niet alleen beperken tot de individuele beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid, maar dient zij mede een signalerende bijdrage te leveren aan de preventie van ongeschikte arbeid (Grosfeld, 1988).
Op het individuele beoordelingsniveau kan aan de preventie van ongeschikte

arbeid door psychologen worden meegewerkt door systematisch te registreren en in de onderzoeksrapportage expliciet aan te geven welke in de arbeidssituaties gelegen factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van psychische en psychosomatische stoornissen. Derhalve hoort bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid op individueel niveau ook een kwaliteitsbeoordeling van de werkzaamheden en omstandigheden waaraan moet worden gerefereerd.

Ervan uitgaande dat de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek per definitie een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie betreft van enerzijds de individuele psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden en anderzijds de werkzaamheden en werkomstandigheden waaraan moet worden gerefereerd, dient een psychologische arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de volgende aspecten te bevatten:

1e. de constatering dat er sprake is van ziekte of gebrek in termen van stoornissen en daarmee samenhangende beperkingen in psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.

2e. de beeldvorming van de intrinsieke en extrinsieke kwaliteiten van het werk en de werkomstandigheden van betrokkene, dan wel van de werkzaamheden en omstandigheden waaraan vanuit de wet dient te worden gerefereerd.

3e. een beeldvorming omtrent de relatie tussen de stoornissen (ziekte en gebrek) enerzijds en de aard en de kwaliteit van de te verrichten werkzaamheden en omstandigheden anderzijds.

4e. een beeldvorming van de psychische belastbaarheid, potentiële scholings- en beroepsvaardigheden en affiniteiten, waardoor niet alleen een classificatie arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt voor loonverdienend werk mogelijk is, maar ook de 'andersgeschiktheid' ofwel de toegankelijkheid voor ander nuttig wel of niet betaald werk naar voren komt.

5e. voor welke vormen van behandeling en/of begeleiding betrokkene in aanmerking komt.

6e. welke veranderingen wenselijk dan wel noodzakelijk zijn in de inhoud van de desbetreffende werkzaamheden en omstandigheden, teneinde arbeidsongeschiktheid en ongeschikte arbeid te voorkomen.

Het op voornoemde wijze terugkoppelen naar de verzekerings- en bedrijfsgeneeskundige sector van de psychologische onderzoeksbevindingen en daaraan ontleende psycho-sociale implicaties met betrekking tot de kwaliteit van de arbeid en de arbeidsomstandigheden kan schadelijke bijwerkingen van bepaalde vormen van arbeid en/of organisatie reduceren en mogelijk doen verdwijnen. Dit vanuit de filosofie dat ieder individu in staat zou moeten en kunnen worden gesteld om overeenkomstig eigen aard, behoeften en ontwikkeling bij te dragen aan het arbeidsproces, waardoor zowel vervreemding van het individu van het arbeidsbestel als daarmee samenhangende arbeidsbelemmerende psychische en psychosomatische stoornissen zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen.

SAMENVATTING

In dit proefschrift wordt een onderzoek beschreven, dat zich richt op de bepaling van de 'instrumentele utiliteit' van een aantal bestaande psychometrische onderzoeksinstrumenten voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek. Het betreft een analyse van in de praktijk verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen, waarbij wordt nagegaan:

- in welke mate psychometrische onderzoeksgegevens bijdragen tot de classificatie van arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten;
- met behulp van welke psychometrische onderzoeksinstrumenten de psychologische oordeelsvorming met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheid geobjectiveerd en eventueel verbeterd kan worden.

Daartoe heeft een inventarisatie plaatsgevonden van psychometrische onderzoeksgegevens, welke zijn verkregen van verplicht verzekerden, die in de periode 1981-1984 psychologisch zijn onderzocht op hun psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. De desbetreffende onderzoeken zijn uitgevoerd door Psychologisch Adviesbureau Lancée te Alkmaar in opdracht van de advies- en uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetgeving, respectievelijk de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD), het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK) en het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP).

Daarnaast heeft er met medewerking van deze instanties een inventarisatie plaatsgevonden van de beslissingen, die zij als wetsuitvoerders op basis van de verstrekte psychologische adviezen omtrent de arbeids(on)geschiktheid van de onderzoekspopulatie (N = 804) hebben genomen.

Vanuit het gegeven dat 'arbeidsongeschiktheid', zijnde een sociaal-wettelijk begrip, grotendeels berust op 'experts-consensus' is er niet alleen nagegaan in hoeverre de verstrekte psychologische arbeids(on)geschiktheidsadviezen ook daadwerkelijk door de opdrachtgevers zijn overgenomen, maar is tevens geanalyseerd in hoeverre de daarop gebaseerde beslissingen tot beroepszaken en (on)gegrondverklaring daarvan hebben geleid.

Door de psychometrische onderzoeksgegevens te relateren aan de verstrekte psychologische adviezen en de beslissingen van respectievelijk de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties is het mogelijk om door middel van statistische analyses de voorspellende waarde van bepaalde psycho-

metrische onderzoeksgegevens voor de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling te bepalen. Op grond daarvan kunnen een aantal (voorlopige) beslissingsregels voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek worden geformuleerd en een aantal psychometrische onderzoeksinstrumenten worden aangegeven die in dat verband doeltreffend zijn en kunnen worden gehanteerd.

In het inleidende hoofdstuk 1 wordt na de formulering van het doel en de opbouw van deze studie een korte beschrijving gegeven van het forensisch psychologische referentiekader waarbinnen psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid plaatsvindt. Vervolgens komt de globale probleemstelling van het onderzoek aan de orde, welke betrekking heeft op de vraag: In hoeverre kunnen mensen die in principe op lichamelijke gronden wel arbeidsgeschikt, maar mogelijk wegens psychische stoornissen niet arbeidsgeschikt zijn, met behulp van psychometrische onderzoeksinstrumenten worden onderscheiden in arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt?
Aan deze probleemstelling worden drie evaluatieve aspecten ontleend, te weten:

1e. vaststelling van de predictieve waarde van de geïnventariseerde psychometrische onderzoeksgegevens, afzonderlijk en in combinatie, met betrekking tot de psychologische classificatie arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt (psychologische adviezen).
2e. vaststelling van de 'instrumentele utiliteit' (doeltreffendheid) in bredere zin van de gehanteerde psychometrische instrumenten met betrekking tot de psychologische oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid in relatie tot de besluitvorming van de opdrachtgevers, betrokkenen en beroepsinstanties.
3e. vaststelling van (voorlopige) beslissingsregels voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek.

Deze evaluatieve aspecten komen in latere hoofdstukken uitgebreider aan de orde.

In hoofdstuk 2 wordt vanuit een historisch perspectief het ontstaan van de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek beschreven. Mede vanuit het gegeven dat de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek zijn

bestaan ontleent aan de (ontwikkelingen van) arbeidsongeschiktheidswetten, worden deze in een kort bestek besproken.
Vervolgens wordt nader ingegaan op de algemene praktijkgang bij de advies- en uitvoeringorganen en wordt in grote lijnen het proces beschreven waarlangs deze instanties tot hun oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid komen. In dat verband wordt verder aangegeven welke beroepsmogelijkheden betrokkenen hebben, indien zij het met een beslissing van het desbetreffende uitvoeringsorgaan omtrent de arbeids(on)geschiktheidsclassificatie niet eens zijn.
Het hoofdstuk eindigt met een algemeen overzicht van de procesgang bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op arbeidsongeschiktheid en psychische stoornissen. Na een korte beschouwing over de ontwikkelingen van de begrippen 'ziekte' en 'gebrek' wordt een overzicht gegeven van de sterke toename van het aantal mensen, dat wegens psychische stoornissen de laatste jaren arbeidsongeschikt wordt beschouwd. Aan de hand van een literatuurstudie wordt aangegeven in hoeverre enerzijds maatschappelijke en bedrijfsstructurele ontwikkelingen en anderzijds 'iatrogene effecten' tot psychische stoornissen en arbeidsongeschiktheid kunnen leiden.
Daarbij wordt tevens aangegeven welke psychologische persoonskenmerken een (mediërende) rol kunnen spelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In hoofdstuk 4 komen de theoretische achtergronden van de arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek aan de orde. Uitgaande van het begrip belasting - *belastbaarheid* is de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek gericht op het bepalen van de functionele relatie tussen enerzijds de werkuitvoeringseisen van de referentieberoepen en anderzijds de individuele psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden. Een verstoorde balans tussen de belasting en belastbaarheid kan leiden tot psychische, fysiologische en gedragsmatige stoornissen. Afhankelijk van hun aard, duur en ernst, kunnen dergelijke stoornissen een reversibel of irreversibel karakter hebben en kunnen daarmee leiden tot respectievelijk tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid.
Vervolgens worden de indicatiestellingen voor psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid geformuleerd. Daarbij wordt afhankelijk van

de vraagstelling onderscheid gemaakt tussen psychodiagnostisch, psychotechnisch en beroepskeuze-onderzoek.
Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van een protocol voor psychologisch onderzoek, dat is gehanteerd bij de beoordeling van de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden van de onderzoekspopulatie. In dat verband worden de psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden operationeel gedefinieerd als een samengestelde factor, bestaande uit:
- cognitief-intellectuele functies;
- kennis en vaardigheden;
- karakterstructuur;
- emotionaliteit en lichamelijke gevoelens;
- persoonlijke waarden, normen, doelen, instelling en motivatie;
- affiniteiten;
- gedrag en aanpassingsvermogen.

Hoofdstuk 5 geeft de opzet en uitvoering van het onderzoek van deze studie weer. Als zijnde een 'paramorfe oordeelsstudie', wordt de probleemstelling ervan gespecificeerd als: het statistisch analyseren van de wijze waarop de psychologische oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid op grond van psychometrische gegevens tot stand komt en toekomstige voorspellingen mogelijk zijn. Het onderzoek is dan ook zodanig opgezet, dat er kan worden gezocht naar de relatie tussen de desbetreffende psychometrische onderzoeksbevindingen (psychologische persoonskenmerken) als verklarende en potentieel voorspellende variabelen en de mede daarop gebaseerde psychologische arbeids(on)geschiktheidsclassificaties als criterium-variabele.
De verklarende variabelen bestaan uit 34 psychologische persoonskenmerken, zoals deze met een aantal psychometrische tests, persoonlijkheids- en screeningsvragenlijsten worden gemeten. De criterium-variabele daarbij is de psychologische classificatie arbeidsgeschikt (AG+) versus arbeidsongeschikt (AG-), met als afgeleide criterium-variabelen de beslissingen van respectievelijk de opdrachtgevers, betrokkenen en de beroepsinstanties.
De onderzoekspopulatie wordt nader beschreven aan de hand van de verdeling naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.
Tenslotte wordt in dit hoofdstuk de methode van dataverzameling aangegeven.

Hoofdstuk 6 geeft de resultaten en de discussie weer. Daaruit blijkt dat

van de totale onderzoekspopulatie (N = 804) 53% op psychologische gronden arbeidsgeschikt wordt beschouwd en 47% arbeidsongeschikt. In het algemeen is er sprake van een goede overeenkomst tussen de psychologische arbeids-(on)geschiktheidsclassificaties en de beslissingen van de opdrachtgevers.
De mate van overeenkomst tussen de psychologische en verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming is voldoende om te spreken van een acceptabele instrumentele waarde van de gehanteerde psychometrische onderzoeksinstrumenten. Dit wordt geadstrueerd door de bevinding dat vergeleken met de jaarlijkse landelijke gegevens daaromtrent opvallend minder mensen in beroep zijn gegaan en in geval er toch sprake is geweest van beroepszaken, de meeste ervan ongegrond zijn verklaard.
Met betrekking tot de 'objectiverende' waarde van de psychometrische onderzoeksgegevens betreffende de psychologische persoonskenmerken blijkt 85% een bijdrage te leveren aan de psychologische classificatie van arbeidsgeschikten versus arbeidsongeschikten. Door middel van een regressie-analyse is vastgesteld dat de psychologische oordeelsvorming inzake arbeids(on)geschiktheid is gebaseerd op vier samengestelde componenten. In volgorde van de statistisch geconstateerde gewichtsverlening betreft het de componenten: psycho-emotionele labiliteit, somatiseren, psychopathologie en performale intelligentie.
Van deze vier componenten hebben, gegeven de psychologische adviezen, alleen psycho-emotionele labiliteit en somatiseren een voorspellende waarde met betrekking tot het beslissingsbeleid van de opdrachtgevers.
Van deze vier componenten heeft geen enkele een voorspellende waarde met betrekking tot het kunnen onderscheiden van mensen die wel en niet in beroep gaan. Op univariaat niveau is naar voren gekomen dat mensen die in beroep gaan psychisch 'gezonder' zijn dan degenen die niet in beroep gaan.
Een statistische analyse van de relatie tussen psychologische persoonskenmerken en de beslissingen van de beroepsinstanties heeft wegens een te kleine onderzoekspopulatie die in beroep is gegaan niet kunnen plaatsvinden. Wel heeft er van deze specifieke onderzoekspopulatie een kwalitatieve beschrijvende exploratie plaatsgevonden.

In hoofdstuk 7 wordt besproken welke conclusies en aanbevelingen er aan de onderzoeksbevindingen kunnen worden verbonden en worden een aantal (voor-

lopige) beslissingsregels geformuleerd voor de psychologische arbeids(on)-geschiktheidsdiagnostiek.

Vervolgens worden een aantal aanbevelingen gedaan voor een samengesteld psychometrisch onderzoeksinstrumentarium, hetgeen in dit verband kan worden gehanteerd. Daarop aansluitend worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek ter ontwikkeling van een standaard psychometrisch onderzoek, dat vanuit zowel wetenschappelijk als rendementsgezichtspunt nader op zijn (predictieve) waarde voor de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek kan worden beoordeeld.

Tot slot wordt gewezen op het belang van het landelijk hanteren van een standaard onderzoeksprotocol bij de psychologische arbeids(on)geschiktheidsdiagnostiek en het daarbij op systematische wijze inventariseren van factoren in het werk en de werksituatie, welke een psychisch ziekmakend effect hebben.

SUMMARY

In this thesis a study is described, which is aimed at determining the 'instrumental value' of a number of psychometric testing instruments for the psychological diagnostics of (in)capacity for work. It is an analysis of psychological recommendations on (in)capacity for work which have been given, whereby the following is investigated:

- to what extent psychometric testing instruments can contribute to a classification of persons capacitated for work versus persons incapacitated for work;
- what psychometric testing instruments can help to objectify and possibly improve the psychological assessment of someone's (in)capacity for work.

In order to achieve this, an inventory has been made of psychometric testing results which were obtained from persons who had been compulsorily insured, and who had undergone psychological tests of their mental capacity and occupational competence.

These tests were carried out bij 'Psychologisch Adviesbureau Lancée' in Alkmaar on the authority of the advisory and executive bodies of the incapacity for work legislation, the 'Gemeenschappelijke Medische Dienst' (GMD), the 'Gemeenschappelijk Administratiekantoor' (GAK) and the 'Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds' (ABP) respectively.

In addition, these institutions have contributed to the making of an inventory of decisions, which they have taken in their capacity as executors of the law and which decisions were made on the basis of the psychological recommendations on the (in)capacity for work of the group (N = 804) subjected to this study.

From the fact that 'incapacity for work', as a social-legal term, is mainly based on 'experts-consensus', it has not only been investigated to what extent the psychological (in)capacity for work recommendations have actually been followed up by the competent authorities, but it has also been analyzed how many of the decisions based on the recommendations have been appealed and how many of these appeals have been upheld.

By relating the psychometric test results to the psychological recommendations and decisions of the authorities, the persons concerned and the appeal boards respectively, it is possible to determine the predictive value of certain psychometric test results for the assessment of

(in)capacity for work by means of statistical analysis. On this basis a number of (provisional) guidelines for the psychological diagnostics of (in)capacity for work can be formulated and a number of psychometric test instruments can be indicated which are effective and can be applied in this area.

In the introductory chapter 1, after the formulation of the objective and the structure of this study, a short description is given of the forensic psychological frame of reference within which psychological testing of (in)capacity for work is carried out. Subsequently a global definition is given of the problem studied, which looks at the question: To what extent can people who, in principle, are physically capable to work, but who are possibly incapacitated for work due to psychological disorders, be distinguished in capacitated and incapacitated for work with the aid of psychometric testing instruments?
Three evaluative aspects are taken form this definition of the problem. These are:

1. determining the predictive value of the psychometric test results which haven been collected, separately and combined, with regard to the psychological classification capacitated versus incapacitated (psychological recommendations);
2. determining the 'instrumental utility' in a broader sense of the psychometric instruments used with regard to the psychological assessment of (in)capacity for work in relation to the decision making of the authorities, persons concerned and appeal boards;
3. defining (provisional) guidelines for the psychological diagnostics of (in)capacity for work.

The evaluative aspects are looked into in more detail in subsequent chapters.

In chapter 2 the development of the psychological diagnostics of (in)capacity for work is described form a historic perspective. Partly because of the fact that the psychological diagnostics of (in)capacity for work exist due to the (developments of) the legislation on incapacity for work, this legislation is discussed in brief.
Subsequently the general practice with the advisory and executive

authorities is looked into in more detail, and a general description is given of the procedure by which these authorities reach their decision on someone's (in)capacity for work. In connection with this, it is also indicated what possibilities the persons concerned have to appeal if they do not agree with a decision by the executive authorities on the classification of their (in)capacity for work.
The chapter ends with a general outline of the procedure of the assessment of someone's incapacity for work.

In chapter 3 incapacity for work and psychological disorders are looked at in more detail. After a short consideration of the development of the terms 'sickness' and 'disorder', an outline is given of the great increase that has occurred in recent years in the number of people considered incapacitated for work due to psychological disorders. With the aid of a survey of existing literature on the subject, it is indicated on the one hand how developments in society and in business structures, and on the other hand how iatrogenic effects can lead to psychological disorders and incapacity for work.
In addition, it is also indicated what psychological traits may play a (mediating) part in absenteeism and incapacity for work.

In chapter 4 the theoretical background of (in)capacity for work will be explained. Starting from the terms workload - coping, the psychological diagnostics of (in)capacity for work aim at defining the functional relation between on the one hand the requirements for carrying out the work of the reference occupations, and on the other hand the individual mental capacity and occupational competence. A disturbed balance between the workload and the ability to cope can lead to psychological, physiological and behavioral disorders, which, depending on their nature, duration and degree, can have a reversible or irreversible character and consequently can lead to temporary or permanent incapacity for work.
Subsequently indicators for psychological testing of (in)capacity for work are formulated, whereby, depending on the question, a distinction is made between psycho-diagnostic, psycho-technical and vocational preference tests.
The chapter is concluded with a description of a protocol for psycho-

logical testing which is applied in the assessment of the mental capacity and occupational competence of the group studied.
In connection with this, the mental capacity and the occupational competence are operationally defined as a complex factor, consisting of:
- cognitive-intellectual functions;
- knowledge and competence;
- character structure;
- emotional and physical feelings;
- personal values, standards, objectives, attitude and motivation;
- affinities;
- behavior and ability to adapt.

Chapter 5 describes the structure and execution of this study. The definition of the problem is specified as a 'paramorphic assessment study' as: the statistical analysis of the manner in which the psychological assessment of (in)capacity for work takes place on the basis of psychometric test results, and what predictions for the future can be made on the basis of these results.
For this reason the study has been organized in such a way that the relationship can be investigated between the relevant psychometric test results (psychological traits) as explicative and potentially predictive variables and the psychological (in)capacity for work classification, which is partly based on those test results, as a criterion variable. The explicative variables consist of 34 psychological traits, measured in a number of psychometric test, and personality and screening questionnaires. The criterion variable in this case is the psychological classification capacitated for work (AG+) versus incapacitated for work (AG-), with the decisions of the authorities, persons concerned and appeal boards respectively as derivative criterion variable.
The group studied is described in more detail with a classification by sex, age and level of education.
Finally, in this chapter the method of data collection is described.

Chapter 6 gives the results and the discussion. This shows that of the total group studied (N = 804), 53% is considered capacitated for work on psychological grounds and 47% incapacitated for work. On the whole, there

is a great deal of agreement between the psychological (in)capacity for work classification and the decisions taken by the authorities. The degree of agreement between the psychological appraisal and medical assessment for the insurance boards is sufficient to talk about an acceptabel instrumental value of the used psychometric tests. This is supported by the fact, that in comparison with national annual figures there is a significantly lower number of appeals, most of which were disallowed.
With regard to the objectifying value of psychometric test results on psychological traits, 85% contribute to the psychological classification of capacitated for work versus incapacitated for work. By using regression analysis it has been determined that the psychological assessment of (in)capacity for work is based on four complex components. In the order of their statistically ascertained significance these are the components: psycho-emotional instability, somatization, psychopathology and performative intelligence.
Of these four components, given the psychological classification, only psycho-emotional instability and somatization have a predictive value with regard to the decision making policy of the competent authorities. Non of these four components has a predictive value with regard to distinguishing between those who do and those who do not appeal.
At univariate level it appeared that those who did appeal were psychologically 'healthier' than those who did not appeal.
A statistical analysis of the relation between psychological traits and the decisions of the appeal boards could not take place because the number of persons that appealed was too small, although a qualitative descriptive exploration of this specific group had been carried out.

In chapter 7 it is discussed what conclusions and recommendations can be drawn from this study and a number of (provisional) guidelines for decision making are formulated for the psychological diagnostics of (in)capacity for work.
Subsequently a number of recommendations are made for the composition of psychometric testing instruments which can be applied in this area. Following that, recommendations are made for further study for the development of a standard psychometric instrument which could be assessed both from a scientific point of view and from a point of view of its

practical functionality on its (predictive) value for the psychological diagnostics of (in)capacity for work.

Finally, the importance of using a standard testing protocol nationally for the psychological diagnostics of (in)capacity for work and investing systematically the factors in work and workcircumstances, which have a psychic disabling effect, is stressed.

LITERATUUR

AAKSTER, C.W., Maatschappelijke achtergronden van ziek-zijn en ziek-moeten-zijn.
Medisch Contact 28, 1973, 690.

ALGEMEEN BURGERLIJK PENSIOENFONDS, Pensioen en Pensioenfonds
Bureau Opleiding en Loopbaanbegeleiding A.B.P., Heerlen, 1981.

ALGEMEEN BURGERLIJK PENSIOENFONDS, Jaarverslagen 1981 t.e.m. 1986.
Heerlen.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition-revised: DSM-III-R).
Washington D.C., 1987.

ANDRIESSEN J.N.T.H. Interne of externe beheersing.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 27, 1972, 172-198.

ARGYLE, M., A. FURNHAM & J.A. GRAHAM, Social situations.
Cambridge University Press, Cambridge, 1981.

BANDURA, A., Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change.
Psychological Review, 84, 2, 1977, 191-215.

BANEKE, R., De psycholoog in de gezondheidszorg.
De Psycholoog XXII, 1987, 208-209.

BASTELAER, A. van & W. van BEERS, Organisatiestress en de personeelsfunctionaris.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1982.

BASTIAANS, J., Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1974, 1173-1208.

BAX, E.H., Maatschappelijke veranderingen en arbeidsongeschiktheid: de macro-determinanten van WAO-toetreding nader verkend.
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 's-Gravenhage, 1984.

BEEHR, T.A. & J.E. NEWMAN, Job stress, employee health and organizational effectiveness: a facet analysis, model and literature review.
Personnel Psychology 31, 1978, 665-699.

BEEK, J.L.M. van, De demystificatie van de WAO.
Medisch Contact 32, 1977, 339-341.

BERGSMA, J., Somatopsychologie.
De Tijdstroom, Lochem, 1977.

BERNARDIN, H.J., The relationship of personality variables to organizational withdrawal.
Personnel Psychology 30, 1977, 17-27.

BESAMUSCA-EKELSCHOT, A.T.M., Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 6, 1985, 633-635.

BESSELING, J.J.M. & H. BRUINSMA, Mannen en vrouwen in en uit de WAO 1977-1982.
Arts en Sociale Verzekering, jaargang 22, 4, 1984, 938-945.

BESSELING, J.J.M. & H. BRUINSMA, Diagnose, geslacht en arbeidsongeschiktheid 1977-1983.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 24, 1986, 198-204.

BIDERMAN, A.D. & Th.F. DRURY (eds.), Measuring work quality for social reporting.
Wiley, New York/London, 1976.

BIEMAN, P.C.M. den, Beroepsrevalidatie door verzekeringsgeneeskundigen.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 25, 6, 1987, 161.

BIESALSKI, K., Leitfaden der Krüppelfürsorge.
Voss, 1911.

BOELEN, J.L.A. & J.J.C.B. BREMER, Verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.
Medisch Contact, 23, 1987, 728-730.
BOER, E.J., F. VERHAGE & Ch.J. de WOLFF, Stress, uitdaging en bedreiging.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1983.
BONARIUS, H. Het verhaal van de persoonlijkheid. De herkenbaarheid van de individuele persoon in de psychologie: ontwikkelingen in de persoonlijke constructenpsychologie.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 43, 1988, 145-158.
BOON, L., Geschiedenis van de psychologie.
Boom, Meppel, 1984.
BOORDER, Tj. de, Zou Coronel nu tevreden zijn? Inaugurele rede Rijksuniversiteit Limburg.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 61, 14, 1983, 487-491.
BOSCH, F.J.A. van den & C. PETERSEN, De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO.
E.S.B. 65, 3238, 1980, 52-58.
BOWLBY, Y., The making and breaking of affectional bonds.
London, Tavistock, 1979.
BREMER, J.J.C.B., Stress als uitdaging of bedreiging.
In: E.J. Boer, F. Verhage & Ch.J. de Wolff (red.), Stress, uitdaging en bedreiging. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1983, 41-53.
BREMER, J.J.C.B., De ziekenhuispatiënt.
Dekker en Van de Vecht, Nijmegen, 1972, 2e herziene druk.
BROEKHUIS, H., Beoordeling en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid.
Lelystad, 1986.
BRUINSMA, H., Het determinanten-onderzoek WAO.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 58, 1980, 87-90.
BRUINSMA, H., J. BESSELING, G. DIEPENDAAL & A. JACOBI, WAO-toetreders uit 1985, een beschrijving; rapport in het kader van het project 'Epidemiologie van arbeidsongeschikten' - thema 'Sociale Indicatoren'.
GMD-cahier nr. 12, Amsterdam, 1987.
BRUYN, E.E.J. de, Besluitvorming in de klinische psychodiagnostiek.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 43, 1988, 263-279.
BUIS, H.A.M., De positie van de GMD als informatie verschaffende en ondersteunende instantie in de beroepsprocedures ingevolge de Beroepswet.
GMD, Amsterdam, 1986a.
BUIS, H.A.M., De ontwikkeling van het begrip 'ziekte of gebrek' in de literatuur en de jurisprudentie.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 24, 1986b, 134-136.
BUYS, P.C., Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
Universiteit van Amsterdam, 1984.
BIJLSMA, T. & F. KOOPMANS, De uitbreiding van het ziektebegrip en de WAO.
Sociaal Maandblad Arbeid, 1982, 803-819.
CALDENBORGH, P.H.M.J. van, J. van der GRIEND & A. HOUBEN, Beroepsrecht.
Nascholingsprogramma GMD, Amsterdam, 1985.
CAPLAN, G., Principles of preventive psychiatry.
Basic Books, New York, 1964.
CAPLAN, R.D., S. COBB, J.R.P. FRENCH, R. van HARRISON & S.R. PINNEAU, Job demands and worker health: main effects and occupational differences.
Hew Publications, Niosh, 1975, 75-160.
CENSE, W.H., Wetgeving patiëntenrechten en de dokter.
Medisch Contact, 40, 1987.

CENTRAAL BUREAU voor de STATISTIEK, De leefsituatie van de Nederlandse bevolking - kerncijfers.
's-Gravenhage, 1983.
CHADWICK-JONES, J.K., C.A. BROWN, & N. NICHOLSON, Absence from work: its meaning, measurement and control.
International Review of Applied Psychology 22, 1973, 137-154.
CHAMBERS, W.N. & H.F. REISER, Conjestive heart failure.
Psychosomatic Medicine, 15, 1953, 39-60.
CLARK, J., Time out? A study of absenteeism among nurses.
Royal Nat.council nurses of the U.K., London, 1975.
CLEEN, M.A.E.J. de, De waarde van een psychologisch adviesbureau voor het verzekeringsgeneeskundig handelen.
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg te Utrecht, januari 1985.
COOPER, R. & R. PAYNE, Extraversion and some aspects of work behavior.
Personnel Psychology 20, 1967, 45-57.
DAHLSTROM, W.G., G.S. WELSH & L.E. DAHLSTROM, An MMPI handbook, Vol. 2: research applications.
University of Minnesota Press, Minneapolis, 1975, revised edition.
DANIELS, Mc., Onaangepastheid in de werksituatie.
Nijmegen, 1958.
DASSEL, H., Sociale factoren en invaliditeit Pre-advies III.
Arts en Sociale Verzekering, 8, 1970, 93-107.
DECHESNE, B.H.H. & P.L.J. BUYS, Kinderrevalidatie. De ontwikkeling van een idee.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 38, 1983, 173-188.
DEFARES, P.B., Socialisatie, adaptatie en stress.
Van Gorcum, Assen/Amsterdam, 1976.
DEFARES, P.B. & F. VERHAGE, Omgaan met stress.
In: E.J. Boer, F. Verhage & Ch.J. de Wolff (red.), Stress, uitdaging en bedreiging. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1983, 87-104.
DINGEMANS, P., H. van ENGELAND, J.H. DIJKHUIS & J. BLEEKER, De 'diagnostic interview schedule' (DIS).
Tijdschrift voor Psychiatrie 27, 1985, 341-359.
DIRKEN, J.M., Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand.
Wolters-Noordhoff, Groningen, 1967.
DRAAISMA, D. & P.G.W. SMULDERS, Ziekteverzuim en het bedrijf.
NIPG-TNO, Leiden, 1978.
DRENTH, P.J.D., De psychologische test.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1975.
DRENTH, P.J.D., H. THIERRY, P.J. WILLEMS & Ch.J. de WOLFF, Handboek Arbeids- en Organisatiepsychologie I en II.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1984.
DROGENDIJK, A.C. & J.F. RANG, De onderzoeksduldingsplicht.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 44, 1966, 909-914.
DIJK, F.J.H. van, D.A. van HASELEN, D.E. LENSHOEK, P. HELLINGA, S. de BOER & C. KOFFEMAN, WAO-toetreding: Trends en risicogroepen in een groot industrieel bedrijf.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 65, 1987, 654-662.
DIJKHUIZEN, N. van, From stressors to strains.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1980.
DIJKSTRA, A., Determinanten van ziekteverzuim in produktie-organisaties voor gehandicapten.
NIPG-TNO, Leiden, 1977.

EMANUEL, H., Het determinantenonderzoek WAO. Voordracht NVVG-studiemiddag maart 1986.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 24, 1986, 152-158.
EPKER, W.H., Verzekeringsgeneeskundigen en curatieve zorg.
Medisch Contact, 43, 1987, 1367-1370.
EYCK, J.H.M., De angsten van arbeidsongeschikten.
Medisch Contact, 8, 1982, 223-226.
FARR, J.R., Response requirements and primacy-recency effect in a simulated relection interview.
Journal of Applied Psychology, 57, 3, 1973, 228-232.
FESTINGER, L., A theory of cognitive dissonance.
Evanston, Illinois: Row, Peterson, 1957.
FLEISS, J.L., Measuring nominal scale agreement among many raters.
Psychological Bulletin, 76, 1971, 378-382.
FORDYCE, W.E., Behavioral methods for chronic pain and illness.
Mosby Compagny, St. Louis, 1976.
FREUD, S., Inhibitions, symptoms and anxiety.
Hogarth Press, Standard Edition 20, London, 1926.
FRIJLING-SCHREUDER, E.C.M., Medische begeleiding van de psychische ontwikkeling van het kind; goedkope preventie.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 114, 1970, 1080-1085.
GALAN, C. de, M.R. van GILS & P.J. van STRIEN (red.), Humanisering van de arbeid.
Van Gorcum, Assen, 1983.
GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST, Jaarverslagen 1981 t.e.m. 1986.
Amsterdam.
GERSONS, B.P.R., Werkstress: Opvang en behandeling.
Medisch Contact, 43, 1987, 1363-1366.
GIEL, R. Het dilemma van de medische beroepsuitoefening.
Medisch Contact, 31, 1976, 1021-1026.
GIEL, R., Waarom een psychiatrische diagnose?
Samson Stafleu, Alphen aan de Rijn, 1985, 2e druk.
GIER, H.G. de, Arbeidsongeschiktheid onderzocht: de betekenis van onderzoek naar arbeidsongeschiktheid voor het sociale zekerheidsbeleid.
Sociaal Maandblad Arbeid, 36, 1981, 804-813.
GLASS, D.C., Behavior patterns, stress and coronary disease.
Lawrence Erlbaum, New Jersey, 1977.
GOLDMAN, H.H., Review of general psychiatry.
Lange Medical Publications, Los Altas, California, 1984.
GRANDJEAN, E., Fitting the task to the man, an ergonomic approach.
London, 1982.
GREENE, R.L., The MMPI; an interpretive manual.
Grune & Stratton Inc., New York, 1980.
GROENMAN, N.H., Gedragskunde en chronische pijn.
In: B.G. Deelman, P.M.G. Emmelkamp, A.F. Kalverboer & F. Luteijn (red.), Ontwikkelingen in de klinische psychologie. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1986.
GROOT, A.D. de, Methodologie: Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen.
's-Gravenhage, 1972, 7e druk.
GROOT, M.J.W. de, Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse fabrieksarbeiders.
NIPG-TNO, Leiden, 1958, 111-120.

GROOT BLUEMINK-van WIJK, J.M.E.A., H.E.C. HOEFSLAG, C. van der MAREL, E.M.E. v.d. WERF-HUYSMANS & S. van der ZEE, Neuroticisme en arbeidsongeschiktheid.
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht, 1982.
GROOTHOFF, J.W., Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 59, 2, 1981, 81-83.
GROOTHOFF, J.W., Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Een studie naar de indicatoren arbeidsongeschiktheid, sterfte en gezondheid.
Van Denderen B.V., Groningen, 1986.
GROSFELD, J.A.M., De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur.
Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam, 1988.
HAAK, J.C., De reïntegratie van de gehandicapte in het arbeidsleven.
In: A. Nap e.a. (red.), Validiteitsonderzoek. Stafleu, Leiden, 1970.
HARRIS, R. & J. LINGOES, Subscales for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, mimeographed materials.
The Langley-Porter Clinic, 1955.
HAVERKAMP, N.J. Kanttekeningen bij de toepassing van de zorgvuldigheidsnorm in enkele uitspraken van de Centrale Raad van Beroep.
Sociaal Maandblad Arbeid, 1982, 598 e.v.
HAZENWINKEL, A., Wat is stress?
In: Nederlandse Vereniging voor Bedrijfspsychologie 77, Omgaan met stress in de organisatie. Kluwer, Deventer, 1984.
HEETEN, W. den, H. KAAY, P. van VEEN & T. VERSCHUREN, Preventie van ongeschikte arbeid. Visie en aanbevelingen vanuit de preventieve ambulante geestelijke gezondheidszorg.
Hoofddorp, 1988.
HERMANS, P.C., De positie van vrouwen bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 26, 3, 1988, 93-96.
HERREMA, T., Over Revalidatie: Psychologische aantekeningen over de revalidatie van door een ongeval getroffen arbeiders.
Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1959.
HIBBELN, J.G., Onderwerp van de in de WAO vervatte verzekering.
In: A. Nap e.a. (red.) Validiteitsonderzoek. Stafleu, Leiden, 1970, 370-411.
HIBBELN, J.G., Is de verzekeringsgedachte achterhaald?
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 18, 1980, 209-212.
HILVERINK, H.G., Arbeidsongeschikt of arbeid ongeschikt?
In: Arbeidsongeschiktheid: enkele invalshoeken. GMD, Amsterdam, 1977.
HINKLE, L.E. & N. PLUMMER, Life stress and industrial absenteeism.
Industr. Med. Surg., 21, 1952, 363-375.
HOENCAMP, E. & SCHIPPER, J.A., Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1, 1985, 3-18.
HOENCAMP, E. & K. RIJNHART, Psychiatrische criteria in relatie tot arbeidsongeschiktheid.
In: E. Hoencamp e.a., Rapportage en de sociale wetgeving. De niet-strafrechtelijke forensisch psychiatrische en psychologische beoordeling. Gouda Quint B.V., Arnhem, 1988, 45-61.
HOFFMAN, P.J., The paramorfic representation of clinical judgment.
Psychological Bulletin, 57, 1960, 116-131.
HOFSTEE, W.K.B., Psychologische uitspraken over personen.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1981.

HOFSTEE, W.K.B., F.B. BROKKEN & H. LAND, Constructie van een Standaard Persoonlijkheids-Eigenschappen-Lijst (SPEL).
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 36, 1981.
HOFSTEE, W.K.B., What's in a trait: reflections about the inevitability of traits, their measurement and taxonomy.
In: H. Bonarius, G. van Heck & N. Smid (eds.), Personality psychology in Europe, Vol. I: Theoretical and empirical developments. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1984.
HOLTHUIS, R., Bedrijfsgeneeskunde.
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1980a.
HOLTHUIS, R., Verzekeringsgeneeskunde.
Amsterdam, Stichting CCOZ, 1980b.
HOROWITZ, M.J., Stress response syndromes.
Aronson, New York, 1976.
HORST, L. van der, Rapport over het begrip psychische ziekte.
Centrale Raad van Beroep, 1953 (30 juni, ZW 1951/207 en 1952/46).
HOUBEN, A.H.G.M., De psychiatrische rapportering in beroepsprocedures over geschillen betreffende arbeidsongeschiktheid. Voordracht op de najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 17, 1984, 688-690.
HOWELL, R.W. & S. CROWN, Sickness absence levels and personality inventory scores.
Brit.J.Industr.Med. 28, 1971, 126-130.
HUBBEN, J.H., Medisch tuchtrecht en geestelijke gezondheidszorg.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2, 1987, 123-146.
HULLENAAR, R.H.J. van 't & D.B.J. KONINGSVELD, Afgebrand of afgedankt; een onderzoek naar oorzaken van arbeidsongeschiktheid.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1986.
HUNFELD, G., Interne GMD publicatie.
Amsterdam, 1980.
HYMANS van den BERGH, A.A. & J.M. BAART de la FAILLE, Rapport over het begrip ziekte.
Centrale Raad van Beroep, 1936 (24 maart, ZW 1935/79).
ILGEN, D.R. & J.H. HOLLENBACK, The role of jobsatisfaction in absence behavior.
Organizational behavior and human performance 19, 1977, 148-161.
ILLICH, I., Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid?
Wereldvenster, Baarn, 1975.
JACOBS, M.A., A.Z. SPILKEN, M.M. NORMAN & L.S. ANDERSON, Life stress and respiratory illness.
Psychosomatic Medicine, 32, 1970, 233-243.
JANSEN, B., Dagdienst en ploegendienst in vergelijkend perspectief.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1987.
JANSEN, J., W.H.C. KERKHOFF & M.J. VIELVOYE, Persoonlijkheidskenmerken en arbeid.
Tijdschrijft voor Verzekeringsgeneeskunde, 25, 1987, 102-105.
JANET, P., Les obessions en la psychasthénie.
Alcan, Paris, 1903.
JONG, Ph. de, H. BRUINSMA, L. AARTS & J.P. HOP, Determinanten-onderzoek WAO, Fase 1, determinanten van WAO-toetreding: een eerste totaalbeeld.
Zoetermeer/Leiden, 1981.

JONG, A. de, R. GIEL, C.J. SLOOFFEN & D. WIERSMA, Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. Het ontwerp van een model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 61, 1983, 78-85.

JONG, A. de, Over psychiatrische invaliditeit: een theoretische empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag.
Van Denderen B.V., Groningen, 1984.

JONG, E.P., Het administratieve procesrecht volgens de Beroepswet.
Uitgave Vermande, IJmuiden, 1984.

JONGERIUS, J.A.C., Decompensatie: draaglast en draagkracht in relatie tot decompensatie bij neurastheen syndroom.
Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers B.V., Utrecht, 1984.

JONGH-HYLKEMA, J.T.O. de, Maatschappelijk verzuim in cijfers.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 51, 1973, 215-222.

KABELA, M., Psychiater en arbeidsongeschiktheid.
Medisch Contact, jaargang 41, 51/52, 1986.

KABELA, M., Psychiatrische rapporten.
Tijdschrift voor Psychiatrie, 29, 3, 1987.

KABELA, M., Psychiatrisch oordeel beoordeeld. De psychiatrische beoordeling van arbeidsongeschiktheid.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1988.

KABELA, M. & W.H.J. LANCÉE, Protocol voor psychiatrisch en psychologisch onderzoek inzake arbeids(on)geschiktheid.
In: E. Hoencamp e.a., Rapportage en de sociale wetgeving. De niet-strafrechtelijke forensisch psychiatrische en psychologische beoordeling. Gouda Quint B.V., Arnhem, 1988, 33-43.

KAHN, L. Some propositions toward a researchable conceptualisation of stress.
In: J.E. Mc.Grath (eds.), Social and psychological factors of stress. Holt, Rinehart & Winston, 1970, 97-104.

KALSBEEK, J.W.H., Mentale belasting.
Academisch proefschrift, Amsterdam, 1967.

KAMPHUIS, A., Mentale belasting: theorieën en modellen.
PTT - SWO 1, Rapport 595/1, Den Haag, 1977.

KAPLAN, H.I. & B.J. SADOCK, Modern synopses of comprehensive textbook of psychiatry, III.
Williams and Wilkens Company, Baltimore, 1981.

KASL, S.V., Epidemiological contributions to the study of work and stress.
In: C.L. Cooper & R.L. Payne (eds.), Stress and work. Wiley, New York, 1978, 3-48.

KLEBER, R.J., Stressbenaderingen in de psychologie.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1982.

KLEBER, R.J., D. BROM & P.B. DEFARES, Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1986.

KLEINBAUM, D.G., L.L. KUYPER & H. MORGENSTERN, Epidemiologic Research: Principles and quantitative methods.
Van Nostrand Reinhold Company, New York, 1982.

KLERK, J.M. de, C.J. PETERSEN & G.C. DIEPENDAAL, Diagnosecategorie V: psychische stoornissen en de WAO; een nadere beschrijving.
Arts en Sociale Verzekering, 2, 1983, 334-440.

KLERK, J.M. de, G.C. DIEPENDAAL & C.J. PETERSEN, Psychische stoornissen en arbeidsongeschiktheid.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 24, 1986, 136-142.
KNEPPER, S., Een analyse van 500 schattingszaken AAW/WAO voor de Raad van Beroep.
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht, 1983.
KNEPPER, S., De psychiatrische arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling voor de administratieve rechter. Voordracht op de Najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 17, 1984, 681-684.
KNEPPER, S., Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 3, 1985, 289-290.
KNEPPER, S., Het deskundigenrapport in de verzekeringsgeneeskunde.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 22, 131, 1987, 938-942.
KNEPPER, S., GMD Jaarverslag 1986 nader beschouwd.
Medisch Contact, 43, 1987, 1370-1372.
KNEPPER, S. & A. den OUDEN, Beschouwing van de niet-strafrechtelijke forensische psychiatrische en psychologische beoordeling.
In: E. Hoencamp e.a., Rapportage en de sociale wetgeving. De niet-strafrechtelijke forensisch psychiatrische en psychologische beoordeling. Gouda Quint B.V., Arnhem, 1988, 63-74.
KNIPPENBERG, A. van & F. SIERO, Multivariate analyse.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1986.
KOELE, P., H. BERENDS & S. GOOZEN, Judgement analysis in a clinical setting: a casestudy in policy capturing.
Afdeling Methodologie, Universiteit van Amsterdam, 1987.
KOENRAADT, F. & M. PACH, Plaatsbepaling van forensisch psychiatrisch en psychologisch onderzoek.
In: E. Hoencamp e.a., Rapportage en de sociale wetgeving. De niet-strafrechtelijke forensisch psychiatrische en psychologische beoordeling. Gouda Quint B.V., Arnhem, 1988, 9-19.
KOMPIER, M., T. MEIJMAN, H. MULDERS & R. BULLINGA, Onderzoek naar de relatie tussen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij stadsbuschauffeurs.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 64, 1986, 477-480.
KONING, R., Psychiatrische diagnose per computer.
Psychologie en Computers, jaargang 4, 2, NIP/Swets & Zeitlinger B.V., 1987.
KOOPMAN-IWEMA, A.M. & S. WIEGERSMA, Sociale arbeidspsychologie.
De Toorts, Haarlem, 1985.
KOOREMAN, A. & F. GROOT, Registratie Scholing, 1981-1983.
GMD, Amsterdam, 1984.
KOOREMAN, A. & H. BERK, Is een nadere differentiatie van het ARBI-beroepsniveau haalbaar met een checklist?
Beroepskeuze, tijdschrift voor school-, studie- en beroepskeuzevoorlichting, jaargang 34, 2, 1987, 86-94.
KOOREMAN, A. & J. LUTEIJN, Groninger Intelligentie Test; schriftelijke verkorte vorm.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1987.
KORTMANN, F.A.M., Moeilijkheden bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wegens een psychiatrische ziekte.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 5, 1987, 136-138.

KOTEN, J.W. & M. TIMMER, Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder van de AAW/WAO.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60, 1982, 777-784.
KOTEN, J.W., Arbeidsgeneeskundige thema's: zenuwvermoeiende werkomstandigheden (delen I, II en III).
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 23, 1985, 18-21, 43-51, 82-85.
KOTEN, J.W. & M. TIMMER, Stoornissencahiers.
GMD, Amsterdam (in press).
KRAFT, Th.B., Overspanning.
Bohn, Haarlem, 1972.
KRAFT, Th.B., Overspanning en arbeidsongeschiktheid.
Arts en Sociale Verzekering, 13, 1975, 44-49.
KROEZEN, M. & T. WIND, Hulpverlening aan arbeidsongeschikten.
Arbeidsongeschiktheid en psychosociale problematiek. Vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, 1983, 131-139.
KROODE, H.F.J. ten, Psychologische onderzoekingen van rugpijn.
Medische Psychologie, Rijksuniversiteit van Utrecht, 1982.
KRUIDENIER, H.J., Het ontbrekende alternatief. Een onderzoek naar de persoons- en functiekenmerken van WAO-toetreders.
Amsterdam, CCOZ, 1980.
KRUITHOF, W., G. GODAERT & P. SCHREURS, Psychosomatiek: visies, modellen en theorieën.
Metamedica, 57, 1978, 243-253.
KUILMAN, M., De psychosociale anamnese.
GMD, Amsterdam, 1978.
KUILMAN, M., Psychotherapie en arbeidsongeschiktheid.
Lezing studiedag Sectie Psychotherapie voor de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie te Haarlem, 1982.
KUILMAN, M., Over de patiënt die het niet zag zitten; dilemma's voor het bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundig handelen.
Tijdschrijft voor Sociale Gezondheidszorg, 16, 63, 1985, 704-711.
KUIPER, J.P., Een gezondheidkundige kijk op de mens-arbeidrelatie.
In: C. de Galan, M.R. van Gils, en P.J. van Strien (red.), Humanisering van de arbeid. Van Gorcum, Assen, 1983, 181-216.
KWANT, R.C., Filosofie van de arbeid.
De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen, 1864.
KWEE, S.H., De rol van de vaste deskundige bij de Raad van Beroep.
Scriptie in het kader van de cursus verzekeringsgeneeskunde, Utrecht, 1980.
LACHAR, D., The MMPI: Clinical Assessment and Automated Interpretation.
Western Psychological Services, Los Angelos, 1985.
LAMBERT, H. & LUTEIJN, F., De vergelijking van de NVM en de MMPI in de klinische praktijk: instrumenteel onderzoek.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, jaargang 42, 2, 1987, 81-85.
LAMMERS, C.J., Uiterlijke samenhang en bindingskracht van de organisatie.
Oratie, Assen, 1964.
LANCÉE, W.H.J., Gedragsmodificatie in een school voor buitengewoon onderwijs.
In: J. de Wit, H. Bolle & J.M. van Meel (red.), Psychologen over het kind 4. H.D. Tjeenk Willink, Groningen, 1976.

LANCÉE, W.H.J., Revalidatiepsychologie een specialisme?
Inleiding Najaarsconferentie Werkgroep Revalidatie Psychologen, NIP, Amsterdam, 1979.
LANCÉE, W.H.J., Interdisciplinaire samenwerking in de revalidatie: conflictsituaties en conflicthantering.
Inleiding Basiscursus Revalidatie 1979-1980; Instituut voor Revalidatie, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1980.
LANCÉE, W.H.J., Leerpsychologie in de revalidatie.
Alkmaar, 1981a.
LANCÉE, W.H.J., Revalidatie en arbeid.
Bedrijfsgezondheidszorg, jaargang 34, 1981b, 18-23.
LANCÉE, W.H.J., Onderzoekstechnieken voor arbeidsrevalidatie.
1981c (niet gepubliceerd).
LANCÉE, W.H.J., Vragen aan de psychologie over de grenzen van de bedrijfsgeneeskunde heen.
Inleiding slotsymposium van de IIe cursus Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nijmegen, 1983.
LANCÉE, W.H.J., Het overbelastingssyndroom.
Inleiding Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen, Alkmaarse artsencursus, Den Helder, 1988.
LANCÉE, W.H.J., Chronische pijn en arbeidsongeschiktheid.
In: N.H. Groenman (red.), Chronische pijn, psychologische diagnostiek en operante behandeling (in press).
LAZARUS, R.S., Psychological stress and the coping process. Patterns of adjustment.
McGraw-Hill, New York, 1976.
LEENEN, H.J.J., Juridische aspecten van medische keuringen.
Nederlands Juridisch Blad, 1980, 1082-1089.
LEEST, P. van, Ontwikkelingen binnen intelligentie.
Psychologie en Computers, jaargang 4, 2, NIP/Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam/Lisse, 1987.
LE SHAN, L.L. & R.E. WORTHINGTON, Loss of cathexes as a common psychodynamic characteristic of cancer patients: an attempt at statistical validation of a clinical hypothesis.
Psychological Reports, 2, 1956a, 183-193.
LOESER, J.D. & W.E. FORDYCE, Chronic Pain. Behavioral Science in the practice of medicine.
Elsevier Biomedical, Amsterdam, 1983.
LOKANDER, S. & M. MACHL, Sick absence in de Swedisch company. Part 4. The relationship between absence due to sickness and psychological status.
Acta Psychiat.Scand. 40, 1964, 401-418.
LUTEIJN, F. & L. KINGMA, Een nieuwe verkorte MMPI.
Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 34, 1979, 459-471.
LUTEIJN, F., D.R. KOK & F.A.E. van der PLOEG, Handleiding bij de NVM.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1980.
LUTEIJN, F., J. STARREN & H. van DIJK, Handleiding bij de NPV.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1985.
MAAS, P.J. van der, Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen; hebben medische diagnoses enige betekenis in de verzekeringsgeneeskunde?
Arts en Sociale Verzekering, 1975, 24-35.
MACKENBACH, J.P. & M. ENGELS, Regionale gezondheidsverschillen.
NIPG-TNO, Leiden, 1984.

MANEN, N.F. van, De Watergate van het beroepsgeheim.
N.J.B., 1978, 453-456.
MANNOURY, J. & J.P. ASSCHER-VONK, Hoofdtrekken van de sociale verzekering.
Tjeenk Willink, Alphen aan de Rijn, 1987, 2e druk.
MANSVELT, J. van, Een onderzoek naar de oorzakelijke factoren en bijzondere kenmerken bij het langerdurend arbeidsverzuim.
Medisch Contact, 30, 1975, 79-81.
MENGES, L.J., Gezondheid en ziekte; gedragswetenschappelijke verkenningen.
Samson Stafleu, Alphen aan de Rijn, 1986.
MERENS-RIEDSTRA, H.G., Leven zonder werk; een sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsongeschiktheid.
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1981.
MERTENS, A.Th.L.M. & J.C. STRENG, Eindverslag werkzaamheden commissie 'Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim'.
Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer, 1981.
MEIJMAN, T.F., Stress op de werkvloer.
Veiligheid, 60, 1984, 547-550.
MEYMAN, T.F. & J.F. O'HANLON, Arbeidsbelasting: een inleidend overzicht van de psychologische theorieën en meetmethoden.
In: P.J.D. Drenth e.a. (red.), Handboek arbeids- en organisatiepsychologie. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1984.
MOESKOPS, H.A.M., De beroepsclassificatie.
Sociaal Maandblad Arbeid, 1948, 64-69.
MOORE, J.E., M.E. Mc.FALL, D.R. KIVLAHAN & F. CAPESTANY, Risk of misinterpretation of MMPI schizofrenia scale elevation and chronic pain patients.
Pain, 32, 1988, 207-213.
MOOTZ, M., De patiënt en zijn naasten. De invloed van houdingen in het persoonlijke netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie.
Pasman B.V., 's-Gravenhage, 1981.
MUCHINSKY, P.M., Employee absenteeism. A review of the literature.
Journal of Vocational Behavior 10, 1977, 316-340.
MUNTENDAM, P., Vijftig jaar Ziektewet.
Medisch Contact, 9, 1980, 277-279.
NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN, Beroepsethiek voor psychologen.
Amsterdam, 1987.
NISBETT, R. & L. ROSS, Human inference: strategies and shortcommings of social judgment.
Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York, 1980.
NUNNALLY, J.C., Psychiatric theory.
Mc.Graw Hill, New York, 1978.
NUTTIN, J. & B. BEUTEN, Handleiding bij de persoonlijkheidsinventaris MMPI.
Universitaire uitgaven, Leuven, 1969.
NIJHUIS, F. & J. SOETERS, Werk en ziekte. Een onderzoek naar afwezigheid wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid bij 51 industriële en niet-industriële organisaties in Zuid-Limburg.
Maastricht, 1982.
NIJHUIS, F., Beoordelingen van organisatiekenmerken.
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1984.
OLST, E.H. van, A. KOK & J.F. ORLEBEKE, Inleiding in de psychofysiologie.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1980.
OOSTEROM, A. van, De bedrijfsarts en stress in de arbeid.
In: Nederlandse Vereniging voor Bedrijfspsychologie 77, Omgaan met stress in de organisatie. Kluwer, Deventer, 1984.

ORMEL, H., Moeite met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, jaargang 6, 1, 1985, 22-29.
OUDENDIJK, C., Sociale atlas van de vrouw 1983.
Sociaal en Cultureel Planbureau, 's-Gravenhage, 1983.
PANHUIS, P.J.A. van, Ziekte en/of gebrek in de psychiatrie.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65, 14, 1987, 467-471.
PARDINE, P., R. HIGGINS & A. SZEGLIN, Job-stress workerstrain relationship moderated by off-the-job experience.
Psychol.Resp. 48, 1981, 963-970.
PAS, J.H.R. van der, Arbeidsongeschiktheidscriteria: van ongevallenwet naar arbeidsongeschiktheidswetten.
Sociaal Maandblad Arbeid, 7/8, 1978.
PHILIPSEN, H., Afwezigheid wegens ziekte; een onderzoek naar oorzaken van verschillen in ziekteverzuim.
Wolters Noordhoff, Groningen, 1969.
PHILIPSEN, H., Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 57, 1979, 838-842.
PLOEG, H.M. van der, P.B. DEFARES & C.D. SPIELBERGER, De Zelf-Beoordelings Vragenlijst, 1981.
PLOOY, J., Litaratuur en jurisprudentieregister/rechtspositie van de medische keurling.
Willem Pompe Instituut voor strafrechtswetenschappen: sector forensische psychiatrie en psychologie, Universiteit van Utrecht, 1985.
POLAK, B.S., Het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet.
Medisch Contact, 32, 1979, 1018-1020.
POST, D., Iatrogene ziekten: een issue vanuit de algemene gezondheidszorg.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 63, 17, 1983, 740-743.
PUTTEN, P. van der, De arbeidsongeschikt verklaarde ambtenaar. Een dossieronderzoek.
Scriptie in het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige, 1981.
RAKHAWY, Y., M.S. GAWAD, A.R. FAWZY & R. SOLIMAN, The effect of personal factors on withdrawal from work in an industrial society in Egypt.
J.Egypt.med.Ass. 56, 1973, 454-460.
REE,F. van & G.A.S. KOSTER van GROOS, Beknopte handleiding bij de Diagnostische Kriteria van de DSM-III.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1982.
REICHE, H.M.J.K.I., Stress aan het werk.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1982.
RENSSEN, K., De verzorging der gebrekkigen en mismaakten.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 35, 2, 1899.
RIEFF, T.H. & J.J.C.B. BREMER, Leven met ademnood; inventarisatie en evaluatie van gedragswetenschappelijk onderzoek.
Nederlands Astma Fonds, Leusden, 1982.
RINGELBERG, J., Korte psychopathologie van het werk.
Arts en Sociale Verzekering, 1973, 11, 70-72.
RIS, B.G.M., Personeel en ziekteduur. Verslag van een onderzoek bij 39 bedrijven.
NIPG-TNO, Leiden, 1977.
ROE, R.A., Korte geschiedenis van de personeelsselectie.
Technische Hogeschool, 1982.
ROE, R.A., Grondslagen der personeelsselectie.
Van Gorcum, Assen, 1983.

ROE, R.A., Persoonskenmerken. Handboek arbeids- en organisatiepsychologie. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1984.
ROMBOUTS, R., Bepaling van psychosociale stressfactoren. Psychologie en Computers, jaargang 4, 2, NIP/Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam/Lisse, 1987.
ROMME, M.A.J., De betekenis van stress en de opvang daarvan door social support. Verslag Interlimburgs Post Universitair Centrum, Maastricht/Hasselt, 1974.
ROOYMANS, H.G.M., Over oordelen en vooroordelen in de diagnostiek. In: B.G. Deelman e.a., Ontwikkelingen in de klinische psychologie. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1986, 15-25.
RUMKE, H.C., Verklaringen over het begrip psychische ziekte. Centrale Raad van Beroep, 1951.
RUIJZENDAAl, P.H., Vooroordelen in psychiatrische rapporten. Sociaal Maandblad Arbeid, 1985, 383-397.
RIJKSARBEIDSBUREAU, Classificatie van de beroepen naar hun onderlinge verwantschap. Staatsdrukkerij en Uitgeverij, 's-Gravenhage, 1952, 2e bewerking.
SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R. & J. de WITTE, Kinder- en jeugdpsychiatrie. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1986.
SANTEN, A.J. van, Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Nederlandse Staatswetten. Editie Schuurman en Jordens, Tjeenk Willink, Zwolle, 1978, 3e druk.
SCHABRACQ, M.J., Psychologie van arbeid en gezondheid. Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, 26, 1988, 134-136.
SCHEFF, T.J., Labeling madness. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York, 1975.
SCHELLART, A.J.M., Ziekteverzuim en arbeidsproduktiviteit bij administratieve organisaties. Universiteit van Amsterdam, 1987.
SCHERMER, J.J., Pre-advies II: Psychische factoren en invaliditeit. Arts en Sociale Verzekering, 8, 1970, 75-92.
SCHERMER, J.J., Revalidatie en Psyche. Arts en Sociale Verzekering, 9, 1971, 67-69.
SCHLESSELMAN, J.J., Case-control studies: design, conduct and analysis. Oxford University Press, New York, 1982.
SCHMIDT, A.J.M., Persistence behavior of chronic low back pain patients. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1986.
SCHMIDT, W., Psychologische Bedingungen betrieblichter Fehlzeiten Unfälle, Qualitätsmängel. Z.Arbeitswiss. 30, 1976, 234-239.
SCHNITZLER, J.G., Psychiatrie en administratief recht. In: De psychiatrie in het Nederlandse recht. Gouda Quint B.V., Arnhem, 1986, 45-70.
SCHROER, C.A.P., F.J.H. NIJHUIS & W. van ZUTHPEN, Gebruik en betekenis van de term overspanning in geneeskundige literatuur. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 66, 1988, 163-166.
SCHUERMAN, J.A., Revalidatie als leerproces. In: A. Jennekens-Schinkel, J.J. Diamant, H.F.A. Diesfeldt & R. Haaxma (red.), Neuropsychologie in Nederland. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1980.
SELYE, H., Leven met stress. Bussum, 1976.

SERGEANT, J.A., Van impliciete naar expliciete psychiatrische kennis.
Lezing voor de Werkgemeenschap Beslissingsgedrag. Universiteit van Amsterdam, 27 november 1987.
SHONTZ, C.F., The psychological aspects of physical illness and disability.
MacMillan Publishing Co. Inc., New York, 1975.
SINHA, A.K.P., Manifest anxiety affecting industrial absenteeism.
Psychol. Reps. 13, 1963, 258.
SINHA, D., Personal factors in absenteeism.
Indian J.soc.Work 17, 1956, 86-93.
SITTER, L.U. de, Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren.
Kluwer, Deventer, 1981.
SLOVIC, P., B. FISCHOF & S. LICHTENSTEIN, Behavioral decision theory.
Annual Review Psychology 28, 1977, 1-39.
SMIT, H.G., Het neuroseverschijnsel in verband met de uitvoering van de Ziektewet.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 30, 1952, 371-376.
SMITSHUIJZEN, R.Ph., Een onderzoek naar het verband tussen de DSM-III-diagnosecode en arbeids(on)geschiktheid.
Stichting Hogere School voor Gezondheidszorg, Utrecht, 1986.
SMULDERS, P.G.W., Bedrijfskenmerken en ziekteverzuim in de jaren zestig en tachtig.
Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 84014, 1984a.
SMULDERS, P.G.W., Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek: de resultaten van 318 studies samengevat.
NIPG-TNO, Leiden, 1984b
SNITSLAAR, B. & J.M. de KLERK, Verslaving, ziekte en gebrek: op zoek naar definities.
GMD, Amsterdam, 1982.
SNIJDERS, J.Th., Universiteit 70-80.
Wolters, Groningen, 1972.
SNIJDERS, J.Th. & F. VERHAGE, Groninger Intelligentietest (GIT).
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1983.
SOETERS, J., Na de ziekmelding: over de behandeling en werkhervatting van langdurig zieke werknemers.
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1983.
SPITZ, J.C., Statistiek voor psychologen, pedagogen en sociologen.
Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij, Amsterdam, 1965.
SPRUIT, J.P., Unemployment, employment and health.
Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1983.
STAATSUITGEVERIJ, De geschiedenis van de burgerlijke pensioenwetgeving in Nederland.
's-Gravenhage, 1949.
STINISSEN, J., e.a., De Wechsler Adult Intelligence Scale, 1970.
STRIEN, P.J. van, Praktijk als wetenschap: methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen.
Van Gorcum, Assen, 1986.
SUESAN, N. & M. REICHE, Het effect van stress.
Intermediair bibliotheek, Amsterdam, 1983.
SWAAN, B. de, Oneigenlijk gebruik neemt toe onder druk van de samenleving.
Weekblad Gezondheidszorg, 7, 1981.
TAU, E., Psychologische verschillen tussen gehandicapten na arbeidsrevalidatie.
Interfaculteit Lichamelijke Opvoeding, V.U., Amsterdam, 1982.

TAYLOR, P.J., Personal factors associated with sickness absence; a study of 194 men with contrasting sickness absence experience in a refinery population.
Brit.J.Industr.Med. 25, 1968, 106-118.
THIERRY, H.K., H.L.G. ZANDERS, E. KOOPMAN & Ch.J. de WOLFF, Sociale indicatoren in beweging.
Kluwer, Deventer, 1977.
TIL, M. van, En welzijn in verband met de arbeid: Literatuuronderzoek.
Opleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1982.
TILBURG, W. van & H.A. GERRITSEN, Het stelsel van sociale zekerheid en onbegrepen lichamelijke klachten.
Boerhavecommissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1985.
TIMMER, M. & J.W. KOTEN, Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder van de WAO/AAW.
Arts en Sociale Verzekering, 4, 1982, 777-784.
TIMMER, M. & J.W. KOTEN, Over kwaliteitseisen en de kwaliteitsbewaring ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62, 1984, 259-276.
TIMMER, M., Verzekeringsgeneeskundig referentiekader (deel II): Stoornissen in verzekeringsgeneeskundige zin.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 23, 1985a, 40-42.
TIMMER, M., Verzekeringsgeneeskundig referentiekader (deel III): Over het getotaliseerde arbeidsvermogen.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 23, 1985b, 76-80.
TIMMER, M., Verzekeringsgeneeskundig referentiekader (deel IV): Over werkuitvoeringseisen.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 23, 1985c, 106-109.
TIMMER, M., De verzekeringsgeneeskundige functie van een tiental uitvoeringsorganen in de sociale verzekeringssfeer.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 26, 1, 1988, 6-13.
TISSING, M.O., Een evaluatie-onderzoek van de door de Gemeenschappelijke Medische Dienst in de jaren 1981 tot en met 1984 bij de Arbeids Revalidatie Afdeling (ARA) te Zaandam ingebrachte personen.
Stichting Sociale Gezondheidszorg, Utrecht, 1987.
TOTMAN, R., De ziekmakende factor.
Gamma Publicaties, 1981.
VANMEULENBROECK, H.M.W., De ontwikkeling van het begrip 'ziekte' en het begrip 'arbeidsongeschiktheid' in verband met de sociale wetgeving.
In: F. Doelman (red.), Verslag van de Boerhave-cursus over arbeidsongeschiktheid, ziekte en sociale verzekering. Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1982, 41-57.
VELDKAMP, G.M.J., De crisis in de Nederlandse sociale zekerheid anno 1976.
Uitgeversmaatschappij Bonaventura, Amsterdam, 1976.
VERHULST, J., Pokerspel geneeskunde.
Nederlandse Uitgeverij, Antwerpen/Utrecht, 1974.
VERHULST, J.C.R., Algemene psychologie van de gezondheidszorg.
Wolters Noordhoff, Groningen, 1985.
VERKLEY, H.& J.P. SPRUIT, Trends in het aantal ziektewetuitkeringen aan werkelozen en werkenden 1975-1982.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, 16, 1983, 712-717.
VISCARDI, H., "Can disabled workers meet the demands of automation?"
Advanced Management, volume 22, 7, 1957.

VISSER, R.S.H., J.C. VLIET-MULDER, A. EVERS & J. ter LAAK, Documentatie van tests en testresearch in Nederland.
NIP, Amsterdam, 1982.
VLEK, C.A.J., Psychologische besliskunde.
De Psycholoog XXII, 1987, 73-86.
VOS, B., Evaluatie van een nieuwe samenwerkingsvorm tussen de behandelende sector en de GMD.
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Utrecht, 1976.
VREEDE, H.M.J. de, Inleiding tot de beroepenkunde.
GMD, Stafafdeling Opleidingen, Amsterdam, 1977.
VROEGE, D., Verkenningen rond het concept belasting-belastbaarheid.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 60, 24, 1982, 793-798.
VROLIJK, A., Stressmanagement.
In: Nederlandse Vereniging voor Bedrijfspsychologie 77, Omgaan met stress in de organisatie. Kluwer, Deventer, 1984.
VROOLAND, V.Chr., Werk en gezondheid: over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid.
Alphen aan de Rijn, 1982.
VROOM, V.H., Ego-involvement, job satisfaction and job performance.
Personnel Psychol. 15, 1962, 159-177.
VROOM-KASTELEIN, W.R., Inzage: ja of nee?
Medisch Contact, 40, 1987.
VUCHT TIJSSEN, J. van, A.A.J. van den BROECKE, N. van DIJKHUIZEN, H.M.J.K.I. REICHE & Ch.J. de WOLFF, Middenkader en stress.
COP/SER, -s-Gravenhage, 1978.
WEHMAN, A., Een evaluatie-onderzoek betreffende psychologische expertises.
Stichting Hogere School voor Gezondheidszorg, Utrecht, 1985.
WELEY, P.A. van, Onderbelasting in het werk.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 125, 1981, 1659-1661.
WELLEN, J.G.M., Medicalisering van de samenleving.
Metamedica, 60, 1981, 197-209.
WESTMEYER, H., Grundlagenprobleme psychologischer diagnostik.
In: K. Pawlik, Diagnose der diagnostik. Klett, Stuttgart, 1976, 71-101.
WEYEL, J.A., Neurose en neurotische verschijnselen in het arbeidsleven.
In: A. Nap (red.), Validiteitsonderzoek. Stafleu, Leiden, 1970, 25-43.
WEYEL, J.A., De invloed van sociale zekerheid in een maatschappij van overvloed op ziektegedrag.
Arts en Sociale Verzekering, 1974, 17-23.
WEZEL, J.A.M. van, Herintreding in het arbeidsproces, een onderzoek onder werklozen.
Katholieke Hogeschool, Tilburg, 1972.
WIEGERSMA, S. & P.J. van BOCHOVE, De wereld der beroepen.
De Toorts, 1976.
WIELEN, Y. v.d., Begeleiding van verzekerden in de gezondheidszorg van morgen.
Arts en Sociale Verzekering 16, 1978, 24-27.
WIERSMA, D., Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid.
Groningen, 1979.
WIERSMA, D., Langdurige arbeidsongeschiktheid: ongelijkheid in gezondheid of in sociaal-economische omstandigheden.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 58, 1980.
WIERSMA, D., H.W. HOEK, & M. RUPHAN, Psychologische stoornissen en sociale beperkingen.
Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 24, 1986, 109-112.

WIGGINS, J.S., Personality and prediction.
Addison-Wesley Publ. Comp., Massachusetts, 1973.
WILDE, G.J.S. de, De Amsterdamse Biografische Vragenlijst, 1970.
WINKLER PRINS, V., De maatschappelijke betekenis van geneeskundige keuringen.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1961, 75-80.
WINNUBST, J.A.M., Stress in organisaties: naar een nieuwe benadering van werk en gezondheid.
In: P.J.D. Drenth e.a., Handboek arbeids- en organisatiepsychologie.
Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1984.
WINTER, E.R. de, Verzuim, uitspraken van werknemers en latere arbeidsongeschiktheid.
NIPG-TNO, Leiden, 1983.
WOLFF, CH.J. de, Werk en belasting.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 125, 1981, 1661-1664.
WOLFF, H.G. & H. GOODELL, Stress and disease.
C.C. Thomas, Springfield Illinois, 1968.
WOLPE, J., Psychotherapy by reciprocal inhibition.
Stanford University Press, California, 1958.
WOOD, P.H.N., The language of disablement: a glossery relating to disease and its consequenses.
International Rehabilitation Medicines, vol. 2, 2, 1980, 86-92.
WORLD HEALTH ORGANIZATION, International classification of impairments, disabilities and handicaps.
Genève, 1980.
WORTMAN, J.L.C., Het ziekenhuis voorheen en thans.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, jaargang 59, 1915, 1313-1315.
WOUTERS, P.H.M., Handboek I.C.D. 9.
GMD, Amsterdam, 1984.
WRIGHT, B.A., Physical Disability, a psychological approach.
Harper, New York, 1960.
WIJNBERG, B. & W. JOLING, Ongelijkheid in gezondheid.
Medisch Contact, 28, 1987, 871-875.
WIJNEN, M.C., Ziekteverzuim bij hoveniers, werkzaam bij de Dienst Sociale Werkvoorziening te Zaandam.
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg te Utrecht, 1986.
ZAAL, M.J., Notities inzake arbeidsongeschiktheid.
Tijdschrift voor Psychiatrie, 1974, 183-189.
ZANDERS, H.L.G., Sociale indicatoren: meetinstrumenten voor de maatschappij.
In: M.R. van Gils (red.), Werken en niet werken in een veranderde samenleving. Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam, 1975, 82-92.
ZANDVOORT, J.M.E. van, Psychiatrische oordeelsvorming in rapporten.
Medisch Contact, 19, 1987, 599-604.
ZEEUW, J. de, Algemene Psychodiagnostiek I.
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1981.
ZUNG, W.W.K. & Mc.DURHAM, A selfrating depression scale.
Arch. Gen. Psychiatry, 12, 1965, 63-70.
ZUTHEM, H.J. van, Technologische revolutie kan leiden tot kaste van paria's.
Noord-Hollands Dagblad, 26 september 1987.
ZUUREN, F.J. van, Kwalitatief onderzoek.
De Psycholoog, 6, 1987, 283-289.

ZWEEKHORST, W.A., Passende arbeid: knelpunt van de arbeidsongeschiktheids-verzekering.
Sociaal Maandblad Arbeid, 32e jaargang, 12, 1977, 253-255.

BIJLAGEN

A Aantal uitkeringsgerechtigden op 31 december naar diagnose van 1981 tot en met 1985 (GMD Jaarverslag 1985)

B Het aantal blijvend ongeschiktverklaarden bij het ABP in de periode 1981-1985, verdeeld naar ziektecategorie (ABP Jaarverslag 1985)

C Beschrijving van de psychologische persoonskenmerken

D Lijst van afkortingen

BIJLAGE A

Aantal uitkeringsgerechtigden op 31 december naar diagnose van 1981 tot en met 1985 (GMD Jaarverslag 1985)

diagnose		1981	1982	1983	1984	1985
I	Infectie	5 746	5 687	5 714	5 653	5 582
II	Nieuwvormingen	11 712	12 145	12 658	13 047	13 437
III	Stofwisseling	9 675	9 904	10 105	10 281	10 334
IV	Bloed	812	832	872	877	892
V	**Psyche**	**135 494**	**143 205**	**151 366**	**159 553**	**166 512**
VI	Zenuwstelsel	32 968	34 379	35 802	37 063	37 823
VII	Hart en vaat	80 786	80 621	80 497	80 158	78 138
VIII	Ademhaling	31 194	30 658	30 245	29 668	28 580
IX	Spijsvertering	14 355	14 736	15 082	15 446	15 605
X	Urogenitaal	4 824	5 037	5 239	5 461	5 616
XI	Zwangerschap	143	185	211	257	346
XII	Huid	4 527	4 710	4 899	5 085	5 226
XIII	Bewegingsstelsel	155 201	162 962	171 156	178 997	184 882
XIV	Congenitaal en					
XV	Perinataal	11 394	12 147	12 652	13 044	13 438
XVI	Symptomen	130 337	124 916	120 314	116 145	111 066
XVII	Ongevallen	29 236	30 348	31 386	32 487	33 258
	Onbekend	1 704	1 826	1 828	1 522	228
totaal		660 108	674 298	690 026	704 744	710 963

BIJLAGE B

Het aantal blijvend arbeidsongeschikt verklaarden bij het ABP in de periode 1981-1985, vedeeld naar ziektecategorie (ABP Jaarverslag 1985)

ziektecategorie	1981	1982	1983	1984	1985		
	totaal	totaal	totaal	totaal	totaal	mannen	vrouwen
infectieziekten	50	49	48	47	46	26	20
nieuwvormingen	276	350	357	387	286	172	114
endocriene stoornissen stofwisselings- en voedingsziekten	113	120	138	129	87	54	33
ziekten van bloed en bloedbereidende organen	12	15	8	12	9	8	1
psychische ziekten	**4442**	**4705**	**4861**	**4799**	**4644**	**2827**	**1817**
ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	711	705	683	639	555	343	212
ziekten van het circulatie-apparaat	2090	2090	1975	1625	1349	1139	210
ziekten van de ademhalingsorganen	423	422	417	391	307	236	71
ziekten van de spijsverterings-organen	203	207	228	185	151	115	36
ziekten van het urogenitaal systeem	70	71	82	50	53	26	27
ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	39	50	46	49	35	15	20
ziekten der bewegingsorganen	2619	2642	2758	2471	2324	1353	971
aangeboren afwijkingen	59	40	50	45	34	20	14
ongevallen	171	184	155	144	197	129	68
andere en vaag omschreven ziekte-beelden	257	306	295	295	238	133	105
totaal	11537	11956	12101	11268	10315	6596	3719

BIJLAGE C

Beschrijving van de psychologische persoonskenmerken

Hiervolgend wordt per onderzoeksinstrument dat in deze studie is gebruikt aangegeven op welke psychologische persoonskenmerken dit betrekking heeft en wat de meest relevante betekenissen en interpretaties van bepaalde scores zijn.

De Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

Deze test bestaat uit twee gedeelten, het zogenaamde mondelinge of verbale gedeelte en het zogenaamde handelings- of performantiegedeelte.
Het mondelinge deel bestaat uit zes subtests (WAIS 1 tot en met 6), terwijl het handelingsgedeelte uit vijf subtests bestaat (WAIS 7 tot en met 11).
Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende subtests.
Voor uitgebreidere informatie wordt verwezen naar Stinissen e.a. (1970), De Zeeuw (1980) en Visser e.a. (1982).

Informatie (WAIS 1)
Deze subtest bestaat uit een aantal vragen die betrekking hebben op de algemene ontwikkeling en kennis vanuit het dagelijks leven. De resultaten zijn een indicatie voor de breedte van de algemene kennis en van de belangstelling voor en de cognitieve oriëntatie in de realiteit.

Begrijpen (WAIS 2)
Deze subtest heeft betrekking op het begrip voor allerlei praktische levenssituaties (begripsvermogen). De antwoorden geven informatie over inzicht van de onderzochte in allerlei praktische situaties en het vermogen om gedachten of opvattingen op adequate wijze onder woorden te brengen.

Rekenen (WAIS 3)
Deze subtest heeft betrekking op het rekeninzicht en doet een beroep op het 'korte-termijngeheugen'.

Overeenkomsten (WAIS 4)
Deze subtest betreft het niveau van het abstractievermogen. Het is een test voor abstractie- en conceptformatie en appelleert wat dat betreft aan het vermogen tot abstraheren en generaliseren door middel van taal.

Cijferreeksen (WAIS 5)
Deze opgave geeft het vermogen weer om kortdurend cijfers in te prenten, vast te houden en te reproduceren. Deze memorisatie- of inprentingstest wijst, naast het goed om kunnen gaan met cijfers, op het concentratievermogen en het korte-termijngeheugen.

Woordenschat (WAIS 6)
Deze testopgave geeft een beeld van de woordenkennis (synoniemen, essentiële eigenschappen, causale relaties en acties) en geeft aanwijzingen over het vermogen tot het verbaliseren van ideeën en gedachten door middel van de verworven woordenschat.

Substitutie (WAIS 7)
Deze subtest heeft enerzijds betrekking op de oog-handcoördinatie en anderzijds op het psychomotorische en perceptuele tempo.

Onvolledige tekeningen (WAIS 8)
Deze subtest betreft het vermogen tot het kritisch waarnemen van visueel gepresenteerde objecten (patrooninprenting).

Blokpatronen (WAIS 9)
Deze subtest betreft het ruimtelijk inzicht op het platte vlak als een analytische ruimtelijk-perceptuele component van het praktisch-handelend denken.

Plaatjes rangschikken (WAIS 10)
Deze subtest geeft het inzicht in sociale situaties, het realiteitsbesef en het begripsvermogen, zonder dat dit overigens iets zegt over de sociale aangepastheid.

Figuurleggen (WAIS 11)
Deze subtest doet een beroep op de zogenaamde visuele conceptformatie, waarbij het gaat over de anticiperende perceptuele en motorische coördinatie.

De Differentiële Aanleg Test (DAT)

Werktempo en nauwkeurigheid
Met deze test wordt een indruk verkregen van het werktempo en de nauwkeurigheid bij eenvoudige handelingen van routinematige aard, beide belangrijke vereisten in vele werksituaties.
Zie voor een uitgebreide en gedifferentieerde beschrijving van de Differentiële Aanleg Test: Fokkema en Dirkzwager (1968), De Zeeuw (1980) en Visser e.a. (1982).

De Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

De MMPI telt 13 schalen ter bepaling van specifieke psychologische en psychopathologische persoonskenmerken.
Hiernavolgend wordt iedere schaal beschreven in de volgorde, waarin ze op het MMPI-profiel voorkomen.
Voor een uitgebreide interpretatie ervan wordt verwezen naar Nuttin en Beuten (1969), Lachar (1973), Dahlstrom e.a. (1975) en Greene (1980).

Leugenschaal (L-schaal)
De zogenaamde L-schaal beoogt aan te geven in hoeverre iemand zich extra gunstig heeft willen voordoen, dat wil zeggen meer gereageerd heeft op geleide van sociale wenselijkheid dan vanuit reële zelfrapportage.
Hoge scores kunnen wijzen op:
- een algemene instelling om een goede indruk te willen maken en fouten en/of gebreken te ontkennen;
- nauwgezetheid, als zijnde een bijzondere trek in de persoonlijkheid;
- overmatige conventionaliteit, rigiditeit en zelfoverschatting;

- een neurotische karakterontwikkeling, o.a. tot uiting komend in het hanteren van neurotische afweermechanismen;
- een gebrek aan zelfinzicht en een geneigdheid tot somatiseren;
- psychische onrijpheid.

Frequentieschaal (F-schaal)
De zogenaamde F-schaal heeft betrekking op stoornissen in gedachten, overtuigingen en levenshouding. Daarnaast heeft deze schaal betrekking op een apathische houding, gebrek aan interesse en ontkennen van sociale verantwoordelijkheden en verplichtingen.
Hoge scores kunnen wijzen op:
- ernstige psychiatrische stoornissen (desorganisatie binnen de persoon, zich o.a. mogelijk uitend in psychotische reacties);
- ernstige stressstoornissen;
- identiteitscrisis;
- emotionele labiliteit, samenhangend met een theatrale levenshouding.

Correctieschaal (K-schaal)
De correctieschaal, de zogenaamde K-schaal, is bedoeld als een correctiefactor om de discriminatiewaarde van de hiervolgend beschreven klinische schalen te verhogen. De K-schaal meet de mate van defensieve instelling (attitude) van betrokkene ten opzichte van de vragenlijst.
Hoge scores wijzen op:
- een verdedigingshouding aangaande de eigen psychische zwakte;
- rigiditeit en een gebrek aan flexibiliteit, beperkingen gevend in het introspectieve vermogen en het begripsvermogen;
- zich 'normaler' willen voordoen dan men zich in werkelijkheid voelt.

Schaal 1: Hypochondrieschaal (Hs-schaal)
De Hs-schaal is bedoeld om een overmatige bezorgdheid aangaande de lichamelijke functies aan te geven.
Hoge uitslagen wijzen op:
- overdreven ongerustheid over de gezondheidstoestand;
- een geneigdheid tot klagen over allerlei pijnen en ongesteldheden, die somatisch moeilijk te identificeren zijn;
- de uiting van psychische en emotionele conflicten in de vorm van somatoforme klachten, waarbij er sprake is van een preoccupatie met de somatiek;
- een pessimistische, klagerige, passief-agressieve instelling ten opzichte van de omgeving;
- egocentriciteit en psychische onrijpheid, waarmee de problemen van leven als volwassene worden benaderd;
- een gebrek aan inzicht in de emotionele basis van de lichamelijke klachten;
- een geneigdheid door middel van overdreven lichamelijke klachten te zoeken naar sympathie en erkenning bij zowel de directe omgeving als behandelaars, terwijl er vanuit een zeker wantrouwen een geneigdheid is om zich ten aanzien van medische en/of psychotherapeutische behandeling negatief op te stellen.

Schaal 2: Depressieschaal (D-schaal)
De D-schaal geeft de mate van depressiviteit weer, hetzij als klinisch hoofdsymptoom van psychische ontreddering, hetzij als nevenverschijnsel van andere psychische stoornissen.

Een hoge uitslag kan wijzen op:
- een gevoel van onbekwaamheid, pessimisme, een laag moreel en gevoelens van nutteloosheid en hopeloosheid;
- een gebrek aan interesse, apathie, onbekwaamheid om te werken en fysieke klachten;
- een neiging tot onrustig piekeren, beperktheid van interesse, introversie en vooral een gebrek aan zelfvertrouwen.

Schaal 3: Hysterieschaal (Hy-schaal)
De Hy-schaal signaleert de tendenzen tot algemeen functionele of meer specifieke conversiestoornissen als middel om conflicten op te lossen dan wel (onbewust) verantwoordelijkheden te vermijden.
Een hoge score kan wijzen op:
- een verhoogde kans op conversie- en/of somatoforme stoornissen (onder stress);
- algehele psychische onrijpheid;
- ontkenning van sociale angst;
- behoefte aan affectie;
- vermoeidheid, matheid, algehele malaise;
- geremde agressie;
- gedrag dat naar buiten toe vriendelijk, enthousiast en ontvankelijk is, maar tegelijkertijd ook egocentrisch en beïnvloedbaar;
- onrijp, manipulatief, eisend en kunstmatig gedrag;
- een defensieve en rigide instelling.

Schaal 4: Psychopathische deviatieschaal (Pd-schaal)
De Pd-schaal beoogt de bepaling van de mate van geneigdheid tot anti-sociaal gedrag.
Hoge scores kunnen wijzen op:
- een onvermogen om met gevoelens om te gaan van zowel zichzelf als van anderen;
- een onvermogen om gevoelens op een juiste wijze te uiten;
- een geneigdheid tot impulsiviteit;
- non-conformisme en een sterke geneigdheid tot anti-sociale agressieve gedragsdoorbraken;
- het niet vatbaar zijn voor diepe, affectieve reacties;
- het onbekwaam zijn om gebruik te maken van opgedane ervaringen, het negeren van sociale gedragsvormen en gebruiken;
- een onvermogen om te anticiperen op consequenties van het eigen gedrag en/of van ervaringen te leren (inclusief straf en psychotherapie);
- het gemakkelijk aangaan van interpersoonlijke relaties, met een gebrek aan reële intimiteit;
- autoriteitsproblemen;
- een geneigdheid tot anti-sociaal gedrag.

Schaal 5: Activiteit-passiviteitschaal (Mf-schaal)
De Mf-schaal gaat na in welke mate iemand een actieve en assertieve instelling heeft dan wel op grond van gevoelens van machteloosheid, afhankelijkheid en zelfmedelijden tot passiviteit geneigd is.

Hoge scores wijzen bij vrouwen op:
- een actieve instelling;
- zelfstandigheid;
- dominantie;
- strijdvaardigheid;
- assertiviteit;
- agressiviteit.

Hoge scores wijzen bij mannen op:
- een passieve instelling;
- omgevingsafhankelijkheid;
- (sociale) overgevoeligheid;
- innerlijke gerichtheid (zelfmedelijden);
- bezorgdheid;
- machteloosheid.

Schaal 6: Paranoïaschaal (Pa-schaal)
De Pa-schaal is bedoeld om paranoïde symptomen, zoals extreem wantrouwen, overgevoeligheid, vervolgingswaan, al of niet gepaard gaand met grootheidswaan en paranoïde persoonskenmerken, te meten.
Hoge scores kunnen wijzen op:
- zeer snel lichtgeraakt zijn;
- star kunnen reageren in interpersoonlijke verhoudingen, voortvloeiend uit wantrouwen:
- gefixeerd zijn in een bepaalde overtuiging (rigiditeit).

Schaal 7: Psychasthenieschaal (Pt-schaal)
De Pt-schaal heeft betrekking op de mate van obsessieve, compulsieve neurotische, dan wel angststoornissen, zoals dwangmatig denken en handelen. Verder meet de schaal onredelijke (fobische) vreesreacties ten opzichte van voorwerpen en situaties en irreële angstreacties. In algemene zin wordt onder psychasthenie een verhoogde psychische kwetsbaarheid door gebrek aan psychische spankracht verstaan (Janet, 1903).
Hoge scores wijzen op:
- angst;
- gebrek aan zelfvertrouwen en zelfwaardering;
- overmatige overgevoeligheid;
- stemmingswisselingen in de vorm van lichte depressiviteit, overdreven ongerustheid, tobben;
- neurotische tendenties, zoals schuldgevoel, zich zorgen maken, angst, twijfelen aan zichzelf;
- een ineffectief gebruik van afweermechanismen, zoals intellectualiseren, rationaliseren en isoleren, ofwel het onvermogen om angst en spanning te reduceren;
- snel optredende daling van de psychische spankracht bij overbelasting.

Schaal 8: Schizofrenieschaal (Sc-schaal)
Deze schaal beoogt de mate te meten waarin er sprake is van een wanverhouding tussen de realiteit en de subjectieve beleving en waarneming ervan. Omstanders kunnen de gedragingen en de gemoedstoestanden wegens de oninvoelbaarheid, bizarheid en ongewoonheid ervan dikwijls niet volgen.
Hoge scores kunnen wijzen op:
- een schizoïde geestesgesteldheid;
- gevoelens van ontkenning en anders zijn;
- gevoelens van niet begrepen worden, waardoor men zich isoleert en inferieur voelt;
- moeilijkheden hebben met het uiten van gevoelens van vijandigheid;
- een neiging tot terugtrekken;
- moeilijkheden in de communicatie en de mate waarin iemand zichzelf verliest in allerlei fantasieën.

Schaal 9: Hypomanieschaal (Ma-schaal)
De Ma-schaal beoogt de tendens tot hypomanie vast te stellen, dat wil zeggen de mate van euforie en hyperactiviteit in denken en doen aan te geven.
Hoge scores wijzen op:
- overactiviteit in denken en doen en daarbij het risico lopen in moeilijkheden te geraken, omdat er teveel zaken ineens worden ondernomen;
- een verhoogde kans op moeilijkheden met anderen wegens een geneigdheid om sociale gebruiken af te keuren ofwel te hervormen; de algehele overactiviteit wordt gekenmerkt door een instabiele stemming en vlucht in idealen, hetgeen kan worden afgewisseld met depressiviteit, eufore stemming, toegenomen prikkelbaarheid en improduktiviteit;
- hyperactiviteit, geagiteerdheid en manische opgewondenheid, waarbij de 'aard' der hyperactiviteit en opgewondenheid bepaalt of er sprake is van pathologie;
- een slechte impulscontrole, kunstmatig verhoogde afleidbaarheid en een narcistische instelling.

Schaal 0: Sociale introversieschaal (Si-schaal)
De Si-schaal betreft de tendens van het vermijden van sociaal contact, het zich onplezierig voelen in sociale interactie en mogelijk het ontbreken van sociale vaardigheden.
Hoge scores wijzen op:
- inferioriteitsgevoelens;
- zich niet willen aansluiten bij anderen;
- een lage behoefte aan sociale contacten;
- overgevoeligheid voor meningen en kritiek van anderen;
- interpersoonlijk wantrouwen;
- geneigdheid tot somatiseren met onvermogen tot sociale aanpassing, c.q. ter overdekking van verlegenheid en gebrek aan zelfvertrouwen;
- een schizoïde acceptatie, neurotische zelfdeprivatie en depressiviteit.

De Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV)

Psychoneurotische en functionele (lichamelijke) klachten
Onafhankelijk van de fysisch-diagnostisch vaststelbare functiebeperkingen kan de psychische belastbaarheid worden afgeleid uit de mate waarin er sprake is van psychoneurotische en/of functionele (lichamelijke) klachten.
Hoge scores kunnen wijzen op 'neurotisch energieverlies', waardoor de psychische spankracht onvoldoende kan zijn of worden om de psychische belasting, waar men mee wordt geconfronteerd, aan te kunnen. Dit kan zowel een gevolg zijn van een te grote draaglast als een te geringe, dan wel afgenomen draagkracht.

Extraversie
Deze schaal geeft aan hoe iemand zijn gevoelens ervaart en hanteert in zijn dagelijks bestaan. Dit hangt direct samen met het vermogen tot het leggen en onderhouden van sociale contacten.
Hoge scores wijzen op een extraverte instelling.

Defensiviteit ten aanzien van gevoelens
Deze schaal geeft de mate aan waarin iemand verdringingstendenzen heeft ten aanzien van zijn gevoelens.
Hoge scores geven de mate van defensiviteit aan, hetgeen betrekking heeft

op de kans dat iemand psychische problemen verdringt, gevoelens afweert, kritiek vermijdt en weinig openhartig is (Wilde, 1970).

De Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV)

Angst
In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een Nederlandse bewerking van de State-Trait-Anxiety-Inventory van Spielberger e.a. (1973), in de vorm van de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV: Van der Ploeg e.a., 1980).
Met behulp van deze vragenlijst kunnen twee afzonderlijke vormen van angst worden gemeten, te weten toestandsangst en angstdispositie.

Toestandsangst is een situationeel bepaalde voorbijgaande emotionele conditie van het individu. Kenmerkend zijn de subjectief ervaren gevoelens van spanning of gespannenheid, een verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel en de daarmee gepaard gaande psycho-fysiologische reacties.
Een hoge score op deze schaal betekent dat iemand situaties, inclusief de onderzoekssituatie, als een bedreiging ervaart.

Angstdispositie verwijst naar algemene geneigdheid om te reageren met een verhoging in de intensiteit van de toestandsangst op als bedreigend ervaren situaties.
Een hoge score op deze schaal betekent dat iemand in het algemeen in bedreigende situaties reageert met een verhoging in de intensiteit van de toestandsangst.

Bepaling van het niveau van beide vormen van angstgeneigdheid is erop gericht om inzicht te krijgen in enerzijds de mate waarin iemand zich in nieuwe, onbekende situaties snel angstig en gespannen voelt en anderzijds in het algemene karakterologische angstniveau.

De meest voortkomende arbeidsbelemmerende angststoornissen zijn volgens Suesan en Reiche (1983):
- doodsangst (biologische oerangst);
- angst voor lichamelijk letsel, verwonding, fysische schade en pijn;
- verlies-, verlatings- en scheidingsangst;
- gewetens-, beschuldigings- en afwijzingsangst;
- schaamte- en faalangst;
- angst voor het onbekende.

Deze vormen van angst kunnen gepaard gaan met motorische spanningsverschijnselen, somatoforme klachten als gevolg van hyperactiviteit van het autonome zenuwstelsel, angstige verwachtingen, vermijdings- en agressief gedrag, waardoor mensen beperkt worden in hun arbeidsvermogen en beroepsvaardigheden en daardoor tijdelijk of blijvend arbeidsongeschikt kunnen zijn.

Bij langdurige arbeidsongeschiktheid op grond van angststoornissen is er volgens Hoencamp en Rijnhart (1988) nogal eens sprake van een anti-therapeutische instelling bij betrokkenen uit 'angst voor de angst' en is de prognose op herstel van de arbeidsgeschiktheid mede op grond daarvan ongunstig.

De Zelfbeoordelingsschaal voor depressie van ZUNG

Depressie
Ter bepaling van de subjectief ervaren depressiviteit wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de Zelfbeoordelingsschaal voor depressie (Zung, 1963).
De items uit deze vragenlijst hebben betrekking op symptomen van depressie, onderscheiden naar:
- verstoring van de gemoedsrust, die zich kenmerkt door overheersende gevoelens van verdriet en melancholie;
- verstoring van fysiologische processen, zoals die tot uiting komen in dagschommelingen, verminderde eetlust, problemen met de stofwisseling en vermoeidheid;
- psychomotorische stoornissen in de vorm van hetzij agitatie, hetzij geremdheid;
- psychologische stoornissen, zoals verwardheid, leegheid, besluiteloosheid, een lage zelfwaardering en suïcidegedachten.

Een hoge score duidt op een verhoogde mate van depressiviteit.

In algemene zin is depressiviteit geen reden voor een blijvende arbeidsongeschiktheid, hoewel met name depressies op oudere leeftijd daartoe wel aanleiding kunnen geven wegens hun verhoogde kans op een chronisch karakter van deze stemmingsstoornis.
Ook al is er bij minder ernstige depressieve gevoelens in de vorm van dysthyme stoornissen op voorhand geen sprake van arbeidsongeschiktheid, toch is er bij dergelijke stoornissen ter objectivering van het subjectieve beleven van 'niet kunnen werken' volgens Hoencamp (1987) een indicatie voor psychologisch testonderzoek naar resterende psychische belastbaarheid en beroepsvaardigheden.
Bij chronische pijnpatiënten treden vaak depressies op (Fordyce, 1976). De betrokkene wordt depressief door het obsessionele idee dat bepaalde activiteiten niet of nauwelijks mogelijk zijn geworden. De depressie is bij deze mensen niet altijd even duidelijk waarneembaar (Sternbach, 1978), o.a. wegens maskering ervan door somatische preoccupatie - de overbezorgdheid voor het eigen lichaam.
Wat betreft de relatie tussen depressiviteit en arbeidsongeschiktheid kan worden gewezen op de bevindingen van Mc.Daniel (1969), die heeft geconstateerd dat mensen die depressief zijn hun kansen om een bepaald doel te bereiken - zoals het vinden van aangepast werk - lager inschatten dan zij die minder depressief zijn.

De Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG)

Ervaren gezondheidstoestand
De VOEG betreft subjectief ervaren gezondheidstoestand en geeft het resultaat aan van de interactie tussen de lichamelijke en psychische draagkracht van het individu in relatie tot de omstandigheden waaronder hij op dat moment leeft.
In tegenstelling tot de neurotische somatiseringsfactor van de ABV vormt 'ervaren gezondheid' geen persoonskenmerk, maar een situationeel gebonden reactiepatroon, waarin bij wisseling van omstandigheden veranderingen zijn te bewerkstelligen, voor zover persoonlijkheidskenmerken dit ook toelaten.
Hoge scores kunnen wijzen op intrapsychische spanningen als gevolg van het

zich (bewust en onbewust) bedreigd of overbelast voelen. De scores kunnen worden opgevat als een mate van algemeen onwelbevinden en derhalve als een indirecte indicator voor de belastbaarheid.

Volgens Weyel (1970) kan een hoge score op de VOEG wijzen op een 'hyperesthetisch-emotioneel syndroom', hetgeen betrekking heeft op somatoforme klachten op basis van angststoornissen, depressieve (dysthyme) stoornissen, aanpassingsstoornissen en 'overspannenheid'.

De Pijnschaal (PS)

Pijnbeleving
Naar analogie van de angstthermometer van Wolpe (1958), gegradeerd in zogenaamde 'subjective units of disturbance' (SUD), is door Fordyce een pijnthermometer geconstrueerd. Als operationalisering van de variabele pijn in dit onderzoek wordt van deze pijnthermometer gebruik gemaakt, dit mede wegens de eenvoud in het gebruik en de betrouwbaarheid ervan.
Op een schaallijn van 0 tot 10 cm moet iemand aangeven hoe ernstig de ervaren pijn is.
De hoogste score (10) betekent dat iemand de pijn als ondraaglijk ervaart.

Wanneer voor de (pijn-)klachten van betrokkene geen lichamelijke en/of psychische 'ziekte of gebrek' als oorzakelijke verklaring kan worden gevonden, wordt betrokkene, ondanks zijn klachten, niet als arbeidsongeschikt in de zin der wet beschouwd (Centrale Raad van Beroep, 21 december 1979 en 17 december 1982).
Derhalve is een verklaring voor de subjectieve pijnbeleving in termen van stoornissen op respectievelijk sensorisch-fysiologisch, motivationeel-emotioneel, cognitief en gedragsniveau een noodzakelijke voorwaarde om over arbeidsongeschiktheid te kunnen spreken. Het verdient aanbeveling deze stoornissen te 'transponeren' naar het classificatiesysteem van de DSM-III-R (APA, 1987), zodat een diagnose kan worden geformuleerd en deze 'bevestigt' dat er sprake is van een ziekte of gebrek (Lancée, in press).

BIJLAGE D

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
ABV	Amsterdamse Biografische Vragenlijst
AG+	arbeidsgeschikt
AG-	arbeidsongeschikt
AMP	Algemene Militaire Pensioenwet
BG+	in beroep gegaan
BG-	niet in beroep gegaan
BV	Bedrijfsvereniging
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DAT	Differentiële Aanleg Test
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAK	Gemeenschappelijk Administratiekantoor
GG+	beroep gegrond verklaard
GG-	beroep ongegrond verklaard
GIT	Groninger Intelligentie Test
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
IOAW	Wet op de Inkomensvoorziening voor Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte werkloze Werknemers
IOAZ	Wet op de Inkomensvoorziening voor Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte gewezen Zelfstandigen
IP	Invaliditeitspensioen
IW	Invaliditeitswet
IWI	Interimwet Invaliditeitsrentetrekkers
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NPV	Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst
NVM	Nederlandse Verkorte MMPI
nWW	nieuwe Werkloosheidswet
OG+	overgenomen advies
OG-	niet overgenomen advies
PMT	Prestatie Motivatie Test
PS	Pijnschaal
RIM	Revalidatie Instituut Muiderpoort
VBVB	voor beroep vatbare beslissing
VOEG	Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
ZABV	zelf-administrerende Bedrijfsvereniging
ZBV	Zelf-Beoordelings Vragenlijst
ZW	Ziektewet

CURRICULUM VITAE

De schrijver van dit proefschrift werd geboren op 6 april 1948 te Amersfoort.

In 1967 behaalde hij het HBS-A-diploma aan de Christelijke HBS Charlois te Rotterdam.

Tijdens zijn studie in de psychologie aan de Universiteit van Amsterdam behaalde hij in 1970 het kandidaats-examen cum laude en werkte vervolgens als kandidaats-assistent op de afdeling Ontwikkelingspsychologie bij prof.dr. R. Vuyk.

In 1972 is hij als psycholoog afgestudeerd (hoofdrichting ontwikkelingspsychologie; bijvak psychopathologie) en heeft zich post-doctoraal verder geschoold in de diagnostiek van de psychopathologie en chronische pijn.

Van 1972 tot medio 1975 was hij als psycholoog werkzaam in IJmuiden bij de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid te Noord-Holland.

Na twee jaar als psycholoog-coördinator verbonden te zijn geweest aan de Onderwijsbegeleidingsdienst te Heemskerk, was hij van 1977 tot 1981 werkzaam op de Revalidatie-afdeling van Ziekenhuis De Heel te Zaandam. Daar heeft hij als psycholoog-coördinator van de Arbeids Functie Afdeling zich in het bijzonder met arbeidsrevalidatie beziggehouden.

In deze periode is hij voorzitter geweest van de Werkgroep Revalidatiepsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Sinds 1981 is hij directeur van het Psychologisch Adviesbureau Lancée te Alkmaar en Assen, waar psychologische onderzoeken worden verricht ten behoeve van de advies- en uitvoeringsorganen van de arbeidsongeschiktheidswetgeving, bedrijfsgezondheidsdiensten, juridische instanties en particuliere verzekeringsmaatschappijen.

Hij is lid van de Werkgroep Rapportage en de Sociale Wetgeving.