

Psychiatrische rapportage

door M. Kabelá

Samenvatting

Met het artikel wordt gepoogd een beter inzicht te geven in het psychiatrisch onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid in het kader van de uitvoering van de sociale wetgeving (ZW, AAW/WAO). Er wordt hier in chronologische volgorde de opbouw en structuur van het psychiatrisch onderzoek naar de arbeids(on)geschiktheid besproken. Bij elk onderdeel (klachten, medische voorgeschiedenis, familiale en biografische anamnese, psychiatrisch onderzoek, etc.) werd aandacht gegeven vooral aan vragen die voor de bepaling van het arbeids(on)vermogen op psychische gronden van groot belang zijn. Ook werd extra aandacht geschonken aan de collegiale inlichtingen en de verwerking van de verkregen gegevens tot vaststelling van de arbeidsongeschiktheid. Tevens werd een model van functiebeperkingenlijst opgesteld als een poging om tot een beter alternatief te komen voor de tot nu toe gehanteerde lijsten. Met deze bijdrage wil de auteur de verbetering van de kwaliteit van de psychiatrische rapportage nastreven.

Inleiding

In geval een verzekerde zich vanwege psychische klachten niet in staat voelt om te werken, doch de bedrijfsvereniging hem/haar wel als arbeidsgeschikt beoordeelt, wordt er vaak het oordeel van een psychiater in deze gevraagd. De psychiatrische bepaling van een arbeidsongeschiktheid in het kader van de ziekwet, AAW/WAO is geen gemakkelijke opgave. Onder andere doordat het meestal gaat om de zogenaamde functionele lichamelijke klachten, het 'somatiseren' en de psychosomatosen, oftewel meer om een illness dan een disease. Tevens spelen allerlei sociale, financiële, juridische e.a. factoren bij de medische vaststelling van de arbeidsongeschiktheid een rol. De psychiater moet bepalen of het om een ziekte of een gebrek gaat. Dit is het enige criterium op grond waarvan men een ziekte-, AAW- of WAO-uitkering kan krijgen. Het begrip ziekte is echter aan tijds- en culturele invloeden onderhevig. Het ziektebegrip is naar het lijkt sterk verruimd. Vele sociale conflicten worden met behulp van een ziekte uitgevochten (Van 't Hullenaar en Van Koningsveld 1986, *De*

Volkskrant 1986, *De Telegraaf* 1984).

Het lijkt erop dat in deze van de psychiater veel verwacht wordt. Hij moet regelmatig bij onoplosbare arbeidsconflicten het salomonsoordeel uitspreken. Het is dan ook begrijpelijk dat het psychiatrisch rapport veel kritiek ontmoet (Meijs 1974; Brunsting, Delemarre, Van der Waal, Van Mansvelt 1974; Chiswick 1985; Knepper 1985; Ruijzendaal 1985; Vanmeulenbrouck 1982). Over de psychiatrische rapportage is de laatste tijd veel geschreven (Hoefnagels 1982; Hoenkamp en Schipper 1985; Kabela 1986a, b; Knepper 1985; Visser 1985). De opbouw en structuur van het psychiatrisch rapport heeft tot nu toe echter nauwelijks aandacht gekregen. Met dit artikel wordt gepoogd een beter inzicht in de samenstelling van het psychiatrische rapport te verschaffen. Achtereenvolgens worden hier de meest essentiële onderdelen van het psychiatrisch onderzoek verduidelijkt.

Personalia

De naam, geboortedatum, adres, etc. van de verzekerde moeten zodanig genoteerd zijn dat geen verwisselingen met een ander persoon mogelijk zijn. De onderzoeker vergelijkt ook het uiterlijk van betrokkene met bij voorbeeld de kalenderleeftijd en andere objectieve gegevens.

Gegevens van betrokkene

Introductie van het gesprek – Er wordt nagegaan of het betrokkene duidelijk is waarom hij aan dit onderzoek deelneemt, of hij weet wat de vraagstelling van de opdrachtgever is en wat hij zelf van het onderzoek verwacht. Betrokkene verduidelijkt in eigen woorden waarom hij vindt dat hij niet juist door de verzekeringsgeneeskundige beoordeeld werd en waarom hij zich tegen de beslissing van de bedrijfsvereniging verzet heeft. Het is van belang te weten hoe zijn houding ten opzichte van de beroepsprocedure, het psychiatrisch onderzoek en de onderzoeker is; bij voorbeeld in hoeverre hij vrijwillig aan het onderzoek deelneemt.

De onderzoeker kan zelf een verduidelijking over zijn rol geven, onder andere vermelden dat hij slechts objectief de feitelijke situatie van de onderzochte moet beoordelen, doch geen therapeutische functie heeft en dat de cliënt geen therapeutische adviezen kan verwachten. Tevens kan nog eens herhaald worden voor welk soort werk betrokkene gekeurd moet worden en waarom hij meent dat hij dit werk of functie niet (volledig) kan vervullen.

Klachten, ziekteverschijnselen – De cliënt wordt uitgenodigd de soort, mate, ernst, frequentie en duur van zijn klachten en symptomen, tevens invloeden van binnen en buiten op de klachten te beschrijven. Wat ziet hij als de oorzaak van het ontstaan of voortbestaan

van de klachten, wat was tot nu toe het verloop ervan, tot welke consequenties, beperkingen op het werk, hebben de klachten aanleiding gegeven en wat verwacht hij omtrent het herstel. Ook welk soort therapie hij tot nu toe met welk succes ondergaan heeft. Aan de hand van deze informatie wordt geschat of het wel of niet om een psychopathologie gaat (vitale depressie, psychose, etc.), om een stationaire toestand of een korte, voorbijgaande periode. De onderzoeker gaat na of er een ziektegevoel, ziektebesef bestaat, en hoe sterk de lijdensdruk, resulterend in gevoel van onmacht normaal te functioneren, is. Zijn de klachten en het ontstaan hiervan te begrijpen? Zijn de gebeurtenissen en situaties, die hiertoe aanleiding gegeven hebben nog aan de gang? In hoeverre heeft betrokkene of anderen hiertoe bijgedragen en op welke wijze? Is er sprake van een (chronische) fixatie in het gevoel ziek te zijn, wat een negatieve invloed op de prognose heeft. Zijn er compensatoire eigenschappen, mogelijkheden, die de betekenis van klachten verminderen? Wat is het relationeel aspect van de klachten, wijzen de klachten of verschijnselen ook op (secundaire) ziektewinst?

Specifieke (medische) anamnese – De onderzoeker probeert een systematisch overzicht te krijgen van alle behandelingen en het effect hiervan tot nu toe. Naast een beter inzicht in de aard van de huidige ziekte kan dit ook de therapeutische mogelijkheden en prognose verduidelijken, bij voorbeeld de onderzoeker behoeden voor adviezen over behandelingen die reeds gedaan zijn.

Tractus anamnese – Het overig lichamelijk functioneren wordt nagegaan, alsook het gebruik van alcohol, drugs, tabak en medicatie. Hierdoor kan men ook een beter inzicht verkrijgen in de huidige klachten binnen het geheel van het lichamelijk functioneren. De informatie over bij voorbeeld intoxicaties kunnen ook wijzen op de mate van beheersbaarheid en zelfcontrole, welk deel van de specifieke problematiek is te wijten aan de ziekte en welk deel aan de levensstijl. Zijn er invloeden van de leeftijd (b.v. menopauze) op het lichamelijk en geestelijk welbevinden?

Familiaire ziekten – Hier wordt gevraagd naar lichamelijke en psychische ziektes die in de familie voorkomen, (psychiatrische) behandelingen en opnamen, afkeuringen van andere familieleden, etc. Deze gegevens kunnen wijzen op een familiale predispositie (aanleg) tot bepaald lichamelijk of psychisch reageren, de kans op het voorkomen van ernstige aandoeningen, etc. In hoeverre is er sprake van identificatie of neiging tot navolging van ziektegedrag van zieke of afgekeurde familieleden?

Actuele leefsituatie – Gaat er van zijn relatie met zijn levenspartner stress uit, welke opvang, bevrediging en steun ondervindt hij van zijn (vaste) relatie? Is de seksuele omgang in overeenstemming met de klachten en het overig functioneren van betrokkene? Ook kan het van importantie zijn hoe de houding van levenspartner ten opzichte van het werken of niet werken van betrokkene is. Een slechte woon-

situatie kan eveneens tot een ongunstige belasting van betrokkene bijdragen. Soms kan een ongunstige financiële situatie (schulden, financiële verplichtingen etc.) de voornaamste reden van betrokkene zijn om een ziekteuitkering na te streven, wat echter een oneigenlijke reden van het in gang zetten van de beroepsprocedure is. Er wordt geïnformeerd naar de vrijetijdsbesteding, de dagvulling buiten het werk, de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL), zelfverzorging, hobby's, sportactiviteiten, etc. De onderzoeker probeert erachter te komen of het overig functioneren in overeenstemming is met de klachten, ook hieraan kan men de schatting van de lijdensdruk en secundaire ziektewinst beter afschatten. Het kan de onderzoeker ook een verdieping van zijn visie over bestaande beperkingen en resterende capaciteiten van betrokkene verschaffen. Hierbij moet men beseffen dat niet de arbeidsgeschiktheid, doch de arbeidsongeschiktheid aan-nemelijk gemaakt moet worden.

Familiaire anamnese – Gegevens over het ouderlijk milieu, ouders, broers en zusters, de gezinsomstandigheden en sfeer thuis vroeger en nu, kunnen ons inzicht geven in de basisvoorwaarden voor het aangaan van latere relaties, de omgang met anderen, zelfzekerheid en de gehele karaktervorming van betrokkene. Zijn er belangrijke bindingen aan bepaalde sleutelpersonen geweest die de latere omgang met anderen, bij voorbeeld op het werk, beïnvloeden (overdracht)? Het is van belang te weten hoe betrokkene vroeger geleerd heeft conflicten op te lossen; dit kan ons inzicht verschaffen bij voorbeeld over de wijze hoe betrokkene het arbeidskundig conflict nu hanteert.

Biografische gegevens – Er wordt uitvoerig aandacht besteed aan zijn levensloop vanaf de geboorte tot nu toe. De onderzoeker kan uit de veelheid van gegevens vaak zowel de karaktervorming, het ontstaan van huidige klachten als de werkstoornissen beter begrijpen. Zo wordt er aandacht gegeven aan de vroege invloeden op de psychische ontwikkeling van betrokkene. Hoe is de vorming van zijn zelfvertrouwen, zijn Ik-sterkte, gewetensfuncties, etc. verlopen? Vaak kan de onderzoeker beter afschatten hoe betrokkene nu zal reageren door kennis te nemen van zijn reacties op frustraties vroeger. Is er sprake geweest van een neurotische ontwikkeling? Waren er traumatische gebeurtenissen die nog steeds doorwerken en tot specifieke overgevoeligheden eventueel stoornissen op het werk aanleiding geven? Hoe hebben de levensinvloeden bijgedragen bij de vorming van het karakter van betrokkene, welke zwakke plekken of juist sterke kanten heeft hij ontwikkeld? Hoe is zijn frustratietolerantie, flexibiliteit, aanpassingsvermogen en zijn algehele belastbaarheid gevormd, wat kan men van betrokkene, wat deze eigenschappen betreft op het werk verwachten? Bij de psychoseksuele anamnese wordt gevraagd naar de seksuele gerichtheid, het vermogen tot emotioneel diepe, intieme relaties te komen. Informatie over de school- en beroepsopleiding kan onder andere inzicht verschaffen over de intellectuele capaciteiten

van betrokkene, tevens of hij werk in overeenstemming met zijn kennis verricht heeft. Verder kan men soms op deze gegevens verdere re-socialisatieplannen afstemmen (b.v. advies voor aanvullende opleiding, herscholing).

Psychiatrisch onderzoek

Ofschoon alle onderdelen van het psychiatrisch onderzoek sterk met elkaar samenhangen zou men enkele onderdelen hierin kunnen onderscheiden.

1. De psychiater is niet in staat betrokkene in zijn eigen milieu of op het werk te observeren, het gedrag van betrokkene kan hij slechts tijdens het onderzoek waarnemen. Deze waarnemingen zijn dan ook voor het totaalbeeld van betrokkene zeer belangrijk. De psychiater heeft in de loop van de tijd door zijn ervaring vaak een bijzondere gevoeligheid voor het snel waarnemen van allerlei gedragsuitingen van de cliënt tijdens het gesprek ontwikkeld. De vergelijking van de anamnestiche gegevens met de waarnemingen tijdens het gesprek (het uiterlijk en gedrag van betrokkene) vergemakkelijkt het de psychiater achter de schermen te kijken. Ook zegt het optreden van betrokkene iets over zijn oprechtheid en geloofwaardigheid. Een goede voedingstoestand, goed verzorgd uiterlijk, veel make-up, opvallende modieuze kleding, vlot spreken, of zelfs lachen past nu eenmaal niet bij depressieve klachten en wijst niet in de richting van een depressie. Het is ook te verwachten dat de onderzoeker tijdens een lang gesprek iets van de hinder van de constante ernstige pijnen, waarover cliënt klaagt, zou moeten bemerken. De keurend psychiater kan bij zijn conclusie niet alleen uitgaan van de klachten van betrokkene, de observatie tijdens het gesprek vult een belangrijke controle hierop. Het is bij voorbeeld aan te nemen dat cliënt, die gedurende drie uur geheel ontspannen met de psychiater kan spreken, voor eenvoudig zittend – parttime – werk geschikt zou kunnen zijn. Tenslotte geeft het gedrag van betrokkene tijdens het onderzoek ook belangrijke aanwijzingen voor zijn contactueel en relationeel functioneren.

2. Eveneens een belangrijk onderdeel van het psychiatrisch onderzoek is de vaststelling van de hogere cerebrale functies, dat wil zeggen de cognitieve oftewel kennende functies (concentratie, aandacht, denken, geheugen), de conatieve functies (handelen en streven) en de affectieve functies. Op grond van de beoordeling van het bewustzijn, aandacht, concentratie, oriëntatie, het denken, geheugen, etc. kan de onderzoeker schatten of betrokkene 'instrumenteel' in staat is een bepaald soort werk te verrichten. Men kan dit onderzoeken zowel door middel van het stellen van bepaalde vragen, als met behulp van het laten schrijven, tekenen of van een psychologisch onderzoek. Naast cognitieve en perceptuele stoornissen zou men ook van stijlen kunnen spreken. De informatie over zo'n bepaalde wijze van informa-

tieverwerking, denken, etc. van een cliënt kan zijn gedrag (of b.v. ziekteverzuim) verduidelijken zonder dat dit op een ziekte of gebrek hoeft te wijzen.

Een specifieke aandacht wordt besteed aan de werkanamnese. Chronologisch worden alle soorten werk, die hij tot nu toe gedaan heeft, de subjectief ervaren werkbelasting en werksatisfactie hierbij bevraagd. Welk soort werk en welke functies heeft hij vervuld of vervult hij nog steeds, waren deze in overeenstemming met zijn capaciteiten, welke aspiraties en eventueel frustraties hierin heeft hij ondervonden? Welke specifieke stressfactoren heeft hij op het werk ondervonden en hoe heeft hij getracht deze op te lossen? Hoe was en is zijn houding ten opzichte van het werk? Vertoonde hij een 'positieve werkstoornis' (workaholic) of zag hij het werk als een noodzakelijk kwaad en heeft hij er met de pet naar gegooid? Hoe was zijn inzet, verantwoordelijkheidsbesef, doorzettingsvermogen, nauwkeurigheid, omgang met materialen etc.? Hieruit kan men de werkmotivatie, arbeidsethos en de algemene werkhouding afleiden. Zijn zijn verwachtingen ten aanzien van het werk reëel? Waarom voelt hij zich niet in staat te werken en onder welke omstandigheden wil hij wel werken? Wat zijn zijn voorkeuren, bij voorbeeld voor hoofdarbeid, of handenarbeid (binnen of buiten)? Waren of zijn er specifieke belemmeringen voor het werk, voortvloeiend uit zijn karakterstructuur of ziekte (zoals straat-, mensenfobie, hoogtevrees, etc.)? Hoe is de relatie van zijn huidige klachten tot zijn werk, hoe belemmeren zijn klachten hem precies in het werk, om welke reden is hij hiertoe niet in staat? Heeft hij een normale binding aan het werk getoond of was er sprake van vage wisselingen? Hoe was en is de relatie met zijn collega's en chefs, hoe was de werksfeer, waren er werkconflicten? Heeft hij voldoende steun en medewerking op het werk gekregen? Is hij tot zelfstandig werken goed in staat of heeft hij veel aanmoediging én steun van anderen nodig? Welke samenwerkings- of organisatieproblemen hebben tot stress of overbelasting geleid?

Uit deze gegevens, door betrokkene verstrekt, tracht de onderzoeker de huidige werkstoornis uit de anamnese te begrijpen, het arbeidsvermogen van betrokkene te schatten en een prognose ten aanzien van werkhervatting te maken. De vervulling van de militaire dienst kan wijzen op de mate van belastbaarheid, flexibiliteit, het vermogen zich aanvreemde situaties aan te passen, relaties te leggen, etc. Ook kan hieruit blijken welke capaciteit betrokkene heeft onder leiding te kunnen functioneren of juist leiding te kunnen geven. Politie en justitie kunnen informatie geven over zijn driftregulatie, antisociale neigingen, zijn normbesef, zijn leefwijze, de mate van betrouwbaarheid en andere aspecten van zijn karakter. De invloed van godsdienst, politieke overtuiging, levensbeschouwing op de houding ten opzichte van werk kan eveneens van belang zijn.

3. Het beeld van de persoonlijkheid van de cliënt zou niet volledig

zijn zonder beschrijving van het temperament en zijn karakterstructuur. Vaak wordt voor verduidelijking van de persoonlijkheid van de onderzochte een psychodynamisch concept gebruikt. Onder superego worden zowel de idealen, waarden, het normbesef als de zelfwaardering gebracht. Het Ego (het Ik) heeft betrekking op het integratief vermogen, de wijze van contactleggen en relaties onderhouden met de omgeving en de afweermechanismen die men hanteert. Onder Es wordt het driftmatig reageren (agressieve of seksuele impulsen) verstaan. Het is bij voorbeeld van belang te weten hoe men in stress-situaties reageert, of men in principe voor fight (zich naar buiten uiten, vechten), flight (vluchten, regressie) of fright (pas op de plaats maken, angst en vrees) kiest.

4. Sommige psychiaters gebruiken een of enkele meest gangbare psychologische tests als een extra check op hun psychiatrisch onderzoek. Bij voorbeeld met behulp van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst, of de Nederlandse Persoonlijkheids-Vragenlijst kan men extra informatie verkrijgen over het vermoeden dat cliënt emotioneel (neurotisch) geremd is of over het vermoeden dat het een karakterneurose betreft (Beerends en Van Goozen 1986). Psychologisch testonderzoek is in het algemeen onvoldoende om psychopathologie aan te tonen. Het psychiatrisch onderzoek is voor dit doel het beste geschikt. Wil de psychiater een meer nauwkeurig beeld van de karakterstructuur en de hogere cerebrale functies van de cliënt verkrijgen en tevens deze bevindingen in maat en getal uitgedrukt zien, dan kan hij een psycholoog om een verder onderzoek verzoeken. De psycholoog kan gebruik maken van verschillende testmethodes, welke hij kiest aan de hand van de gepresenteerde problematiek en bevindingen, verkregen in het diagnostisch gesprek met de cliënt. Het psychologisch onderzoek kan inhouden:

- psychodiagnostisch onderzoek naar psychopathologische en/of mentale functiestoornissen;
- psychotechnisch onderzoek naar het capaciteitsniveau, de aanleg, de leer vermogens, de specifieke arbeidsvaardigheden, de arbeidsrelevante persoonskenmerken en eigenschappen;
- beroepskeuzeonderzoek naar de belangstelling en motivatie voor bepaalde beroepen en functies.

Gegevens van anderen

Heteroanamnese en inlichtingen uit de behandelende sector kunnen de juistheid van de door de psychiater verkregen gegevens bevestigen, in twijfel trekken en zijn visie over de verzekerde corrigeren. Daar het psychiatrisch onderzoek een momentopname is kunnen inlichtingen van familieleden of vrienden die betrokkene tijdens het onderzoek begeleiden of van de behandelende artsen een zinvolle informatie over de situatie van verzekerde, zijn leef- en werkmilieu geven.

Heteroanamnese— Vooral de partner, kinderen, familieleden of vrienden kunnen het beeld van de verzekerde en zijn levenssituatie in belangrijke mate complementeren. Het gaat niet alleen om de specifieke vraag over hun visie op zijn/haar arbeidsongeschiktheid en eventueel de kans op herstel daarvan, doch ook over wat men van betrokkene vindt als mens, qua karakter, zijn sociale levenssituatie, instelling, activiteiten en dergelijke. Het is eveneens belangrijk de sociaal-maatschappelijke factoren zoals opvang door de familie en vrienden, hun steun bij zijn/haar streven naar resocialisatie, compensatoire mogelijkheden e.d. bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de begeleiding naar werkhervatting te schatten.

Inlichtingen van de behandelende sector — De informatie van de huisarts en de behandelende specialisten kunnen zowel schriftelijk als mondeling (telefonisch) ingewonnen worden. Vaak geeft een combinatie hiervan het meest bevredigend resultaat, daar de behandelend arts het niet altijd opportuun acht schriftelijk alles vast te leggen. In het gesprek kan men ook bepaalde nuances beter weergeven. Soms vindt de keurend arts reeds in het dossier informatie uit de behandelende sector, het is in dit geval gewenst de verzekerde te verzoeken commentaar hierop te geven. We volstaan hier verder met het bespreken van slechts enkele relevante aspecten van de informatieuitwisseling binnen de keuringspraktijk. Voor meer complete gegevens hierover wordt verwezen naar publikaties van de KNMG (1968, 1978, 1985). In de vakliteratuur wordt vaak de wens geuit dat de verzekeringsgeneeskundige alleen in gezamenlijk overleg met de behandelende sector tot specialistische expertise besluit (Franssen 1986). Dat zou ook het vertrouwen tussen de verzekeringsgeneeskundige en de verzekerde bevorderen. De verzekeringsgeneeskundige is het in tegenstelling tot de keuringsarts verder toegestaan, ook zonder dat hij de cliënt tevoren heeft gezien, inlichtingen aan de behandelend geneesheer te vragen, waarmee hij soms veel onnodig medisch onderzoek kan voorkomen. Anderzijds heeft de cliënt recht op bescherming van zijn privacy, dat wil zeggen dat de gegevens, die voor een ander doel zijn verzameld, te weten de genezing van zijn ziekte, niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden gebruikt mogen worden. Het toezenden van kopieën van ontslagbrieven of rapporten, die voor een ander doel werden opgesteld of uitgebracht, moet in het algemeen ongewenst worden geacht (Bol 1977; KNMG 1984). De keurend arts is ook oneigenlijk bezig indien hij de behandelend arts zijn visie over de arbeidsongeschiktheid vraagt. Deze vraag moet de keuringsarts zelf beantwoorden. Wel kunnen de inlichtingen over de medische toestand van de cliënt van essentieel belang zijn voor de vorming van zijn conclusie omtrent de arbeidsongeschiktheid van de cliënt. De behandelend arts kan schriftelijke inlichtingen alleen verstrekken na het verkrijgen van een schriftelijke toestemming hiervoor van de cliënt (CMT 1986). Voor het vragen van inlichtingen is

geen toestemming nodig; het vragen staat vrij, het antwoorden niet. In zijn uitspraak heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege eveneens erop gewezen dat het juist zou zijn, indien de cliënt in de gelegenheid gesteld zou worden de over hem verstrekte inlichtingen aan de keurend specialist te mogen inzien en deze zo nodig te corrigeren (CMT 1986; KNMG 1982).

Volgens de Beroepswet (die de organisatie en procedure van de Raad van Beroep voor de sociale verzekering regelt), artikel 137, lid 2, moet de vaste deskundige aan de behandelend geneesheer de gelegenheid bieden hem 'van oordeel te doen blijken'. Die gelegenheid behoeft niet te worden geboden aan een arts wiens oordeel, zoals uit het dossier blijkt, de vaste deskundige deelt. Ofschoon de vaste deskundige de behandelend arts slechts bovengenoemde gelegenheid moet bieden, wacht hij in de meeste gevallen toch op zijn reactie en zijn informatie. De behandelend arts hoeft niet op deze, hem geboden gelegenheid te reageren. De behandelend arts kan, zo hij dit nodig acht, om een onbillijk oordeel voor de cliënt te voorkomen, wel reageren op het door de keurend arts hem meegedeeld voorlopig oordeel. Op deze wijze hoeft de behandelend arts de behandelrelatie met zijn patiënt niet te schaden, hij reageert alleen als hij meent dat de deskundige zich vergist (Waverijn 1977). Een dergelijke summiere reactie van de behandelend arts (een soort alarmsysteem) heeft zeker zijn nadelen. Een voldoende, adequate informatie van de behandelend arts kan de juistheid van de conclusie van de keurend arts bevorderen. Naar het oordeel van de Werkgroep vaste deskundigen procedure 1984 is de informatie vanuit de behandelende sector onmisbaar voor een zorgvuldige en verantwoorde beoordeling, zeker ook gezien vanuit het standpunt van de klager. Dit ondanks het feit dat in de praktijk de verkregen informatie in bepaalde gevallen het eindoordeel van de vaste deskundige niet wezenlijk beïnvloedt. Het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) legt bij de uitwisseling van de medische gegevens nadruk op de noodzaak zo veel mogelijk objectieve bevindingen te verstrekken. Op grond van deze kan dan iedere arts onder eigen verantwoordelijkheid zijn subjectieve conclusies trekken. Het is echter te betwijfelen of een medisch oordeel geheel objectief kan zijn. Schuurmans Stekhoven wees erop dat de mens nu eenmaal een sociopsychosomatische eenheid is, die men bij de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling niet in mootjes kan en mag hakken (Schuurmans Stekhoven 1977).

Het CMT is niet van oordeel dat de behandelend arts inlichtingen aan de deskundige van een Raad van Beroep moet weigeren op grond van zijn beroepsgeheim, doch 'alleen voor zover de gevraagde inlichtingen gegevens betreffen die de deskundige door een eigen onderzoek of door een aan een andere arts op te dragen onderzoek te weten zou komen'. Het CMT heeft de categorieën van gegevens die de keurend arts niet door middel van eigen onderzoek kan verkrijgen nader omschreven (Waverijn 1977).

De inlichtingen van de behandelende sector aan de deskundige van een Raad van Beroep dienen volgens het CMT het belang dat de beroepsrechter een juist inzicht in de medische aspecten van de klager verkrijgt en dat doublures van de medische onderzoeken vermeden worden (Kortbeek 1977). Kortbeek (1977) meent echter dat het CMT terecht objectiviteit en zorgvuldige selectie van relevante gegevens wenst, doch dat de formulering die het CMT hierbij hanteert zo ruim gekozen is dat men bij letterlijke opvatting daarvan ook uitwisseling van informatie achterwege zou moeten laten, die wel bijdraagt tot een goede oordeelsvorming en stellig in het belang is van de rechtzoekende. Sanders, voorzitter van de KNMG, stelt dat, naarmate de vraagstelling gecompliceerder en het te verkrijgen gegeven van meer betekenis is voor het uiteindelijk oordeel, het in het belang van de zorg van de patiënt lijkt dat vrager en verstrekker van de medische gegevens zich in door henzelf te bepalen tempo en op een daarvoor geschikt moment met meer aandacht concentreren op het formuleren van verzoek en antwoord. Dit kan volgens Sanders in het algemeen beter bij een schriftelijk contact plaats vinden dan tijdens een gesprek (Sanders 1977). Wettelijk is echter ook mondelinge of telefonische uitwisseling van informatie mogelijk (art. 72 Beroepsreglement, KB 1 augustus 1956, Stbl. 423).

Samenvatting en overwegingen

Dit onderdeel van het psychiatrische rapport is bijzonder belangrijk en de praktijk wijst uit dat hieraan vaak weinig aandacht wordt besteed. Elk keurend psychiater volgt een eigen systeem volgens welke hij de onderzoeksgegevens ordent tot een logisch geheel, waaruit als het ware vanzelfsprekend de conclusie volgt.

De onderzoeker kan in zijn overwegingen laten blijken dat hij op de hoogte is van de wettelijke criteria van de arbeidsongeschiktheid en het werk (functie) waarvoor verzekerde gekeurd wordt. Het feit dat men bij voorbeeld onder psychiatrische behandeling is, hoeft lang niet altijd synoniem te zijn met arbeidsongeschiktheid (Besamusca-Ekelschot 1985). Karakterstructuur, relationele problematiek, asthenie psychische of lichamelijke habitus, leeftijdsfactoren, financiële en andere sociale problemen kunnen werkbeperkingen geven, doch deze hoeven niet zwaarder geïnterpreteerd te worden dan bij andere, lichamelijk/geestelijk gezonde personen. Men kan in algemene zin arbeidsgeschikt zijn voor bepaald werk, doch niet in specifieke zin, in de zin der wet. Een gezonde jongeman van 20 jaar kan nu eenmaal moeilijk een directievergadering van een bedrijf voorzitten, een vrouw boven de 50 jaar kan slecht 25 kg tillen, een man van boven de 50 jaar is slecht in staat als verkeerspiloot te werken, ook als het niet wegens ziekte is! Men moet nagaan welke karakteristieke kenmerken van ziekte in geval van verzekerde te vinden zijn, zodat men van

een ziekte of gebrek in de zin der wet kan spreken. De definitie van ziekte en omschrijving van de criteria hiervan blijft vooralsnog van essentieel belang voor de keurend psychiater. Hierover vindt men in de literatuur voldoende informatie (o.a. Kabelá 1986b). We volstaan hier slechts met het noemen van de meest belangrijke kenmerken van ziekte. In de eerste plaats moet er een stoornis of een aandoening bestaan die gekenmerkt is door een dusdanige soort en/of ernst van symptomatologie dat men eronder lijdt en zowel fysiologische als functionele beperkingen hiervan ondervindt. De aandoening is een proces, dat wil zeggen een zich in de tijd uitstrekkende gebeurtenis. Dit proces is van een autonoom karakter, men kan er zelf voor een belangrijk deel niets aan doen ('excusabiliteit'). Er bestaat een sterk verlangen naar de opheffing van de ziekelijke toestand en daardoor werkt men mee aan de therapie.

Naast de vaststelling van een ziekte of gebrek kan men de toestand van verzekerde uitdrukken door middel van een diagnose (bij voorbeeld volgens het DSM-III-systeem). De omschrijving van de ziekte-toestand of de diagnose van de verzekerde moet wijzen op de functiebeperkingen en de gevolgen hiervan voor het werken. Is dit niet goed te omschrijven dan moet men in ieder geval de contra-indicaties voor het werken aangeven. Daar het 'ziektemodel' hiervoor meestal ontoereikend is, moet deze aangevuld worden met het 'invaliditeitsmodel', waarvan de onderdelen door de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps van de World Health Organisation gedefinieerd zijn (De Jong, Bruinsma e.a. 1981; Haber 1967; Kóten en Timmer 1980). Aan de hand hiervan kan men de 'afwezigheidsnoodzaak' belichten. Om een volledig beeld van de problematiek van de verzekerde, zijn situatie en mogelijkheden te geven kan de keurend psychiater eveneens aangeven hoe de afwezigheidsgelegenheid en afwezigheidsbehoefte in dit geval eventueel invloed op de afwezigheidsnoodzaak en/of de invaliditeit uitoefenen (De Jong e.a. 1981). Het bijgaande schema (schema 1) kan hierbij gevolgd worden.

In de samenvatting wordt getracht een samenhang aan te tonen tussen de achtergronden van betrokkene, zijn levensloop, de werk-anamnese, zijn karakterstructuur en de ziekte of het gebrek. De onderzoeker streeft ernaar het geheel hiervan begrijpelijk te maken, te zoeken naar de etiologie, de verklaring van de (psychische) decompensatie en de hieruit voortvloeiende werkstoornissen. De gevonden feiten worden kort gerangschikt tot een klinisch-descriptief-fenomenologische of psychodynamische schets en van etiologische beschouwingen voorzien. Hierbij moet men zich behoeden voor het volgen van een al te simpele rechtlijnigheid, voor het al te snel verbanden te leggen tussen een bepaald soort stress, welke tot arbeidsongeschiktheid aanleiding zou geven. De bevindingen, verkregen in het gesprek met betrokkene, alsook de externe informatie, worden aan elkaar gelineerd en er wordt bekeken of en in hoeverre de feiten en de ge-

Schema 1

ziekte

(etiologie, pathogenese, pathologie, symptomen, het verloop, prognose)

↓
functionele beperkingen ('impairments'):

- energetische
- locomotoire
- perceptief-mentale
- psychosociale

of

gebrek (een toestand waarbij vermindering bestaat van lichamelijke of geestelijke functies: functionele stoornissen)

↓
vaardigheidsbeperkingen ('functional limitations' of 'disabilities'; bepaalde beroepsactiviteiten kunnen niet of slechts in beperkte mate verricht worden)

hieruit wordt de afwezigheidsnoodzaak geschat

in relatie met

arbeidsbelasting (soort werk welke men geacht wordt te verrichten)

en

begeleidingsmogelijkheden: curatief: therapie en revalidatiemogelijkheden
op het bedrijf: aanpassing werk of verbetering werksfeer, promotiekansen, e.d.

hierbij komt invloed van:
afwezigheidsgelegenheid (sociale wetgeving: uitkeringshoogte en uitkeringsvoorwaarden, de wettelijke criteria van ziekte)
en:
afwezigheidsbehoefte (arbeidsbeleving, arbeidsethos, werkgelegenheidsdispositie, arbeidsmarkt, inkomenspositie)

↓
invaliditeit ('disability' of 'handicaps')

maakte deelconclusies onderling consistent zijn en wat uit eventuele inconsistentie moet worden besloten. De samenhang met het uiteindelijke oordeel, aangaande de arbeidsongeschiktheid, moet redelijkerwijs ook door derden te volgen zijn, c.q. in elk geval door ter zake deskundigen gecontroleerd kunnen worden. Het is wenselijk aan te geven welke gegevens meer objectief en welke meer subjectief zijn of interpretaties van de onderzoeker. Het is te verwelkomen als de onderzoeker ook zijn subjectieve indrukken ten opzichte van de cliënt aangeeft en van commentaar voorziet. Op deze wijze kan de onderzoeker de opdrachtgever laten blijken dat hij zich bewust was van zijn emotioneel bepaalde houding ten opzichte van de cliënt en de tegenoverdracht en dat hij hiermee rekening gehouden heeft. De subjectieve aspecten zijn wezenlijke bestanddelen van een psychiatrisch onderzoek. Het is soms wenselijk dat de onderzoeker aangeeft dat deze geen negatieve invloed op zijn conclusies gehad hebben. De onderzoeker moet de opdrachtgever zijn denkproces, zijn redeneringen en argumentaties zichtbaar maken. Dit ontlast bij de formulering van de conclusie ook zijn geheugen, het helpt hem beter de argumenten te ordenen, te formuleren en het geheel te overzien. De onderzoeker moet niet alleen laten zien hoe hij de gevonden feiten interpreteert. Het is een goede gewoonte om argumenten te noemen die voor, en argumenten die tegen de arbeidsongeschiktheid pleiten. Op deze wijze kan de opdrachtgever zien dat de onderzoeker alle aspecten nauwkeurig overwogen en geschat heeft. Het is een punt van discussie of de onderzoeker ook de mate van zekerheid van zijn conclusie zou moeten aangeven. In de overwegingen moet hij duidelijk aangeven waarom bepaalde argumenten belangrijker zijn dan andere. Eveneens is het wenselijk aan te geven waarom zijn conclusie op grond van dezelfde bevindingen verschillend is in vergelijking met die van de verzekeringsgeneeskundige, zodat deze de rechter een adequaat commentaar hierop kan geven en de rechter dan beter kan beoordelen.

De opvattingen van de onderzoeker, de onderzochte en zijn familie, de behandelende sector omtrent de wenselijkheid van therapie en therapeutische mogelijkheden beïnvloeden zowel de vaststelling van een ziekte, van de arbeidsongeschiktheid, als de schatting van de prognose en de resocialisatievoorstellen. Het advies over resocialisatie moet ook uitvoerbaar zijn. Aanbevelingen als: 'betrokkene moet onder begripende, vaderlijke figuur werken, die hem veel steun zal bieden'; 'als hij behoefte heeft zich terug te trekken, moet hij de kans hiertoe krijgen'; 'hij moet zijn creativiteit ruim in zijn werk kunnen toepassen', etc., getuigen van onvoldoende realiteitsbesef van de onderzoeker. Dergelijke weinig praktische, vage, adviezen of het nalaten van enig advies heeft mogelijk geleid tot de bekende ironische opmerking over psychiaters: De chirurg weet weinig maar doet veel, de internist weet veel maar doet weinig, de psychiater weet niets en doet niets.

Hierna volgt de *conclusie*, wat inhoudt een korte, duidelijke beantwoording van de directe vraagstelling van de opdrachtgever voor dit onderzoek. Zoals reeds gezegd moet de inhoud van het rapport werken naar de conclusie toe, deze moet niet zomaar als een slag uit heldere hemel vallen.

Biogram

Het is een goede gewoonte bij het rapport overzichtelijk, schematisch de belangrijkste gebeurtenissen in het leven van de cliënt, keuringen en soort uitkeringen aan te geven. Op deze wijze kan ieder in een oogopslag het levensverloop van betrokkene overzien en aan de hand hiervan beter de beschouwingen volgen. In het biogram (zie bijlage 1) wordt aangegeven: de leeftijd, het jaar (de chronologische volgorde in de loop van de tijd), de levensgebeurtenissen, crises en traumata's, familieomstandigheden, verder de schoolopleiding, beroep en werkanamnese, hiernaast de ziektes, opnames, operaties en behandelingen, ten slotte de medische keuringen en uitkeringen.

Functiebeperkinglijst

De opdrachtgevers hanteren overzichtslijsten, waarop de medische specialisten lichamelijke en psychische functie- en vaardigheidsbeperkingen kwantitatief kunnen aangeven (de bedrijfsverenigingen: ACD-lijsten, de Raden van Beroep: Bijlage vraagstelling geneeskundig onderzoek, War pensions committee-schaal e.d.). Deze lijsten zijn voor beoordeling van het psychisch functioneren ongeschikt. Het is verwonderlijk dat men tot nu toe geen pogingen heeft gedaan een dergelijke beoordelingslijst ten dienste van de keurend psychiaters te ontwerpen. Hierbij volgt een poging van de auteur (zie bijlage 2). De bedoeling hiervan is overzichtelijk de werkcapaciteiten en belemmeringen op *psychische gronden* weer te geven, die in de tekst van het rapport nader beschreven moeten worden. De psychiater kan zelf op zo'n lijst de mentale capaciteiten en beperkingen van de onderzochte aangeven. Daarnaast kan hij vooral aan die aspecten aandacht besteden die de opdrachtgever als van belang zijnde tevoren aangegeven heeft.

Tot slot

Het psychiatrisch onderzoek betreffende de beoordeling van het arbeidsvermogen vormt een essentiële grond voor de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid door een bedrijfsvereniging of een Raad van Beroep, in geval dat een verzekerde meent wegens psychische redenen niet in staat te zijn te werken. Zowel de vorm als de inhoud hiervan wisselt sterk per onderzoeker en het is niet verwonderlijk dat de

kwaliteit van een psychiatrische rapportage veel kritiek ontmoet. Met dit artikel werd gepoogd een beter inzicht te verschaffen in de uitvoering van het psychiatrisch onderzoek en de samenstelling van het psychiatrische rapport. Aan enkele onderdelen werd extra aandacht geschonken, onder andere aan het verkrijgen van de collegiale inlichtingen, de vaststelling van een ziekte en het hieruit voortvloeiend onvermogen te werken. Ook werd een poging gedaan een functiebeperkinglijst te ontwerpen die beter geschikt is voor de beoordeling van het arbeidsvermogen op psychische gronden dan de tot nu toe gehanteerde lijsten, welke voornamelijk op de lichamelijke pathologie gericht zijn.

De verbetering van de kwaliteit van de psychiatrische rapportage vereist een bredere discussie in de vakliteratuur. Op deze wijze kan men onder andere tot meer uniforme rapportage komen die voor de opdrachtgevers meer inzichtelijk is en de kwaliteit hiervan beter toetsbaar. Dit concept kan een aanzet zijn tot verbetering van de kwaliteit van de psychiatrische rapportage.

Literatuur

- Asbreuk, Chr. (1985), Fataliteit van ziekte mag geen criterium zijn. *De Volkskrant*, 1 juni 1985.
- Beerends, H., en S. van Goozen (1986), *De rol van psychologische tests in het diagnostiseren*. Scriptie, Psychologisch Laboratorium, afd. Methodologie (dr. P. Koele), Universiteit van Amsterdam.
- Bol, F.A. (1977), Uitwisseling van medische gegevens. *Medisch Contact*, 32, 367.
- Brunsting, R.C., B.J.M. Delemarre, H.A. Waal en J. van Mansvelt (1974), Enkele gegevens betreffende neurologische keuringen voor de Raad van Beroep. *Sociaal Maandblad Arbeid*, 245-251.
- Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) (1986), Informatie aan verzekeringsgeneeskundige; klacht in hoger beroep afgewezen. *Medisch Contact*, 41, 150-151.
- Chiswick, D. (1985), Use and abuse of psychiatric testimony. *British Medical Journal*, 290, 975-977.
- Franssen, B.J.M. (1986), Functionele stoornissen. Bij de dood van een verzekeringsgeneeskundige. *Medisch Contact*, 41, 5.
- Haber, L.D., en R.T. Smith (1971), Disability and deviance: normative adaptation of role behavior. *American Sociological Review*, 36, 87-97.
- Hoefnagels, G.P. (1982), *Opstellen over rapportage*. Van Gorkum, Assen, 7e dr., p. 119.
- Hoencamp, E., en J.A. Schipper (1985), Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep. Ervaringen met 456 rapporten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 1, 3-18.
- Hullenaar, R. van 't, en B. van Koningsveld (1986), *Afgebrand of afgedankt*. Acad. proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Jong, A. de, R. Giel, C.J. Slooff en D. Wiersma (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 61, 78-85.

- Jong, Ph. de, H. Bruinsma, L. Aarts en J.P. Hop (1981), *Determinantenonderzoek WAO. Fase 1. Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer*, p. 109.
- Kabela, M. (1983), Literatuurlijst Arbeidsongeschiktheid op psychische gronden. *Literatuurbulletin Geest. Volksgezondheid*, NCGV, Utrecht, nr. 2, 15.
- Kabela, M. (1985), Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep (4). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 3, 290-294.
- Kabela, M. (1986a), Psychiatrische rapportage ten behoeve van de Raden van Beroep: een exploratief onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 113-1136.
- Kabela, M. (1986b), Psychiater en arbeidsongeschiktheid. 1: Het begrip 'ziekte'. *Medisch Contact*, 41, 1547-1548.
- Knepper, S. (1983), Een analyse van 500 schattingen AAW/WAO voor de Raad van Beroep. Een scriptie in het kader van de opleiding tot geregistreerd verzekeringsgeneeskundige aan de Stichting Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht. Gem. Medische Dienst, Den Haag, p. 45.
- Knepper, S. (1986), Rapportage, een kunst apart. Aangeboden ter publikatie aan het NTvG.
- Knepper, S. (1985), Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep (3). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 3, 289-290.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (1982), *Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen, Intercollegiale Informatie en Medische Informatie*. KNMG, Utrecht, zevende uitgave.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (1984), *Gedragsregels voor artsen*. KNMG, Utrecht, herziene uitgave.
- Kortbeek, L.H.Th.S. (1978), Patiëntengegevens en de Beroepwet. *Nederlands Juristenblad*, 17, 332-339.
- Koten, J.W., en M. Timmer (1980), Zicht op handicaptypologie. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 58, 481-484.
- Meijs, J. (1974), De mythe van de deskundigheid. *Medisch Contact*, 29, 1367-1368.
- Ruijsendaal, P.H. (1985), Vooroordelen in psychiatrische rapporten. *Sociaal Maandblad Arbeid*, 383-397.
- Sanders, H.W.A. (1977), Van wet en leer naar spelregels en richtlijnen. *Medisch Contact*, 32, 1341-1342.
- Schuurmans Stekhoven, W. (1977), Relatie 'vaste deskundige' - behandelend/controlerend arts. *Medisch Contact*, 32, 590-592.
- De Telegraaf (1984), Postbode betrapt op diefstal van geld uit brieven. *Telegraaf*, 22 augustus 1984.
- Vanmeulenbrouck, H.M.W. (1982), De ontwikkeling van het begrip 'ziekte' en het begrip 'arbeidsongeschiktheid' in verband met de sociale verzekeringswetgeving. In: F. Doeleman (red.), *Verslag van de Boerhaave-cursus over Arbeidsongeschiktheid, ziekte en sociale verzekering*, 5 februari 1982, Faculteit der Geneeskunde, RU Leiden, p. 41-57.
- Visser, W.H. (1985), Psychiatrische expertises voor de Raad van Beroep (5). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 1040-1042.
- De Volkskrant (1986), Parketwachters Rotterdam melden zich dag ziek. *Volkskrant*, 9 april 1986, 6; B en W sturen 'zieke' brandweerlieden door voor controle naar arts. 21 maart 1986, 1; Werknemers komen vaak onte-

recht in de WAO. 6 maart 1986, 11; Kamer geschrokken van 'staking' piloten F-16 straaljagers. 27 februari 1986.

Waverijn, A.C.P.J. (1977), Uitwisseling patiëntengegevens. *Medisch Contact*, 32, 426.

Werkgroep vaste-deskundige-procedure (1984), *Rapport inzake het feitelijk functioneren van de vaste deskundige procedure (art. 131 t/m 144 Beroepswet)*. Utrecht, 24 en bijlagen. (Te verkrijgen bij de Centrale Raad van Beroep te Utrecht of andere Raden van Beroep.)

Bijlage 1: Biogram

jaar	leef-tijd	levensgebeurtenissen, trauma's en crises, familie-omstandigheden	school, opleiding en beroep, werkanamnese	ziekten, opnamen, operaties, behandelingen	keuringen	uitkeringen

Schrijver is psychiater, werkzaam in het Elisabeth Gasthuis, Postbus 417, 2000 AK Haarlem.

Bijlage 2: Functiebeperkinglijst

	geen/ neen	weinig	voldoende	veel
<i>Karakter- en persoonlijkheidsaspecten</i>				
Extrovert, naar buiten toe.....				
Doorgaans opgeruimd, opgewekt.....				
Gelijkmatig gehumeurd.....				
Wisselend van stemming.....				
Vermogen tot nauwkeurigheid, exactheid, systematiek.....				
Neiging tot perfectionisme, detailisme.....				
Neiging tot langdradigheid, kleverigheid.....				
Vermogen concreet, zakelijk, to the point zijn.....				
Neiging tot dwangmatig, star denken.....				
Vermogen tot flexibiliteit, aanpassingsvermogen.....				
Creativiteit, inventiviteit, improvisatievermogen.....				
Ordelijkheid, netheid.....				
Neiging risico's te nemen, voorkeur voor avontuur.....				
Vermogen beslissingen te nemen, besluitvaardigheid.....				
Zelfcontrole, zelfbeheersing.....				
Zeker van zichzelf, zelfvertrouwen, zelfwaardering.....				
Kan voor zijn mening uitkomen.....				
Treedt op de voorgrond.....				
Achterdochtig, wantrouwend.....				
Verantwoordelijkheidsbesef, plichtsgetrouw.....				
Algemene psychische stabiliteit, Ik-sterkte.....				
Het aankunnen van teleurstellingen, kritiek, frustratietolerantie.....				
Vermogen conflicten, ruzie's te bespreken en op te lossen.....				
Zelfkritische instelling, vermogen tot zelfkritiek.....				
Neiging tot autoriteitsconflicten, tot verzet.....				
Vermogen logisch, geordend, systematisch te denken.....				
Snelheid van begrip, denktempo.....				
Leervermogen.....				
Intellectuele vaardigheden.....				
<i>Contactuele/relatieve eigenschappen</i>				
Kenmerken van zijn/haar gedrag en houding t.o.v. collega's, chefs, ondergeschikten, klanten:				
Leuk en open.....				
Beleefd en correct.....				
Collegiaal en hulpvaardig.....				
Rustig en beheerst.....				
Vriendelijk, gemoedelijk.....				
Afstandelijk, koel.....				
Verdraagzaam, openstaan voor ideeën van anderen.....				

		geen/ neen	weinig	voldoende	veel
<i>Werkattitude en andere werkaspecten</i>					
Geschiktheid/voorkeur	voor theoretisch-denkwerk.....				
	voor praktisch werk, handenar- beid.....				
	afgebakende, korte, snelle werktaken.....				
	lange, evolutieve processen.....				
	binnenwerk.....				
	buitenwerk.....				
	leidinggevende, organisatori- sche functies.....				
	zelfstandig werk/functies.....				
	werken in teamverband, deel- nemen aan overlegsituaties.....				
	om in een hiërarchisch systeem, onder leiding te werken.....				
	onder normale werkstress te werken.....				
	werkpieken, extra stress aan te kunnen.....				
	wisselingen in de werkbelasting aan te kunnen.....				
	werkprestaties, hoeveelheid werk.....				
	om weinig geordend evt. chao- tisch werk te verrichten.....				
	overzichtelijke, duidelijke ta- ken.....				
Is leergierig, gemotiveerd zich verder te bekwamen.....					
Afhankelijk van steun, opvang, leiding van anderen.....					
Heeft overwicht op anderen, dwingt respect af.....					
Toont initiatief, motiveert anderen.....					
Arbeidsmotivatie, werklust, werkinzet, werkijver.....					
Werktempo.....					
Geïnteresseerdheid/betrokkenheid bij het werk.....					
Voert taken nauwgezet uit, werkdiscipline.....					
Uithoudings- en doorzettingsvermogen.....					