

# Psychiatrische rapportage ten behoeve van de Raden van Beroep: een exploratief onderzoek

door M. Kabelá

## Samenvatting

In het artikel vindt men de resultaten van een opinieonderzoek, verricht bij een dertigtal psychiaters, betreffende hun visie op de psychiatrische rapportage over de arbeidsongeschiktheid. Enkele tekorten van de psychiatrische beoordelingen worden hier nader belicht. Ook worden er enkele criteria genoemd, aan welke het psychiatrisch rapport zou moeten voldoen. Men wenst een betere opleiding voor dit specialistisch werk en hoopt dat ook de standaardisatie van de rapportage de kwaliteit hiervan zal verbeteren.

## Inleiding

De psychiater heeft naast de hulpverlening een belangrijke taak als voorlichter van verschillende maatschappelijke instanties, zodat deze in allerlei zaken de juiste beslissingen kunnen nemen en op adequate wijze de wetten kunnen toepassen. Vele psychiaters worden door overheidsinstanties als vaste deskundigen of incidenteel ingeschakeld om een oordeel te geven over de psychische toestand van diverse personen en consequenties hiervan voor hun arbeids(on)geschiktheid, over hun (on)vermogen aan het verkeer deel te nemen, hun toerekeningsvatbaarheid in juridische zin en dergelijke.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft gesteld dat een arts, voor zover dit op zijn terrein ligt, naar vermogen dient mee te werken aan een juiste uitvoering van de sociale wetten. Hij dient bij zijn adviezen doeltreffend en kritisch te werk te gaan, zodat de sociale wetten zo verantwoord en efficiënt mogelijk kunnen worden uitgevoerd. Een arts moet echter controle of keuring van een cliënt niet op zich nemen, als er uit hoofde van een bestaande of vroegere relatie gereede twijfel kan bestaan aan zijn onafhankelijk oordeel (KNMG 1978, p. 13).

De psychiater wordt ook bij de uitvoering van de sociale wetten, de Ziekewet (ZW), de Wet op de Arbeids-Ongeschiktheid (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheids-Wet (AAW) betrokken.

Het is voor iedere betrokkene, de klager, de rechter en de psychiater,

van belang dat het psychiatrisch onderzoek op de beste wijze uitgevoerd wordt. Door middel van een enquêteonderzoek bij 32 psychiaters in 1983/1984 werd nagegaan hoe ze over de psychiatrische rapportage inzake de sociale wetgeving denken en hoe deze eventueel te verbeteren valt.

In dit artikel worden eerst de plaats van de psychiater in de beroepsprocedure en de criteria die aan psychiatrische rapportage gesteld worden, besproken, waarna de conclusie van het opinieonderzoek volgt.

### **De plaats van de psychiater in de beroepsprocedure**

Werknemers die verzekerd zijn krachtens de loondervingswetten (de ZW, AAW, WAO) krijgen in geval van ziekte een geldelijke compensatie van hun loon. De uitvoering hiervan berust bij de Bedrijfsverenigingen. Ontstaat er tussen de werknemer en de verzekeringsgeneeskundige van een Bedrijfsvereniging onenigheid omtrent zijn wel of niet ziek zijn en wordt diens gevolgde de werknemer het recht op een ZW-, AAW- of WAO-uitkering geweigerd, dan kan hij tegen deze beslissing van de Bedrijfsvereniging in beroep gaan bij de Raad van Beroep. De verzekeringsgeneeskundige van de Bedrijfsvereniging vraagt in dergelijke gevallen soms een psychiatrische expertise aan om, indien de verzekerde zich tegen de beslissing omtrent de arbeidsongeschiktheid verzet, door een psychiatrisch oordeel beter gesteund te zijn. Elke Raad van Beroep beschikt over enkele beëdigde medische specialisten, onder andere psychiaters, die de rechter in geval van ziektegevallen verplicht is te consulteren (art. 102 van de Beroepswet). In geval van AAW/WAO-klagers besluit de rechter vaak hiertoe daar hij zelf als niet-medicus de redenatie van de medici slecht kan beoordelen. Deze vaste deskundigen van de Raden van Beroep worden geacht onafhankelijk en onpartijdig te zijn. Ze mogen onder andere geen therapeutische relatie met de verzekerde hebben, en mogen niet in overheidsdienst werkzaam zijn.

*Wat verwacht de opdrachtgever van de keurend psychiater?* – In geval van Ziektewet worden naast de beoordeling van het onvermogen tot werken op psychische gronden ook de psychiatrische diagnose, therapie mogelijkheden en prognose gevraagd. In geval van de AAW/WAO moet de psychiater het feitelijk onvermogen tot werken van de verzekerde in het algemeen of onvermogen passend werk te verrichten beoordelen. De rechter is slechts hierin geïnteresseerd. Als er van de psychiater een expertise door een verzekeringsgeneeskundige gevraagd wordt, dan kan de psychiater veel beter zijn psychiatrische vakkennis betreffende de behandelingsmogelijkheden gebruiken en zijn neiging als therapeut op te treden bevredigen. In geval van een expertise op verzoek van een verzekeringsgeneeskundige behoort hij

tot één van de partijen in het geschil.

Bij expertises, gevraagd door een verzekeringsgeneeskundige, is meestal het arbeids- en verzekeringskundig conflict actueel, terwijl in geval van een rapportage voor de Raad van Beroep het bijna altijd gaat om een retrograde beoordeling, wat veel moeilijker is, mede doordat de gegevens in het dossier vooral somatisch gericht zijn.

De verzekeringsgeneeskundige moet trachten te bewijzen dat hij op medische, vakkundige gronden de juiste beslissing inzake de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde genomen heeft, wat de verzekerde zelf bestrijdt. De rechter onderzoekt, voordat hij een uitspraak hierover doet, of de hele beslissingsprocedure correct is verlopen, eventueel of de medische beslissing (oordeel) van de verzekeringsgeneeskundige op goede gronden is genomen en de feitelijke medische situatie van de verzekerde weergeeft.

Per jaar worden er ongeveer 20.000 gevallen, waarbij medische aspecten een rol spelen, bij de Raden van Beroep voorgelegd. In ongeveer de helft daarvan zijn psychische factoren (mede) doorslaggevend of minstens relevant. Dit is voor de Voorzitter van Raad van Beroep dan een reden een psychiatrisch rapport te laten verrichten. Vooral als de medici geen somatische ziekte of stoornis kunnen aantonen die de klachten van verzekerde zou kunnen verklaren en het vermoeden bestaat dat de klachten met psychische factoren samenhangen. Dit soort gevallen is de laatste jaren drastisch toegenomen.

Het psychiatrisch rapport, opgemaakt in opdracht van de voorzitter van de Raad van Beroep, vormt het bewijsmateriaal en de grond van de oordeelsvorming van de rechter. In verreweg de meeste gevallen volgt de rechter de mening en het advies van de vaste deskundigen. Op de vaste deskundigen rust daarom een grote verantwoordelijkheid en hun deskundigheid in deze dient van hoog niveau te zijn. In het geval dat de voorzitter van de Raad van Beroep twijfelt aan de mening van de vaste deskundige en deze bijvoorbeeld door een partij (de verzekerde of de Bedrijfsvereniging) aangevochten wordt, kan hij een contra-expertise laten verrichten. Met andere woorden een andere deskundige van hetzelfde medische specialisme wordt gevraagd een nieuw advies uit te brengen. De verzekerde is verplicht zich aan het onderzoek van de vaste deskundige te onderwerpen en aan de gehele juridische procedure, die hij meestal zelf in gang gezet heeft, mee te werken (art. 50 en 51 van de Beroepswet).

De rechter beslist of betrokkene het psychiatrische rapport van de vaste deskundige in mag zien. In feite is het niet de vaste deskundige die beslist in dit geschil omtrent de arbeidsongeschiktheid van verzekerde, doch de rechter die dit uit moet maken. Het is daarom aan de rechter hoe en door wie hij zich laat informeren. De inzage van het psychiatrisch rapport door de cliënt kan onterecht de suggestie wekken dat de rechter altijd het advies van de vaste deskundige opvolgt en dat deze in feite diegene is die erover beslist of betrokkene uit hoofde van zijn

## PSYCHOFARMACA

medische toestand al of niet geldelijke uitkering krijgt. Aan de andere kant is het psychiatrisch rapport belangrijk bewijsmateriaal voor de rechter en het is billijk dat de verzekerde zich ervan overtuigt dat het deugdelijk is. De psychiater kan, indien hij meent dat het vernemen van de bevindingen in het psychiatrisch rapport voor de gezondheidstoestand van verzekerde schadelijk zou kunnen zijn, de rechter vragen (op grond van art. 11, lid 4 en 5 van de Beroepswet) de inzage in het psychiatrisch rapport te weigeren (Minderop 1978).

*Enkele criteria aan welke het psychiatrisch rapport moet voldoen –*

Het psychiatrisch rapport moet de vraagstelling van de opdrachtgever duidelijk en concreet beantwoorden, waarbij de conclusie een logisch gevolg moet zijn van de in het rapport genoemde feiten. Slechts noemen van psychiatrische diagnose, zonder duidelijk te maken hoe men hiertoe kwam en welke gevolgen dit heeft voor de verzekerde op zijn functioneren in het werk, is ondeugdelijk en voor de rechter niet aanvaardbaar. De conclusie moet altijd met redenen zijn omkleed. Zowel de conclusie als de afzonderlijke gegevens van het rapport moeten zo mogelijk verifieerbaar zijn. Voor de lezer van het rapport moet het duidelijk zijn wat de objectieve feiten zijn en wat de subjectieve interpretaties en overwegingen van de psychiater. Men moet zo nodig verzekerde zelf citeren en geen subjectieve uitdrukkingen vermelden die verzekerde niet gebruikt heeft.

Het is aan de psychiater om te beslissen welke gegevens in het psychiatrische rapport vermeld worden. De psychiater zal er echter naar moeten streven dat dit slechts relevante gegevens zijn die verzameld zijn met het doel de vraagstelling van de rechter te beantwoorden. Overbodige gegevens moeten weggelaten worden, ook om reden van zoveel mogelijk discretie en bescherming van de privacy van de cliënt. Het psychiatrische rapport moet voor de rechter en betrokkene, die geen medici zijn, inzichtelijk en begrijpelijk zijn. Het vakjargon moet voldoende uitgelegd worden of achterwege worden gelaten. Eigenlijk zouden de psychiatrische rapporten ook qua opmaak en argumentatie onderling vergelijkbaar moeten zijn. Soms zijn er over betrokkene twee of meer psychiatrische rapportages opgemaakt, bijvoorbeeld door een psychiater op verzoek van het GAK of GMD op verzoek van de Raad van Beroep of op verzoek van de Centrale Raad van Beroep. Het kan voor de rechter moeilijk zijn deze psychiatrische rapportages onderling te vergelijken, daar ze vaak qua vorm, samenstelling en argumentatie zeer van elkaar kunnen verschillen.

Standaardisatie van de psychiatrische rapportage heeft echter ook zijn nadelen. Elke psychiater moet de vrijheid hebben op zijn persoonlijke wijze achter voldoende relevante gegevens te komen en deze op zijn manier weer te geven, waardoor hij naar zijn inzichten het beste de vraagstelling kan beantwoorden. Bij gestandaardiseerde rapporten zou de psychiater zich soms belemmerd kunnen voelen om zijn persoonlijk-

ke getuigenis adequaat weer te geven. Het onderzoek komt tot stand in een gespreksrelatie van mens tot mens, is ook van het invoelend vermogen van de onderzoeker afhankelijk en als zodanig 'een individueel produkt'. Dit leent zich soms moeilijk om in een keurslijf van een officieel ontworpen rapportschema in te passen. Deze nadelen van standaardisatie lijken echter van minder gewicht te zijn bij het afwegen van de voordelen. Een belangrijk voordeel van meer gestandaardiseerde rapporten zou zijn dat er onderzoek naar de gehanteerde psychiatrische criteria voor de arbeidsongeschiktheid zou kunnen plaatsvinden, wat de kwaliteit van het psychiatrisch onderzoek en hiermee de rechtsgelijkheid zou bevorderen.

### De resultaten van het opinieonderzoek

1. Een groot aantal psychiaters (27 op 32 = 84%) is van mening dat het wenselijk is dat de psychiater zich met het keuringswerk inzake de sociale wetgeving bezighoudt. Doch ook de omschrijvingen, die sommige respondenten hierover hebben gegeven, zijn interessant voor de verdere discussie hierover:

- De professeie moet leren zich bewust te zijn van haar maatschappelijke verantwoordelijkheden. Bovendien leert zij zo de maatschappelijke betekenis van haar professionele denkwijze te toetsen!

- Wij leven met elkaar in een sociaal-economische situatie, waarin ook het 'psychische' beoordeeld dient te worden.

- Het behoort tot de essentiële onderdelen van de praktijk, het onderhoudt de 'common sense' en het traint je om een goed 'no nonsense' oordeel te geven op heldere overzichtelijke wijze.

- Voor iedere psychiater is het belangrijk te zien hoe sociale factoren, zoals werkproblemen en dergelijke, van invloed zijn op het psychisch functioneren. Het geeft een essentiële dimensie aan het curatieve werk.

- Hoewel het moeilijk is en het soms hachelijk werk is, geloof ik dat psychiaters in het algemeen hier een taak hebben, ook al om hun visie op maatschappelijke ontwikkelingen 'in te brengen'.

- Rapportages hebben het voordeel dat de keurende psychiater weer op de realiteit gedrukt wordt en gedwongen wordt om de sociale kant van de kwestie eens te bekijken. Het voorkomt te grote eenzijdigheid. Voor psychotherapie zal het weinig voordeel hebben. Maar misschien meer voor eigen persoonlijkheid.

2. Ofschoon verreweg de meeste respondenten menen dat de psychiater het keuringswerk moet verrichten, is meer dan de helft van hen (66%) van mening dat dit niet door elke psychiater gedaan kan worden. Ook meent meer dan de helft van de geënquêteerde psychiaters dat de psychiatrische rapportage van de onderzoeker zelf, van het soort beroepsopleiding welke hij genoten heeft (de 'school') afhankelijk is. De

nadere verduidelijkingen zijn in *enkele groepen* onder te verdelen:

(a) *Specifieke kennis, opleiding en ervaring zijn hiervoor vereist* – Elke psychiater is hiervoor geschikt, mits men zich in dit onderwerp verdiept, specifieke training ondergaan heeft en ervaring hiermee opgebouwd heeft. Een getraind rapporteur zal het beter doen dan een psychotherapeutisch werkzaam psychiater. Men moet op de hoogte zijn van de praktische aspecten van de arbeidsongeschiktheid, van de juridische formulering van de wetten. De opleiding moet onder supervisie geschieden.

– Elke psychiater is daartoe in staat, maar niet iedereen heeft een even grote affiniteit hiervoor. Men moet belangstelling hiervoor hebben. Er moet feeling zijn voor het probleem van de arbeidsongeschiktheid: voor de confrontatie van de drie aspecten: psychische – juridische – maatschappelijke factoren. Men moet ook onderscheid kunnen maken tussen feiten en interpretaties.

(b) *Psychoanalytische opleiding is van belang* – Het is ontoelaatbaar dat psychiaters dit doen, die niet getraind zijn in het onderkennen van de invloeden van eigen affectieve relaties. Dit kan tot grove fouten bij de beoordeling leiden. De psychiater, die keurt, moet eigen therapie hebben ondergaan en ervaringen hebben in verschillende psychotherapievormen. Hij moet voldoende kennis hebben van de psychodynamiek. Deze is belangrijk ook omdat het vaak draait rond thema's van krenking, afwijzing, meer dan om duidelijk klinisch-psychiatrische beelden of sociale werksituaties. Een psychoanalytisch geschoolde psychiater zal aan de onbewust meespelende en meebepalende factoren veel aandacht besteden, en daardoor meer capabel voor dit werk zijn. Het is nodig dat de beoordelaar getraind is in het invoelen en beoordelen van eigen en andermans gevoelens.

(c) *Men geeft de voorkeur aan een psychiater, die geen psychotherapeut is* – Het moet een klinische psychiater zijn of een psychiater met sociaal-psychiatrische scholing. Hij moet een ervaren psychiater zijn, bekend met klinische beelden. De psychotherapeut 'pur sang' is ongeschikt, omdat hij meer geneigd is het belang van de onderzochte voorop te stellen, dan een sociaal-psychiater. De psychotherapeut is vaak 'meegaander', hij 'hineininterpreteert' te veel en gaat bij zijn oordeel onterecht uit van therapeutische overwegingen. Hij ziet te veel de mens en verliest het algemeen acceptabele uit het oog.

Een psychiater schreef: 'Eerst beoordeelde ik onderzochten therapeutisch-rogeriaans, in de Ziektewet was dit onhoudbaar. Nu doe ik het meer traditioneel-klinisch. Systeemtherapeuten neigen iets meer naar positieve beoordelingen. De psychotherapeut kan te veel client-centered denken, de analyticus te deterministisch'.

(d) *De klinisch denkende psychiater is hiervoor het best geschikt* – De psychiater moet een algemeen georiënteerde opleiding en praktijkervaring hebben. Verder taalkundige vaardigheid en geduld voor een langdurig gesprek en initieus onderzoek. De rapportage moet gedaan

worden door een allround werkende psychiater, die voortdurend in aanraking komt met alle aspecten van de psychiatrie. Hij dient een algemene georiënteerdheid te hebben, met name ook in maatschappelijke verhoudingen. Hij moet ook (poli)klinisch werkzaam zijn en zich niet alleen op keuringen toeleggen. Zou er ook verschil bestaan tussen psychiaters en rapporteurs in dienstverband en 'zelfstandig gevestigden'?

(e) *Een tussenpositie* – Eenzijdige opleidingsvorm beperkt het gezichtsveld en doet afbreuk aan de diversiteit van de psychiatrie zoals die bij een keuring bestaat. Men moet voor dit werk geschoold zijn in de sociale psychiatrie, maar ook veel begrip hebben voor de psychodynamiek.

(f) *Ethische motieven* – Sommige psychiaters hebben een maatschappelijke visie, waardoor ze totaal ongeschikt zijn voor het beoordelen van de toestand van anderen. Ook als vanuit de optiek van de opleiding ze het allemaal zouden kunnen doen.

3. Een groot deel van de psychiaters (75%) wees op het tekort aan opleiding in het vervaardigen van de rapportage. 37% van de psychiaters hebben zelfs aangegeven dat zij geen enkele opleiding in deze genoten hebben.

4. Over de vakkundige samenstelling en de eisen, die gesteld moeten worden aan het psychiatrisch rapport bestaat slechts schaarse literatuur (Hoefnagels 1982; Kabela 1983; Kuilman 1978; Voute 1969; Tilanus 1983). Men vindt des te meer kritiek op de kwaliteit van de psychiatrische rapportage (Meijs 1974, p. 1368; Polak 1977, p. 422; Ruding 1970, p. 61). Hier volgt een summiere samenvatting van de vele opmerkingen, die gemaakt zijn over de samenstelling van een psychiatrisch rapport.

De voorkeur gaat uit naar omvang, die niet vijf getypte pagina's (A4-formaat) overschrijdt, wil het verslag voor de opdrachtgever leesbaar zijn. Het moet overzichtelijk ingedeeld zijn, enige systematiek is gewenst. Het rapport dient in een heldere, duidelijke, 'gewone' stijl geschreven te worden, zodat het als een roman gelezen kan worden. Er moet een samenhang zijn tussen de levensloop, het werk, de ziekte; het moet bijvoorbeeld duidelijk zijn hoe de neurotische verwerking tot stand kwam. Men moet pseudo-exactheid vermijden, deze wordt gesuggereerd door het gebruik van psychologische en psychiatrische terminologie.

Grote aandacht moet de rapporteur geven aan de samenvatting en de overwegingen. Hierbij kan men de persoonlijkheidsontwikkeling schetsen, de positieve kwaliteiten en eigenschappen van betrokkene, als ook zijn zwakke plekken, die tot het decompenseren (in het werk) aanleidingen gegeven hebben of hiertoe bijgedragen hebben, beschrijven. Uit deze persoonlijkheidsschets kunnen reeds zijn belastbaarheid

en zijn specifieke functiebeperkingen duidelijk zijn. Vaak moet men ook schatten of er ook sprake is van fixatie in het gevoel ziek of invalide te zijn en de praktische gevolgen hiervan voor zijn ziekte-toestand en de resocialisatie aangeven. De psychiater moet nagaan in hoeverre betrokkene te excuseren valt in geval hij meent niet te kunnen werken. Dit kan beoordeeld worden door observatie tijdens het gesprek, bijvoorbeeld of zijn uiterlijk en gedrag overeenkomt met de klachten, verder door schatting van de secundaire ziekte-winst, heteroanamnese en dergelijke. Het is gewenst een onderscheid te maken tussen de somatische, medisch-psychiatrische, sociale en andere factoren en hun onderlinge relatie te belichten. Hierbij kan men aangeven welke gegevens objectief en welke subjectief zijn.

De conclusie moet een logisch gevolg zijn van de aangevoerde feiten. Men moet zien hoe de rapporteur hiertoe kwam. De inhoud moet als het ware naar de conclusie toewerken, deze mag niet plotseling uit de hemel vallen. Bij de overwegingen moet men ook zijn eigen twijfel en onzekerheid vermelden, het wikken en wegen aangeven als hiertoe aanleiding is. Het is een goede gewoonte aan te geven, welke feiten en interpretaties pleiten voor de arbeidsongeschiktheid en welke voor arbeidsgeschiktheid, en waarom de onderzoeker na al deze overwegingen tot zijn besluit gekomen is. Hierbij de graad van zijn zekerheid aangevend.

Het is gewenst om op een aparte bladzijde een schematische levenslijn erbij te sluiten, zodat ieder zich snel kan oriënteren over de chronologische gang van zaken, wanneer wat plaatsvond en beter de onderlinge relatie tussen de gebeurtenissen kan zien. Tenslotte volgt er nu een duidelijke beantwoording van de gestelde vraagstelling.

5. Bijna de helft van de psychiaters vond dat de onderzochte cliënt in de gelegenheid gesteld moet worden om het psychiatrisch rapport in te zien.

– Enkele motiveringen voor inzage: Het is een basisrecht, daarom dient het zodanig geschreven te worden dat een leek het begrijpt. Dit zal de zorgvuldigheid van de rapporten ten goede komen.

– Enkele psychiaters verbinden voorwaarden aan de inzage: De inzage moet gepaard gaan met een uitvoerige mondelinge toelichting, indien de psychiater hierbij ziet dat de cliënt de voor hem ongunstige beslissing moeilijk kan accepteren, kan de psychiater zijn huisarts hierover verwittigen, zodat deze voor de verdere opvang van de cliënt kan zorgen.

– Omschreven motivaties tegen de inzage: het werkt soms contra-productief, er zijn weinig psychiaters die het dan willen doen; de inhoud kan te krenkend, denigrerend ervaren worden, hetgeen aanleiding tot problemen kan geven, het kan het begin van een overdrachtsgebeuren zijn, wat lang kan nawerken; in de toekomst is inzagerecht onvermijdelijk, hetgeen belangrijke consequenties zal hebben voor de



inhoud; de psychiater vormt een deel van een team, daarom is het onjuist de verzekerde een deel van het onderzoek bekend te maken. Het rapport is slechts een advies, de beslissing ligt bij een ander, namelijk bij de opdrachtgevers.

– Sommige psychiaters waren er onzeker over of de cliënt wel of niet het psychiatrisch rapport moet kunnen inzien: De inzage houdt een risico van beïnvloeding van het oordeel van de psychiater in, het kan een negatief effect hebben op de kwaliteit van het rapport.

6. Er werden enkele suggesties gegeven hoe de psychiatrische rapportage inzake de arbeidsongeschiktheid nog verbeterd kan worden.

– De materiële en immateriële zaken zijn zo belangrijk dat men moet komen tot een aparte aantekening 'rapportagebrevet' in het opleidingsschema. Nu is het een schnabbeltje voor wie tijd en weinig geld heeft. Men moet aandacht hierop vestigen op verenigingsbijeenkomsten, bijvoorbeeld van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Het zou ook wenselijk zijn een jaarlijks overleg tussen psychiaters, die meer dan 50 rapporten per jaar verrichten, te organiseren.

Ook werd er gepleit voor standaardisatie van de rapportage en van de criteria voor arbeidsongeschiktheid.

– De psychiater moet zich niet over de arbeidsongeschiktheid uitspreken, doch slechts bouwstenen hiertoe leveren, dat wil zeggen de psychiatrische draagkracht en de stress omschrijven en de daaruit voortvloeiende beperkingen voor het functioneren aangeven. Het is aan de opdrachtgever of hij dan hiermee iets doet of niet. Nu vindt er een oneigenlijk gebruik van de psychiater plaats. De psychiater zou uitsluitend op strikte indicatie onheil door onderzoek moeten kunnen voorkomen. Nu wordt bij allerlei psychologische problemen de psychiater opgevoerd.

De vraagstelling voor het onderzoek moet beperkt worden tot grove psychiatrische pathologie, men moet zich niet over vage neurotische redenen uitspreken.

### **Samenvatting van de conclusies uit het onderzoek**

De meeste psychiaters die aan deze enquête deelgenomen hebben, achten het wenselijk dat de psychiaters de keuringen betreffende de arbeidsongeschiktheid in opdracht van de verzekeringsgeneeskundigen en de Raden van Beroep verrichten. Velen menen dat dit niet door elke psychiater gedaan kan worden. Meer dan de helft van de psychiaters denkt dat de psychiatrische rapportage van het soort opleiding ('school') van de psychiater afhankelijk is. Er wordt gewezen op de gebrekkige training in het keuringswerk tijdens de specialistische opleiding.

De opdrachtgever zou een nieuwe kandidaat eerst een aantal proefrapporten moeten laten beoordelen, voordat hij voor dit werk aanvaard

zou worden. Hij zou ook door een psychiater-rapporteur, die bij de opdrachtgever goed bekend staat, voor dit werk aanbevolen moeten worden. In een goed psychiatrisch rapport moet de conclusie een logisch gevolg zijn van de in het rapport aangevoerde feiten. Er moet veel aandacht besteed worden aan de overwegingen, zowel over de persoonlijkheidsontwikkeling van betrokkene, het arbeidsconflict, etc. als de hieruit voortvloeiende factoren, die verzekerde in zijn functioneren belemmeren. De psychiater zou ook zijn twijfels en de mate van onzekerheid met zijn conclusie moeten aangeven.

Ongeveer de helft van de psychiaters heeft geen bezwaar tegen de inzage van het rapport door verzekerde. Gezien het rapport echter soms opmerkingen bevat, die de verzekerde als kwetsend zou kunnen opvatten, zou de conclusie uit het psychiatrisch rapport hem in een persoonlijk gesprek meegedeeld moeten worden. De cliënt kan echter door de inzage of mededeling van de conclusie van het psychiatrisch onderzoek onterecht menen, dat het psychiatrisch onderzoek de enige grond voor de bepaling van de arbeidsongeschiktheid vormt. Door middel van een betere opleiding/training en intervisie, mogelijk ook standaardisatie van de rapportage kan de psychiatrische rapportage verbeterd worden.

## Literatuur

- Hoefnagels, G.P. (1982), *Opstellen over rapportage*. Van Gorcum, Assen, p. 119.
- Kabela, M. (1983), *Literatuurlijst 'Arbeidsongeschiktheid op psychische gronden'* (2, p. 15). Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht.
- Kabela, M. (1983), 'Het psychiatrisch onderzoek bij arbeidsongeschiktheidsvragen'. Lezing op het Congres van de Vereniging voor Geneeskundigen bij de GMD op 6 mei 1983 te Apeldoorn.
- Kuilman, M. (1978), 'De psychosociale anamnese'. Een ongepubliceerde handleiding samengesteld in het kader van de opleiding en consultatie voor verzekeringsgeneeskundigen van de Gemeensch. Med. Dienst, jan. 1978, p. 67.
- Meijs, J. (1974), De mythe van de deskundigheid. *Medisch Contact*, 29, 1367-1368.
- Minderop, E.M.J. (1978), De Raden van Beroep en de toepassing van art. 11 lid 4 van de Beroepswet. *Nederlands Juristenblad*, 31, 637-642.
- Polak, B.S. (1977), Commentaar. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 121, 422.
- Ruding, R. (1970), Pre-advies I; Somatische factoren en invaliditeit. *Arts en Sociale Verzekering*, 8, 55-73.
- Tilanus, J.D.J. (1983), 'Het psychiatrisch onderzoek bij arbeidsongeschiktheidsvragen'. Lezing op het Congres van de Vereniging voor Geneeskundigen bij de GMD op 6 mei 1983 te Apeldoorn.
- Voûte, P.A., en B. Lammers (1963), *Keuringen*. Stafleu, Leiden, p. 280.

---

Schrijver is als psychiater verbonden aan het Elisabeth Gasthuis, Boerhaave-  
laan 22, 2000 AK Haarlem.