

gestolde verbanden

hoe ziet het decor eruit?

Alles wat niet de focus van onderzoek is, maar deze wel beïnvloedt en erdoor beïnvloed wordt, kan beschouwd worden als context. Theatraal gezien is dit het decor. In dit hoofdstuk bied ik, na een korte theoretische schets, vanaf de tweede paragraaf een uitgebreide constructie van het decor dat de onderzochte sociale interacties met elkaar delen. Dit decor geldt in principe voor alle sociale interacties van districtmanagers die aan het begin van de 21^e eeuw werkzaam zijn bij de selectiebureaucratie UWV, en daar de wettelijke verplichting hebben leiding te geven aan verzekeringsartsen. In de navolgende hoofdstukken hanteer ik deze constructie van het decor als startpunt voor het analyseren van wijzen waarop publieke managers zich in de dagelijkse praktijk tot verzekeringsartsen verhouden.

Een gemeenschappelijk decor

2.1

In dit boek ga ik ervan uit dat sociale interacties worden gekenmerkt door voortdurende (her)scheppende onderhandelingen over de werkelijkheid (zie ook subparagraaf 1.2.4). Dit onderhandelen wordt niet telkens opnieuw begonnen. De in het verleden tot stand gekomen betekenisgeving van een situatie kan worden beschouwd als een gestold verband of een terugkerend patroon. De gestolde verbanden die gebruikt worden in een sociale interactie, en samen de context of het decor vormen, bieden individuen een gedeeld interpretatief kader (zie ook subparagraaf 1.3.1).

Gestolde verbanden kunnen in een sociale interactie als bron worden gebruikt om tot een gezamenlijk beeld van de werkelijkheid te komen; dan is sprake van het reproduceren van context. Ook kan een gestold verband worden gebruikt om er een gewijzigde betekenis aan toe te kennen; dan is sprake van het produceren van context. In deze redenering bestaan sociale interacties en hun context alleen door en in elkaar. Context 'is' dan, alleen omdat mensen deze in wisselwerking met elkaar (re)produceren. Met andere woorden, wanneer ze een gestold verband niet in hun sociale interactie gebruiken, is het voor hen op dat moment en op die plek simpelweg geen context of decor.

In het eerste hoofdstuk heb ik een verschil benoemd tussen het lokale decor van de onderzochte sociale interacties en het gemeenschappelijke decor dat de sociale interacties van alle districtmanagers arbeidsgeschiktheid in principe met elkaar delen (zie ook subparagraaf 1.3.2). Deze gemeenschappelijke gestolde verbanden worden dus, in tegenstelling tot de lokale gestolde verbanden, ook ge(re)produceerd in andere dan de onderzochte sociale interacties. Voor het construeren van dit gemeenschappelijke decor onderscheid ik vier processen waarin ze zich manifesteren.

teren: het juridische, het politieke, het maatschappelijke en het organisatorische. Dat ik de gemeenschappelijke gestolde verbanden in dit hoofdstuk los presenteer van de sociale interacties waarin zij worden ge(re)produceerd, betreft alleen een analytisch onderscheid. Sociale interacties en hun context bestaan in de dagelijkse praktijk immers alleen door en in elkaar. Dat de patronen die ik in dit hoofdstuk construeer inderdaad context zijn van de sociale interacties in dit boek, wordt duidelijk in de volgende hoofdstukken waarin ik laat zien *hoe* zij in de sociale interacties worden ge(re)produceerd.

Juridische processen: een moeilijke opdracht

2.2

De sociale wet- en regelgeving op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vormt een wettelijk kader voor de sociale interacties in dit onderzoek. Dit betreft sociale verzekeringen voor werknemers, als onderdeel van het Nederlandse sociale zekerheidstelsel.⁵⁰ De sociale zekerheid heeft het herverdelen van inkomen en welvaart tot doel. Beginselen van solidariteit, rechtsgelijkheid en draagkracht staat hierdoor in principe niet ter discussie.

Een spanningsvol en complex selectieproces

2.2.1

Voor werknemers betekenen de beginselen van solidariteit, rechtsgelijkheid en draagkracht dat zij recht hebben op inkomensbescherming wanneer zij door lichamelijke en/of psychische beperkingen (gedeeltelijk) niet kunnen werken. Inkomensbescherming dient plaats te vinden in de vorm van een loondervinguitkering, waarbij een principe van gelijke behandeling van gelijke gevallen geldt.

Voor uitvoerenden van sociale wet- en regelgeving betekenen deze beginselen het werken in een zogeheten selectiebureaucratie. Selectiebureaucratieën zijn dienstverlenende organisaties die zich primair bezighouden met selectieprocessen waarvoor algemene regels uniform en zorgvuldig moeten worden toegepast op situaties van individuele burgers. Het toepassen van algemene regels op individuele gevallen is per definitie spanningsvol (zie onder andere Lipsky 1980 en Gastelaars 1997). Deze spanning wordt in de sociale interacties in dit boek dan ook 'als vanzelfsprekend' ge(re)produceerd.

In het dienstverleningsproces van een selectiebureaucratie kunnen vier fasen onderscheiden worden (vrij naar Gastelaars 2006 en Hasenfeld 1983).⁵¹ De eerste fase bestaat uit het contact dat een burger, al dan niet vrijwillig, zoekt met de organisatie. Hierin geeft de burger aan het recht op een sociale uitkering te willen claimen, of bijvoorbeeld het recht op een Nederlandse status of op vrijspraak. Wanneer de burger door de eerste selectie komt, wordt hij in de tweede fase 'cliënt'. Dan worden een of meerdere afspraken voor de selectie gemaakt. In de derde fase vindt de daadwerkelijke selectie plaats. De burger gaat deel uitmaken van de kern van het primaire proces van de organisatie. In deze fase worden de verhalen van de individuele burger eerst omgezet in een casus waarop de algemene rechtsregels toegepast kunnen worden. Deze casus wordt vervolgens omgezet in een eenduidig verhaal ter verantwoording van de selectie.⁵² Hier vindt de transformatie plaats van burger naar (niet of gedeeltelijk) uitkeringsgerechtigde, of bijvoorbeeld Nederlander of gevangene. In de vierde en laatste fase wordt de transactie die startte in de eerste fase afgesloten. Het recht wordt al dan niet toegekend en het dossier wordt (tijdelijk) gesloten. De uitkeringsgerechtigde ontvangt een sociale uitkering, de nieuwe Neder-

lander moet naar de gemeentelijke naturalisatieceremonie komen en de gevangene wordt in hechtenis genomen.

Kortom, de relatie tussen een selectiebureaucratie en een individuele burger krijgt vorm in een aantal fasen, waarvan de transformatie van de burger de meest cruciale én meest complexe fase is. Het is deze cruciale en complexe fase die als belangrijk terugkerend patroon fungeert in de sociale interacties in dit boek.

Kwetsbare dienstverleners

2.2.2

Michael Lipsky introduceert in zijn inmiddels klassieke boek *'Street-level bureaucracy'* (1980) de term *street-level bureaucrats* voor uitvoerenden die werkzaam zijn in dienstverlenende selectiebureaucratieën. Hij typeert ze als uitvoerenden die, hoe laag ook gepositioneerd in de formele hiërarchie van de organisatie, beschikken over vrije handelingsruimte wanneer zij direct contact hebben met cliënten. Deze handelingsruimte ontstaat doordat algemene regels in de dagelijkse praktijk ruimte laten voor interpretatie. Lipsky noemt dit discretionaire ruimte. Uitvoerenden hebben de meeste discretionaire ruimte in de transformatiefase van het dienstverleningsproces. Om in deze cruciale en complexe fase 'uniform' en 'zorgvuldig' te kunnen handelen, daar waar de regels niet toereikend zijn, dienen zij zich meestal te beroepen op professionele kennis en vaardigheden.

De selectie van burgers kan in selectiebureaucratieën op zeer verschillende professionele gronden plaatsvinden. Bij de belastingdienst en bij hypotheekverstrekkers draait het bijvoorbeeld om een beoordeling van de financiële situatie van burgers, terwijl voor een claimbeoordeling van een WW-uitkering het arbeidsverleden onderwerp van beoordeling is. In deze voorbeelden vindt de selectie plaats aan de hand van relatief eenduidige criteria en objectieve ijkpunten, zoals salarisstroken of een ontslagbrief. Voor de uitvoering van sociale wet- en regelgeving op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is, met de invoering van de WAO in 1967, wettelijk vastgesteld dat de selectie op sociaal-medische gronden moet plaatsvinden. Dit maakt verantwoordelijken voor de transformatiefase om verschillende redenen kwetsbaar.

Ten eerste blijkt selectie op sociaal-medische gronden de *uitvoering* van de transformatiefase kwetsbaar te maken. De keuze voor een medische benadering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is indertijd gebaseerd op twee veronderstellingen over de oorzaak van een beperking om te werken. Namelijk dat de oorzaak in het individu gelegen is en dat het mogelijk is deze objectief vast te stellen (Stone 1984: 174). Daarna dringt echter het idee door, onder andere onder verzekeringsartsen, dat elk individu klachten en belastbaarheid anders ervaart. Wanneer dit het geval is, kunnen selectieprocessen op basis van medische kennis niet objectief of uniform zijn.⁵³

Bovendien zijn verzekeringsartsen in hun sociaal-medische beoordelingen grotendeels afhankelijk van de informatie van de individuele belanghebbenden zelf (Van der Veen 1990). Desondanks wordt de aanwezigheid van medici bij de beoordeling van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid nog steeds gelegitimeerd met een verondersteld objectief karakter van hun medisch wetenschappelijke kennis en vaardigheden (Meershoek 1999:12). Met andere woorden, juist van medische *street-level bureaucrats* wordt verwacht dat zij hun discretionaire ruimte objectief en uniform invullen, langs professionele lijnen. Als deze verwachting aanwezig is in dagelijkse interacties, dan wordt het terugkerende patroon 'medisch is objectief' ge(re)produceerd. Wanneer

dit patroon echter ook ge(re)produceerd wordt als een mythe die niet kan worden waargemaakt, ontstaat een selectieproces dat kwetsbaar is voor beschuldiging. Het beschuldigen van te hoge verwachtingen en het beschuldigen van een slechte uitvoering.

Ten tweede blijkt de aanwezigheid van medici de *sturing* van de uitvoering van de transformatiefase kwetsbaar te maken. De combinatie van professionals en een selectiebureaucratie is 'van nature' geen eenvoudige. Werken in een selectiebureaucratie betekent omgeven zijn door regels. Niet alleen moeten algemene regels toegepast worden op situaties van individuele burgers. De eigen werkomgeving wordt ook volledig door regels geleid, hoewel dit in mindere mate geldt voor de discretionaire ruimte. Het is professionals eigen zich hiertegen te verzetten en op zoek te gaan naar (meer) autonomie (Gastelaars 1997, Lipsky 1980). Dit geldt zeker voor een van de meest klassieke professionals met veel maatschappelijk aanzien: de dokter (zie bijvoorbeeld ook Kruijthof 2005, Freidson 2001, Hasenfeld 1983).

Medici ontlenen een belangrijk deel van hun sociale status en identiteit aan curatieve expertise. Echter, voor verzekeringsartsen is juist deze expertise met de invoering van de WAO in hun formele taakomschrijving betekenisloos geworden.⁵⁴ Dit leidt voor verzekeringsartsen tot een ondergeschikte positie in de medische hiërarchie. Zij krijgen sterk de behoefte aan een nieuwe, eigen identiteit.⁵⁵ Niet alleen om zich zonder curatieve taken toch als medicus te kunnen profileren, maar ook uit het verlangen om zich duidelijk te onderscheiden van andere professionals in de selectiebureaucratie. Dit kan geïnterpreteerd worden als het compenseren van gemis aan status in medische kring door een streven naar maximale status en autonomie in niet-medische kring. In de onderzochte sociale interacties wordt het terugkerende patroon 'medisch is objectief', zoals in de vorige alinea besproken, ook door de verzekeringsartsen zelf ge(re)produceerd ten behoeve van hun streven naar status en autonomie.

De sociale interacties in dit boek hebben dus betrekking op een bijzonder moeilijke opdracht: de uitvoering van het meest kwetsbare deel van een cruciale, complexe fase in een spanningsvol dienstverleningsproces.

Politieke processen: het Haagse hoofdpijndossier

2.3

Politieke processen ontstaan uit belangenstrijd rondom maatschappelijke thema's. Arbeidsongeschiktheid is een van de thema's waarover de strijd in Nederland telkens weer hoog oploopt. De WAO wordt niet voor niets 'het langstlopende Haagse hoofdpijndossier' genoemd.⁵⁶ Juridische beginselen met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid staan niet ter discussie, maar de inrichting van het sociale zekerheidsstelsel en de uitvoering van wet- en regelgeving wél. Een terugkerend patroon in politieke processen is de veronderstelling dat de inrichting en uitvoering van het sociaal-medische claimbeoordelingsproces grote maatschappelijke en individuele gevolgen heeft die gereguleerd dienen te worden. In deze paragraaf volgt, na het construeren van een aantal maatschappelijke en individuele gevolgen van sociaal-medische selectie, een analyse van problemen en oplossingen zoals ze in het politieke debat worden gedefinieerd en in de sociale interacties in dit boek als gestolde verbanden worden ge(re)produceerd.

Gevolgen van sociaal-medische selectie

2.3.1

De selectie van uitkeringsgerechtigden is ten eerste van grote invloed op het verdelen van de algemene financiële middelen. In 2005 wordt bijvoorbeeld alleen al aan doorlopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bijna elf miljard euro besteed.⁵⁷

Ten tweede leveren verzekeringsartsen met hun selectie op sociaal-medische gronden een belangrijke bijdrage aan het reguleren van maatschappelijke verhoudingen. Een sociaal-medische uitvoering van het begrip arbeidsongeschiktheid betekent namelijk het construeren van een grens tussen 'kunnen werken' en 'niet kunnen werken'. Deze grens vormt een terugkerend patroon dat in sociale interacties van verzekeringsartsen wordt gereproduceerd en zeker ook geproduceerd. Producties die in interacties in het privé-leven van burgers of in de Tweede kamer weer worden gereproduceerd (en andersom).

In de veronderstelling dat beoordelingen niet medisch objectief kunnen zijn, omdat klachten en belastbaarheid afhangen van individuele beleving, spelen bovendien niet alleen medische, maar ook sociale en normatieve waarden een rol in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Dan kan het mechanisme ontstaan dat bepaalde groepen burgers maatschappelijk gezien meer 'recht' op een uitkering lijken te hebben dan anderen, bijvoorbeeld ouderen met een zwaar arbeidsverleden ten opzichte van jongeren, of blinden ten opzichte van mensen met het chronische vermoeidheidsyndroom. Kort gezegd, de spreekkamer van verzekeringsartsen is een belangrijke plaats voor de maatschappelijke constructie van arbeidsongeschiktheid.⁵⁸

Ten derde heeft de transformatiefase grote gevolgen voor het leven van individuele burgers. De transformatiefase zelf is voor veel burgers intensief en het transformeren in een al dan niet terecht geval van verzuiming of (gedeeltelijk) uitkeringsgerechtigde heeft grote gevolgen voor het verdere leven (Gastelaars 1997: 94-95). De urgentie van de vraag waarmee burgers de selectiebureaucratie benaderen, is immers hoog. Ze ervaren een gebrek aan een eerste levensbehoefte, financiële bestaanszekerheid. Om het beginsel van rechtszekerheid te garanderen, hebben burgers de mogelijkheid om na de transformatiefase in bezwaar of beroep te gaan. De mate waarin burgers gebruik maken van de mogelijkheid om schriftelijk aan te geven dat de beslissing naar hun mening niet juist of te laat is genomen, kan in politieke processen als signaal voor een slechte uitvoering worden gehanteerd.

Ten vierde leiden de grote gevolgen van verzekeringsgeneeskundige beoordelingen tot de maatschappelijke en politieke verwachting dat het selecteren op sociaal-medische gronden volledig te verantwoorden moet zijn. Individuele verzekeringsartsen dienen te allen tijde te kunnen verantwoorden dat zij rechtvaardig, volgens het recht, hebben gehandeld. In bezwaarzaken en voor de rechter moeten zij hun medische handelen kunnen legitimeren. De selectiebureaucratie moet zich bovendien ten opzichte van de minister van SZW en de Tweede kamer verantwoorden over de juistheid, de tijdigheid en de uitkomsten van verzekeringsgeneeskundig handelen.

Kortom, verzekeringsartsen leveren met hun sociaal-medische beoordelingen een belangrijke bijdrage aan het verloop van financiële stromen, maatschappelijke verhoudingen en individuele levens. Dit creëert een politieke behoefte aan zorgvuldige verantwoording en controle, in niet-medische zin, van het verzekeringsgeneeskundig handelen.

Politieke problemen

2.3.2

In de belangenstrijd rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is de afgelopen vijftien jaar het bedrijfsmatige belang zwaar gaan wegen. De overheersing van een bedrijfsmatig, economisch perspectief betekend dat maatschappelijke problemen en oplossingen voornamelijk gedefinieerd worden in termen van financiële stromen met een nadruk op cijfermatige verantwoording en controle. Een optreden van toenmalig premier Ruud Lubbers in 1991 kan worden beschouwd als symbolische start van een paradigmaverschuiving in het politieke debat, van de nadruk op sociale belangen naar efficiëntiebelangen. Lubbers spreekt de historische woorden 'Nederland is ziek' en verbindt zijn politieke lot aan het aantal mensen met een WAO-uitkering. Op dat moment telt Nederland bijna 900.000 arbeidsongeschikten, de collectieve lasten van de sociale zekerheid zijn steeds moeilijker op te brengen, en hij zegt toe op te stappen als dit aantal tot een miljoen stijgt.

Een eventuele stijging van het aantal mensen dat recht heeft op een WAO-uitkering, en de daarmee verbonden stijging van de kosten van het sociale zekerheidsstelsel, wordt sindsdien in politieke processen als groot maatschappelijk probleem gedefinieerd.⁵⁹ Aan de woorden van Lubbers wordt in politieke processen nog regelmatig en vaak letterlijk gerefereerd. Wanneer het aantal arbeidsongeschikten in 2002 alsnog het miljoen dreigt te bereiken, meldt minister Aart-Jan de Geus van SZW bijvoorbeeld dat hij niet van plan is 'zijn politieke lot te verbinden aan een aantal van één miljoen arbeidsongeschikten'. Daarbij benadrukt hij dat het 'niettemin zijn belangrijkste doel is het WAO-probleem op te lossen' (Volkskrant, 26 juli 2002).

Ook de rol van de sociale zekerheid wordt door het bedrijfsmatige perspectief geherdefinieerd. In grote lijnen kan zelfs gesteld worden dat het sociale stelsel minder als de oplossing van maatschappelijke problemen en meer als de oorzaak ervan wordt beschouwd. Omdat het ondermeer kan leiden tot uitkeringsafhankelijkheid, het remmen van arbeidsproductiviteit en het wankelen van kabinetten (SCP 2004: 318). Noties over sociale rechten verliezen aan kracht. Terwijl bij de oorsprong van de Nederlandse sociale zekerheid inkomensbescherming van minder bedeelden en hun integratie in de samenleving voorop staat, is het accent sinds de jaren negentig verschoven naar 'het 'managen' van uitgesloten probleemgroepen' (SCP 2004: 321). De voorwaarde in het stelsel, dat burgers alleen in aanmerking komen voor een sociale uitkering of voorziening wanneer zij alles doen dat in hun vermogen ligt om zelf inkomen te genereren, wordt extra benadrukt. Kortom, vanuit het bedrijfsmatige perspectief wordt het 'sociale gehalte' van het sociale zekerheidsstelsel geproblematiseerd.

De dominantie van het efficiëntiebelang in de Nederlandse belangenstrijd rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid sluit naadloos aan bij een fundamentele (informele) afspraak in het algemene politieke proces in Westerse samenlevingen dat gestreefd dient te worden naar voortdurende economische groei. Geprobeerd wordt de overheid te beschouwen als een zakelijk bedrijf door begrippen te hanteren als doelmatigheid, kostenbesparing, tijdigheid, productiviteit, prestatie-indicatoren en contractmanagement. Dit leidt in de uitvoering van overheidsbeleid tot spanning. Want principes van een zakelijke markt, met maximale efficiëntie en effectiviteit als belangrijkste doelen, liggen niet in het verlengde van juridische beginselen van de sociale rechtsstaat als rechtsgelijkheid, zorgvuldigheid en uniformiteit.

Het confronteren van de publieke sector met dergelijke managementconcepten uit de private sector wordt 'nieuw publiek management' genoemd. Aanleiding voor de spanningsvolle confrontatie is de probleemdefinitie dat publieke organisaties inefficiënt en ineffectief zijn. Ook

over de selectiebureaucratie UWV voor wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wordt in de Nederlandse politiek geconstateerd dat sprake is van inefficiëntie en ineffectiviteit. Te veel middelen, waaronder capaciteit en tijd, zouden worden gebruikt om de doelen te (kunnen) bereiken.

In 1993 wordt een belangwekkend onderzoek uitgevoerd door de Parlementaire enquêtecommissie Uitvoeringsorganen sociale verzekeringen. Deze commissie wordt door de Tweede kamer ingesteld om de uitvoering van de sociale verzekeringen te onderzoeken in het licht van de stijging van het aantal arbeidsongeschikten tot 1991. Een van de belangrijkste conclusies is dat de aansturing van verzekeringsartsen onvoldoende is: 'Voor zover de verzekeringsgeneeskundigen worden gestuurd, geschiedt dat aan de hand van administratieve parameters en op basis van protocollering. Ten aanzien van de inhoud en kwaliteit van beoordelingen heeft de leiding van [de selectiebureaucratie] bestuurlijk echter geen vat op de artsen' (Parlementaire enquêtecommissie 1993: 61). Een nadruk op efficiëntiebelangen in politieke processen leidt dus tot het definiëren van het functioneren van de selectiebureaucratie als een probleem.

Wat betekent een nadruk op efficiëntiebelangen voor de aandacht in politieke processen voor maatschappelijke en individuele gevolgen van sociaal-medische selectie? Een aantal gevolgen van het verzekeringsgeneeskundig handelen is dan politiek 'gevoeliger' dan andere.

Ten eerste kan, wanneer in politieke processen maatschappelijke problemen voornamelijk gedefinieerd worden in termen van financiële stromen, de bijdrage van verzekeringsartsen aan de herverdeling van algemene financiële middelen politiek onder vuur komen te liggen. Dit betekent dat verzekeringsgeneeskundig handelen zelf als probleem gedefinieerd kan worden: is dit handelen niet de oorzaak van het groeiende aantal arbeidsongeschikten? Hanteren verzekeringsartsen de selectiecriteria wel strikt genoeg?

Ten tweede betekent een overwicht van efficiëntiebelangen in politieke processen dat het cijfermatig verantwoorden van verzekeringsgeneeskundig handelen continu op politieke aandacht kan rekenen. Met opnieuw het risico dat het handelen als probleem wordt gedefinieerd: is verzekeringsgeneeskundig handelen niet de oorzaak van achterblijvende prestaties van de organisatie? Voeren verzekeringsartsen wel genoeg beoordelingen uit? Handelen ze 'te zorgvuldig' zodat de tijdigheid van beoordelingen in het gedrang komt?

In de sociale interacties in dit boek wordt cijfermatige verantwoording regelmatig als terugkerend patroon ge(re)produceerd. Verantwoorden dat genoeg beoordelingen op tijd zijn uitgevoerd, is overigens niet hetzelfde als het kunnen verantwoorden (naar burgers toe) dat rechtvaardig is gehandeld. Deze twee verantwoordingsaspecten kunnen zelfs op gespannen voet staan, als belichaming van de spanning tussen het handelen naar juridische beginselen en het voorkomen van politieke aandacht. De verzekeringsgeneeskundige expertise raakt in de marge van het politieke debat. Dat verzekeringsgeneeskundig handelen maatschappelijke verhoudingen reguleert en van grote invloed is op het leven van individuele burgers, lijken in de huidige politiek dan ook nauwelijks een rol van betekenis te spelen. In dat geval zijn het geen politieke gestolde verbanden die in de uitvoering van de sociale zekerheid kunnen worden gereproduceerd.

Politieke oplossingen

2.3.3

De definiëring van een probleem bepaalt de richting waarin oplossingen gezocht worden. Wanneer vanuit bedrijfsmatig perspectief een mogelijke stijging van het aantal WAO-ers en de kos-

ten van het sociale stelsel worden geproblematiseerd, liggen oplossingen als het beperken van de toegang tot en de duur van uitkeringen voor de hand. Wanneer een gebrek geconstateerd wordt, bijvoorbeeld aan prestatiegerichte sturing, liggen de oplossingen in het opheffen van dit gebrek. Het betreffen bedrijfsmatige oplossingen die 'vragen' om controle. Politieke processen raken, sinds de Commissie Buurmeijer in 1993, gericht op het krijgen van greep op de uitvoering van de sociale zekerheid door middel van een constante stroom van beleidsveranderingen en stelselhervormingen.

Doel van de lange reeks beleidsveranderingen en stelselhervormingen in de afgelopen vijftien jaar is het selectiever maken van het stelsel. De toegankelijkheid, duur en hoogte van arbeidsongeschiktheidsregelingen dienen beperkt te worden. Oplossingen die hiertoe moeten leiden, worden gezocht in een opeenstapeling van verscherpende maatregelen: striktere selectiecriteria, strengere uitvoering van de selectiecriteria en meer sturing van en controle op die uitvoering.⁶⁰ In de rest van deze paragraaf schets ik kort de praktische uitwerking van deze oplossingsstrategieën. Dit doe ik aan de hand van de drie in politieke processen gedefinieerde problemen, namelijk een mogelijke stijging van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, het 'sociale gehalte' van het sociale zekerheidsstelsel en het 'inefficiënt en ineffectief' functioneren van de selectiebureaucratie.

Oplossingen voor 'het WAO-probleem', in het bijzonder de vrees voor een stijging van het aantal arbeidsongeschikten, worden door de regerende partijen gezocht in terugdringing van het ziekteverzuim en vermindering van de instroom in de WAO.

Er vinden vele aanscherpingen plaats van de sociaal-medische en arbeidskundige selectiecriteria om de toegankelijkheid en duur van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te beperken.⁶¹

Mogelijkheden om de hoogte van een uitkering te verlagen, worden versoepeld.⁶² De instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen moet ook beperkt worden door een steeds verdergaande privatisering van de Ziektewet.⁶³ Wat betreft het strenger laten uitvoeren van de selectiecriteria, wordt geprobeerd de interpretatievrijheid van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen te verkleinen met de invoering van een serie professionele standaarden.⁶⁴ Ook wordt van uitvoerenden verlangd dat zij alle uitkeringsgerechtigden opnieuw keuren aan de hand van nieuwe criteria.⁶⁵

De beleidsveranderingen volgen elkaar zo ontzettend snel op dat het lastig is om effecten vast te stellen. Ik spreek daarom van een politieke veranderingsreflex – op onvrede wordt stevast gereageerd met beleidsveranderingen – zonder veel momenten van reflectie.⁶⁶ De politieke veranderingsreflex is niet alleen geldig voor en tijdens, maar ook na de periode van dit onderzoek. Dit blijkt ondermeer uit de formele bewoording die UWV hanteert wanneer het gaat over de hoeveelheid veranderingen in het jaar 2006: 'Een topjaar in de geschiedenis van UWV' (UWV 2006c: 3).

Wanneer vanuit bedrijfsmatig perspectief het sociale gehalte van het sociale zekerheidsstelsel wordt geproblematiseerd, ligt verzakelijken van het stelsel voor de hand. Ten eerste is de ontwikkeling waar te nemen dat in het sociale beleid sterk de nadruk komt te liggen op (hoofdzakelijke financiële) prikkels voor burgers om in het eigen inkomen te voorzien.⁶⁷ Terwijl het beleid in de jaren zeventig en tachtig vooral op inkomensbescherming is gericht, draait het vanaf de jaren negentig veel meer om arbeidsdeelname. Het adagium van regerende partijen wordt 'werk boven uitkering'.

Ten tweede valt een verandering op in de verantwoordelijkheidsverdeling. Terwijl inkomensbescherming in de jaren tachtig nog als een collectieve verantwoordelijkheid wordt gedefinieerd,

draait het daarna om het vergroten van individuele verantwoordelijkheden. Geprobeerd wordt de verantwoordelijkheid van de overheid te minimaliseren en die van individuele werknemers, werkgevers en uitkeringsgerechtigden te maximaliseren. In dit verband wordt gesproken over *the individualisation of the social* (Ferge 1997).

Wanneer vanuit een bedrijfsmatig perspectief het functioneren van de selectiebureaucratie, in het bijzonder een gebrek aan controle, als probleem wordt gedefinieerd, zullen oplossingen gezocht worden in herziening van het sociale zekerheidsstelsel. Het aantal ingrijpende wijzigingen in de afgelopen vijftien jaar van de organisatiestructuur van de selectiebureaucratie is groot. De Parlementaire enquêtecommissie Buurmeijer naar de uitvoering van de Ziektewet, WAO en WW (1993) en de adviescommissie Donner over de WAO (2001) vormen belangrijke aanleidingen voor en bevestigingen van stelselherzieningen. In 1995 vindt een grootscheepse fusie plaats waarbij achttien uitvoerende organisaties voor de sociale zekerheid en een aantal administratiekantoren samengaan in vijf uitvoeringsinstellingen en één opdrachtgever. Slechts zeven jaar later, in 2002, volgt weer een grote fusie: de vijf uitvoeringsinstellingen en hun opdrachtgever moeten samengaan in één grote selectiebureaucratie, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). De selectiebureaucratie wordt een zelfstandig bestuursorgaan met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid als opdrachtgever.⁶⁸

Voor de uitvoering van wet- en regelgeving op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid betekenen deze elkaar snel opvolgende fusies een turbulente werkomgeving waarbij de minister een stevige vinger in de pap krijgt. Zo is het sinds 2002 de minister die jaarlijks de beleidsmatige en financiële kaders voor de uitvoering vaststelt. Hij bepaalt de uitkering- en premiehoogte en voorwaarden voor het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. UWV moet hem een jaarplan ter goedkeuring voorleggen op basis waarvan een budget voor de uitvoering wordt vastgesteld. Bovendien worden er jaarlijks afspraken gemaakt tussen UWV en de minister over prioriteiten, prestatienormen en te leveren verantwoordingsinformatie.

Voor uitvoerenden betekenen deze diverse herzieningen niet alleen een verandering in de inrichting van de organisatie en het stelsel, ze brengen ook onzekerheid en culturele veranderingen met zich mee. Naast herzieningen van de organisatiestructuur van het stelsel en de selectiebureaucratie vinden bovendien ook ingrijpende herzieningen plaats in het wettelijke kader. Het doel van de vele wetswijzigingen is een herverdeling van de taken en verantwoordelijkheden tussen overheid, werkgevers en werknemers.

Een van de meest ingrijpende wijzigingen in het wettelijke kader van de afgelopen jaren is de vervanging van de WAO door de WIA, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. De WIA wordt in 2006 ingevoerd als onderdeel van de wet Structuur uitvoering werk en inkomen (SUWI, 2002). Met de invoering van deze wet wordt de verantwoordelijkheid van individuele werkgevers en werknemers (opnieuw) vergroot, komt 'werken naar vermogen' nog meer centraal te staan en wordt een groter verschil gemaakt tussen volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschikten.⁶⁹

Overigens zijn op het moment van invoering van de WIA de details van de uitvoering ervan nog onbekend. Wel is duidelijk dat de vervanging van de WAO een verschuiving betekent van de inhoud van het verzekeringsgeneeskundige werk. Het gaat om een verschuiving van een sociaal-medische beoordeling van beperkingen om te werken naar een meer voorspellende sociaal-medische beoordeling van het potentiële vermogen om te werken. Verzekeringsgeneeskundige beoordelingen krijgen bovendien grotere gevolgen voor individuele burgers. Het construeren

van een grens tussen wel/niet 'volledige en duurzame' arbeidsgeschiktheid bij de uitvoering van de WIA heeft meer consequenties voor het recht op een (gedeeltelijke) uitkering dan de grens tussen wel/niet volledige arbeidsongeschikt in het kader van de WAO.

Deze presentatie van gelijkgestemde politieke oplossingen, alle te plaatsen in een bedrijfsmatig perspectief, mag overigens niet de schijn wekken dat in de politieke processen van de afgelopen jaren geen belangenstrijd heeft plaatsgevonden. In tegendeel. De regerende partijen voeren deze maatregelen door, maar niet zonder regelmatig verhitte debatten te moeten voeren met oppositiepartijen.⁷⁰ De WAO is niet voor niets het Haagse hoofdpijndossier gaan heten. Politici van regerende partijen klagen soms dat oppositiepartijen elke gelegenheid aangrijpen om het WAO-beleid onderuit te halen. Politici van oppositiepartijen laten zich inderdaad in Kamerdebatten en ook in de media telkens weer negatief uit over het WAO-beleid, in termen van schrijnend, snoeihard of schaamteloos. Arbeidsgeschiktheid is een maatschappelijk thema dat in politieke processen structureel tot hoogoplaaiende strijd leidt.

Samenvattend, construeer ik een drietal politieke probleemdefinities als belangrijke gestolde verbanden in de sociale interacties van districtmanagers. Het gaat om het problematiseren van een mogelijke stijging van het aantal arbeidsgeschiktheidsuitkeringen, het 'sociale gehalte' van het sociale zekerheidsstelsel en vooral het 'inefficiënt en ineffectief' functioneren van de selectiebureaucratie. Andere belangrijke gestolde verbanden zijn elkaar in snel tempo opvolgende beleidsveranderingen en stelselhervormingen die als oplossing worden gepresenteerd. Voor uitvoerenden van arbeidsgeschiktheidsregelingen dient het accent te verschuiven van inhoudelijke deskundigheid en autonomie naar cijfermatige beheersing en verantwoording. Deze veranderingen volgen elkaar zo snel op dat ik spreek van een politieke veranderingsreflex zonder veel mogelijkheden voor reflectie.

Maatschappelijke processen: extra kwetsbaar

2.4

In maatschappelijke processen manifesteert zich een aantal terugkerend patronen dat regelmatig ge(re)produceerd wordt in de sociale interacties die centraal staan in dit boek. Deze patronen maken het handelen van managers kwetsbaarder. Ik zal hier in het bijzonder ingaan op de relatief hoge sociale status van artsen en een combinatie van enerzijds de sociale acceptatie dat individuele burgers zich (publiekelijk) tegen overheidsoptreden afzetten en anderzijds de drang van moderne media om te ontmaskeren.

Hoge sociale status van medici

2.4.1

Een betrekkelijk stabiel terugkerend patroon in maatschappelijke processen is de relatief hoge sociale status van medici. Zij hebben deze hoge status of positie omdat hun functie in maatschappelijke processen wordt geassocieerd met een goede opleiding, uitzonderlijke kennis en vaardigheden, het nemen van beslissingen over leven en dood, en een relatief hoog inkomen (zie bijvoorbeeld Freidson 2001, Gastelaars 1996). Sociale status of sociale positie is een patroon van samenhangend gedrag, zich duidelijk onderscheidend van ander gedrag, waarvan anderen verwachten dat het onderdeel uitmaakt van de persoon (Goffman 1990: 73). Ook wordt een samenhang tussen gedrag en uiterlijke verschijning

verwacht. Witte laboratoriumjassen wekken bijvoorbeeld de indruk van hygiëne en moderne apparatuur wordt geassocieerd met kwaliteit. Ondanks dat de witte jas van een ziekenhuisarts een andere betekenis heeft dan de witte jas van een pedicure, of een geavanceerde computer een andere betekenis heeft in een operatiekamer dan op een reclamebureau, worden we aangemoedigd vooral te letten op de 'abstracte overeenkomst' ertussen (Goffman 1990: 30). Zo kunnen we specifieke situaties duiden door middel van eerdere ervaringen en stereotiep denken.

Verzekeringsartsen zijn geen behandelend artsen (zie ook paragraaf 2.2). Toch worden ze geassocieerd met de klassieke dokter en diens sociale status. We veronderstellen in onze maatschappij dat behandelende kennis en vaardigheden, waarmee verzekeringsartsen op zijn minst in hun opleiding in aanraking zijn gekomen, onderdeel uitmaken van de persoon. Bovendien is de betekenis van rekwisieten als een stethoscoop, een witte jas of een overvolle agenda zo groot voor het maatschappelijke beeld van artsen dat ze de neiging hebben betekenis te krijgen los van de praktische functie die de rekwisieten op dat moment en op die plaats hebben. Ze vormen 'een collectieve representatie en een feit op zich' (Goffman 1990: 32). Dit betekent dat verzekeringsartsen gebruik kunnen maken van de sterke samenhang die mensen verwachten tussen gedrag en uiterlijke verschijning van medici. Sommige verzekeringsartsen leggen bijvoorbeeld een stethoscoop op hun bureau, terwijl dit functioneel gezien niet nodig is. Ze hebben, voor het beperkte aantal lichamelijke onderzoeken dat zij uitvoeren, de beschikking over een aparte onderzoekskamer of een ruimte in de spreekkamer die door middel van een gordijn van het bureau kan worden gescheiden. Ook in hun alledaagse praktijk proberen medici het maatschappelijke aanzien dat ze hebben, te benutten. Dit lijkt verzekeringsartsen een sterke sociale positie in de selectiebureaucratie te verschaffen, sterker dan bijvoorbeeld hun collega-professionals de arbeidsdeskundigen. Een bijzonder sterke positie zou ze tot een groep maken die relatief moeilijk te sturen is door leidinggevenden zonder medische achtergrond en (daardoor) wellicht een minder sterke sociale positie.⁷¹

Toegenomen kans op openbaarheid

2.4.2

Een ander belangrijk thema in maatschappelijke processen is het construeren van een grens tussen dat wat sociaal wel en sociaal niet acceptabel is. Deze grens is de laatste decennia verschoven als het gaat om het recht op een sociale uitkering. Solidariteit is minder vanzelfsprekend geworden. Anders gezegd is er sprake van een vermindering van een gevoel van saamhorigheid en de bereidheid om de consequenties daarvan gezamenlijk te dragen. Dit maakt sociale acceptatie mogelijk van de eerder geconstateerde verzakelijking in het politieke debat. In het huidige maatschappelijke klimaat is ruimte voor ontwikkelingen als een toename van de selectiviteit van het sociale stelsel, meer individuele verantwoordelijkheid, meer nadruk op fraudebestrijding en een verminderd enthousiasme over gedoogbeleid. Het gegeven dat het individu meer centraal is komen te staan ten opzichte van het collectief legt niet alleen de nadruk op individuele plichten, maar ook op individuele rechten. Dit betekent dat in maatschappelijke processen meer ruimte is ontstaan voor burgers om op het nationale podium van zich te laten horen. Wanneer zij zich benadeeld voelen door overheidsoptreden schromen ze minder om hun eventuele gelijk te krijgen door het inschakelen van de openbare rechter of de media (zie bijvoorbeeld Gastelaars 2006, 1996 en Tonkens 2003). Hierdoor ontstaat het risico dat het kwetsbare handelen van verzekeringsartsen achter de schermen van de

organisatie (achteraf) voor een groter publiek zichtbaar wordt. Niet alleen individuele burgers en hun directe omgeving zijn dan getuige van het professioneel handelen in de spreekkamer; iedereen is potentieel publiek van (consequenties van) sociaal-medische beoordelingen en controles.

Een gestold verband dat hierbij aansluit is de drang van de hedendaagse media om te ontmaskeren. Zo is een 'kijkje achter de schermen' momenteel een groot succes voor kijkcijfers en lezers- of bezoekersaantallen.⁷² Dan gaat het om het tonen van processen die zich in principe juist aan het collectieve oog onttrekken. Daarnaast zijn incidenten een populair onderwerp. Bovendien willen de hedendaagse media daarbij over het algemeen graag 'de verantwoordelijke personen aanwijzen én hun koppen laten rollen' (Gastelaars 2006: 183).

Media-aandacht voor processen achter de schermen van de selectiebureaucratie is dan ook vaak negatief van aard.⁷³ Zichtbaar maakt in dit geval kwetsbaar, en niet alleen op individueel niveau. Interacties tussen individuele uitvoerders en burgers hebben meer consequenties gekregen voor (het imago van) de selectiebureaucratie als geheel. Het lokale wordt nationaal. Met als gevolg dat processen 'van buiten' een grotere rol gaan spelen in het lokale. Anders gezegd, de dreiging van publieke aandacht is van invloed op het dagelijkse, institutionele leven in de selectiebureaucratie.

Deze gestolde verbanden in maatschappelijke processen maken het handelen van districtmanagers dus (nog) kwetsbaarder. Zij zijn verantwoordelijk voor het kwetsbare handelen van verzekeringsartsen, in de veronderstelling dat medisch niet objectief is en het bovendien politiek gevoelig ligt (zie de tweede en derde paragraaf van dit hoofdstuk). Tegelijkertijd is de kans toegenomen dat dit handelen openbaar wordt gemaakt omdat individuele ongenoegens over sociaal-medische beoordelingen steeds vaker in rechtszaken en via de media naar 'buiten' komen. Het sociaal-medische handelen is bovendien niet alleen kwetsbaar, en politiek én media-gevoelig, het is gezien de maatschappelijke verhouding tussen medici en niet-medici ook het moeilijkst onder controle te houden door niet-medische managers.

Organisatorische processen: hoge verwachtingen

2.5

De selectiebureaucratie, verantwoordelijk voor de uitvoering van wet- en regelgeving betreffende ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, heeft sinds 1 januari 2002 de vorm van het zelfstandige bestuursorgaan Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). Er zijn een aantal gestolde verbanden in het organiseren van UWV die geregeld worden ge(re)produceerd in de sociale interacties in dit boek. Een belangrijk patroon zijn landelijke afspraken over het verdelen van formele macht en formele taken binnen UWV, visueel weergegeven in een organigram. Een ander patroon dat van invloed is op en beïnvloed wordt door de sociale interacties is een digitalisering van het selectieproces. Daarnaast onderscheid ik een derde patroon in het organiseren dat een rol speelt in de onderzochte sociale interacties, namelijk een erfenis van onvoldoende presteren. Dit wil zeggen dat (voorgangers van) UWV jarenlang niet voldoen aan organisatienormen zowel wat betreft productie en tijdigheid als de kwaliteit van sociaal-medische beoordelingen.

In deze paragraaf concentreer ik me op organisatorische processen in 2002, het jaar waarin de sociale interacties in dit boek spelen. Gestolde verbanden zijn immers alleen als context van sociale interacties te definiëren wanneer ze in die interacties ge(re)produceerd worden. Overigens

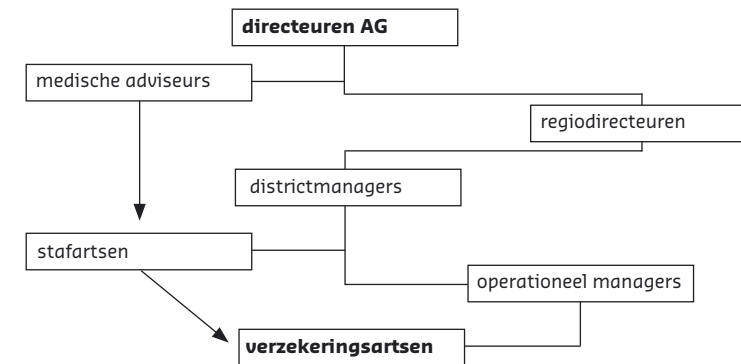
wordt het organiseren van de selectiebureaucratie in de jaren na 2002 gekenmerkt door dezelfde gestolde verbanden. Wel is er een belangrijk vierde patroon bijgekomen, dat de druk op de uitvoerenden en districtmanagers alleen maar heeft vergroot. Sinds 2003 heeft UWV te maken met een 'enorme krimp'; in drie jaar tijd is het aantal medewerkers met ongeveer vijfduizend gedaald, van ruim twintigduizend fte's in 2003 naar bijna zestienduizend fte's in 2006 (UWV 2006c: 30). Een krimp die nog verder moet worden doorgezet: 'afslanking [zal] ook in 2007 en volgende jaren nodig zijn' (idem: 3).

Formele macht en taken

2.5.1

Door het fuseren van verschillende uitvoeringsinstellingen ontstaat in 2002 het UWV. Bij de vorming van deze organisatie wordt gekozen voor een scheiding tussen de uitvoering van de werkloosheidswet, in de divisie WW, en de uitvoering van ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsregelingen, in de divisie AG. De divisie AG wordt verantwoordelijk voor de uitvoering van verschillen wetten, waaronder de Ziektewet (ZW), de Wet verbetering poortwachter (WVP) en de Wet op de arbeidsongeschiktheid (WAO). In deze subparagraaf beschrijf ik, na een vereenvoudigd organigram van de divisie arbeidsgeschiktheid (zie ook de eerste bijlage), de formele macht en taken van 'boven' naar 'beneden' zoals vastgelegd bij de vorming van UWV.

Organigram van de divisie Arbeidsgeschiktheid (AG) met betrekking tot verzekeringsartsen



In het organigram van de divisie arbeidsgeschiktheid (AG) geeft de algemeen directeur AG samen met de plaatsvervangend directeur AG vanuit het hoofdkantoor van UWV leiding aan elf regiodirecteuren 'in het land'. Op het hoofdkantoor is ook een stafafdeling van de directie gehuisvest, waarin een aantal medische adviseurs plaatsneemt. De medische adviseurs dienen de directie van advies te voorzien en zijn formeel verantwoordelijk voor de stafartsen op de vestigingen. De regiodirecteuren zijn eindverantwoordelijk voor alles wat in deze subparagraaf staat beschreven. Zij functioneren als voorzitter van regionale stafbijeenkomsten, maar de kern van hun taak bestaat uit het aansturen van een klein aantal districtmanagers per regio. Bij de vorming van UWV worden ongeveer vijftig districtmanagers aangesteld. Sociale interacties van deze publieke managers staan centraal in dit boek.

Ten tijde van dit onderzoek is hun officiële functiebenaming 'districtmanager arbeids-geschiktheid', in dit boek noem ik ze districtmanager. Zij zijn formeel verantwoordelijk voor zowel de

kwaliteit als de kwantiteit van het professionele handelen in het primaire proces. De reden voor het invoegen van een extra managementlaag in de formele hiërarchie van de selectiebureaucratie is, net als de introductie van het concept integraal management, gelegen in een gedefinieerd gebrek aan sturing van voornamelijk verzekeringsartsen. De verwachtingen ten aanzien van de nieuwe districtmanagers en hun integrale verantwoordelijkheid zijn hooggespannen, zowel in organisatorische als in politieke processen. Ze worden geacht zich als 'nieuwe publieke managers' te gedragen. Dit wil zeggen dat ze noties als doelmatigheid, prioriteren, effectiviteit en productiviteitsgroei hoog in het vaandel moeten hebben.⁷⁴

Met de komst van de districtmanagers zal meer sturing van de professionals, in het bijzonder de verzekeringsartsen, moeten gaan plaatsvinden. Ze krijgen formeel de verantwoordelijkheid voor de gehele uitvoering van arbeidsgeschiktheidsregelingen in een bepaald district, dus bijvoorbeeld ook voor het werk van arbeidsdeskundigen, claimbehandelaars en reïntegratiebegeleiders. De meeste districtmanagers hebben de leiding over één vestiging waar het primaire proces wordt uitgevoerd, sommigen van hen over verschillende vestigingen.⁷⁵ De *span of control* van districtmanagers arbeidsgeschiktheid ligt tussen de honderd en tweehonderd medewerkers.⁷⁶ Slechts een klein deel hiervan betreft verzekeringsartsen.⁷⁷ Met andere woorden, de districtmanagers hebben nog vele andere taken en verantwoordelijkheden naast de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en kwantiteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen die centraal staat in dit boek.

Het aantal mensen dat door de districtmanager direct moet worden aangestuurd, is veel kleiner. Het gaat meestal om drie managers, onder andere de operationele manager in dit onderzoek, en een aantal stafleden, onder andere de stafarts. Districtmanagers zijn dus zogeheten middenmanagers, door hun hiërarchische positie tussen enerzijds directeuren en anderzijds operationele managers en uitvoerenden. Door zowel districtmanagers als professionals, onderzoekers, auteurs van praktische managementboeken en ook in de politiek, wordt een spanningsveld gedefinieerd voor managers die hiërarchisch gezien moeten functioneren tussen top en werkvloer, tussen topmanagers en professionals. Partijen met verschillende belangen en verschillende referentiekaders, en de eer aan de districtmanager om hiertussen te bemiddelen.

Op een vestiging zijn, afhankelijk van de grootte van de vestiging, één of twee operationele managers arbeidsgeschiktheid werkzaam. Ten tijde van het onderzoek is 'manager claim' hun officiële functiebenaming, in dit boek noem ik ze de operationele manager. De operationele managers dragen formeel de verantwoordelijkheid voor de productie van controles en claimbeoordelingen in het kader van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers.⁷⁸ Zij zijn in het organigram de direct leidinggevende van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Ook claimbehandelaars vallen onder hun verantwoordelijkheid.⁷⁹

Op de meeste vestigingen werkt één stafverzekeringsarts. Hij of zij draagt formeel de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het werk van verzekeringsartsen. Een van de taken van de stafverzekeringsarts is het regelmatig inhoudelijk controleren van dossiers van verzekeringsartsen op de vestiging. Formeel is de districtmanager zijn of haar leidinggevende. Met andere woorden, UWV is een lijngestuurde organisatie waarin de staf verantwoording moet afleggen aan het lijnmanagement. Hierdoor loopt een formeel sturingskanaal van de directie arbeidsgeschiktheid naar de regiodirecteur, de districtmanager en de operationele manager naar de (staf)verzekeringsartsen. Dit noem ik het managementkanaal.

Daarnaast is er sprake van een stafkanaal. De medische adviseurs op het hoofdkantoor van UWV geven medisch inhoudelijke sturing aan de stafverzekeringsartsen op de vestigingen, op

formele landelijke en regionale bijeenkomsten. De regiodirecteur is de enige lijnmanager die formeel tot het stafkanaal toegang heeft, aangezien hij of zij de regionale stafbijeenkomsten voorziet. De districtmanager heeft formeel dus geen toegang tot dit stafkanaal.

Bij UWV werken landelijk ruim achthonderd verzekeringsartsen.⁸⁰ Zij werken op de vestigingen in een team met arbeidsdeskundigen en claimbehandelaars. Verzekeringsartsen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het sociaal-medische gedeelte van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen en controles in het kader van de eerste ziektejaren.

Wanneer iemand een aanvraag voor een WAO-uitkering indient, maakt de claimbehandelaar een dossier met daarin de (medische) gegevens die in het eerste ziektejaar zijn verzameld. De claimbehandelaar stuurt dit dossier vervolgens naar de verzekeringsarts en maakt een afspraak met de aanvrager voor een medisch beoordelingsgesprek. De arts kan daarnaast besluiten om informatie in te winnen bij een eventuele behandelaar van de aanvrager, of om een expertise aan te vragen. Vervolgens schrijft hij een rapportage en vult een zogeheten functiemogelijkhedenlijst (FML) in. In een FML geeft de arts aan welke mogelijkheden en beperkingen om te werken de aanvrager op dat moment heeft. Wanneer hij beslist dat de aanvrager op medische gronden volledig arbeidsongeschikt is, handelt de claimbehandelaar de beoordeling juridisch en administratief af en krijgt de aanvrager een volledige WAO-uitkering. Als de arts nog mogelijkheden ziet voor de aanvrager om te werken, moet deze naar de arbeidsdeskundige.

De arbeidsdeskundige bepaalt welke functies de aanvrager gezien zijn beperkingen nog kan verrichten. De hoogte van het loon dat deze daarmee kan verdienen, is bepalend voor de vraag of hij in aanmerking komt voor een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering. Na functieselectie door de arbeidsdeskundige handelt de claimbehandelaar de beoordeling juridisch en administratief af. Claimbehandelaar, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige hebben gezamenlijk een periode van dertien weken waarin de claimbeoordeling moet zijn afgehandeld. Voor het verzekeringsgeneeskundige deel van de beoordeling staat maximaal zes weken.

De kern van het formele takenpakket van reïntegratiebegeleiders ligt bij de uitvoering van de Ziektewet. Zij dienen de reïntegratie te begeleiden van zieke werknemers zonder (vaste) werkgever, zoals uitzendkrachten en mensen met een uitkering in het kader van de Werkloosheidswet (WW). Daarnaast zijn zij samen met verzekeringsartsen verantwoordelijk voor het controleren van de uitvoering van wet- en regelgeving door werknemers en werkgevers in de eerste ziektejaren. De functie van reïntegratiebegeleider wordt, net als de functie van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, binnen UWV formeel betiteld als 'sociaal-medische functie'. Overige uitvoerende functies, waaronder claimbehandelaar en medisch medewerkers, worden betiteld als 'ondersteuning van de sociaal-medische functies'. Medisch medewerkers zijn functionarissen die binnen UWV ook wel 'niet artsen' worden genoemd. Zij dienen, onder supervisie van een verzekeringsarts, een deel van de taken van verzekeringsartsen uit te voeren. Zij worden vooral ingezet bij de uitvoering van herbeoordelingen WAO.

Digitalisering van het selectieproces

2.5.2

In de organisatorische processen van de selectiebureaucratie is een terugkerend patroon waarneembaar dat samengevat kan worden als digitalisering van het selectieproces. Door een combinatie van enerzijds een overwicht van bedrijfsmatige principes in politieke processen en anderzijds technische ontwikkelingen op het gebied van automatisering nemen (ook) in de organisatie de verwachtingen toe over het belang en de productiemogelijkheden van cijfers. Aan deze

verwachting ligt de veronderstelling ten grondslag dat digitalisering, dat wil zeggen de complexiteit van alledag omzetten in enen en nullen, het mogelijk maakt om informatie eenvoudig en snel te verspreiden.

In de organisatorische processen wordt gekozen voor diverse elektronische registratiesystemen, onder andere voor het agendabeheer van de professionals, het archiveren van dossiers en het registreren van aangevraagde en van uitgevoerde controles en beoordelingen. Digitalisering van het professionele selectieproces betekent dat zowel professionele prestaties als burgers worden gerepresenteerd door cijfers en codes. Door het dagelijkse gebruik van de elektronische systemen staat een '4-80' in de sociale interacties van de districtmanagers bijvoorbeeld voor een professionele verzekeringsgeneeskundige herbeoordeling. Een burger die een eerste beoordeling in het kader van de WAO aanvraagt, kan de vorm krijgen van een 'AWoo8' of kortweg '8'.

Digitaliseren heeft verschillende gevolgen voor beelden over de uitvoering. Ten eerste kunnen prestaties in de verwachting eenvoudig en snel gerepresenteerd worden. Ten tweede draagt digitalisering bij aan verzakelijking van het dienstverleningsproces, omdat het de-humaniseert. Ten derde zorgt digitalisering bij een lezer van prestatiecijfers voor de neiging om professionele handelingen die niet worden gerepresenteerd door een cijfer of een code te beschouwen als 'niet bestaand'. Ten vierde is de interpretatie van prestatiecijfers van wezenlijk belang voor beelden die over de uitvoering worden gecreëerd. Cijfers krijgen immers pas betekenis wanneer ze vergeleken worden met andere cijfers. Anders gezegd, of een prestatie uitgedrukt in een cijfer 'goed' of 'slecht' is, hangt af van het cijfer dat als referentiekader dient. Tot slot zullen we in hoofdstuk vier zien dat digitaliseren leidt tot het risico van 'toevallige gelijktijdigheid'. Dit betekent dat een helder verband tussen het virtuele en het fysieke ontbreekt.

Erfenis van onvoldoende presteren

2.5.3

De kwaliteit van het selectieproces is al jaren niet optimaal, ook het inhoudelijke, sociaal-medische werk van verzekeringsartsen. Bij de inhoud van dit werk kan bijvoorbeeld gedacht worden aan spreekuurcontacten, het vaststellen medisch volledig arbeidsongeschikt (GDBM), het vaststellen wel of niet geschikt voor eigen werk, en het vaststellen van een medische urenbeperking. Ook de verslaglegging en onderbouwing van dergelijke activiteiten en beslissingen zijn essentiële onderdelen van de inhoud van het verzekeringsgeneeskundige werk.

Voor het jaar 2002 spreekt UWV met de minister van SZW een kwaliteitsverbetering af van het sociaal-medische handelen, aldus het UWV Jaarplan 2002. Bovendien verzoekt de minister UWV om in dit jaarplan aan te geven welke maatregelen UWV zal nemen ter verbetering van de kwaliteit van de claimbeoordeling.⁸¹ Hieruit kan afgeleid worden dat de minister de kwaliteit van het sociaal-medisch handelen onvoldoende vindt. Ook UWV zelf vindt de kwaliteit onvoldoende. Zo wordt in de kwaliteitscontrole op het sociaal-medisch handelen van UWV over het jaar 2002 ruim 27 procent van de WAO-dossiers van verzekeringsartsen als 'onvoldoende' beoordeeld. De helft daarvan, namelijk bijna veertien procent van alle onderzochte dossiers, wordt door UWV zelfs als 'onrechtmatig' gekwalificeerd.⁸²

In de jaren daarna blijft een kwaliteitsverbetering van het selectieproces op de agenda van de politiek en de organisatie staan. De minister van SZW deelt in december 2006 aan de Tweede kamer mee dat het UWV afspraken heeft gemaakt met cliënten- en patiëntenorganisaties om de uitvoering van de herbeoordelingen te verbeteren (persbericht SZW, 21 december 2006, nr. 06/211). Uit verschillende gerechtelijke uitspraken in 2006 blijkt bijvoorbeeld ook dat de uitvoe-

ring van de Wet verbetering poortwachter, in het bijzonder de duur van sanctietoekenning aan werkgevers, onrechtmatig is en 'genuanceerder' dient te worden.⁸³

Ook lukt het (de voorgangers van) UWV niet om claimbeoordelingen WAO tijdig uit te voeren, dit wil zeggen binnen de wettelijke termijn van dertien weken na de aanvraag. In 2002 komt de landelijke directie arbeidsgeschiktheid, op basis van de politieke nadruk op het voorkómen van instroom in de WAO, tot een prioritering in het primaire proces.

Als meest belangrijk benoemen zij de controles van werknemers en werkgevers in de eerste ziektejaren. Op de tweede plaats staan de eerste claimbeoordelingen WAO, van zowel nieuwe instroom als achterstanden. Daarna mag aandacht uitgaan naar bezwaar- en beroepszaken, ontslagzaken, voorzieningen en reïntegratie. De laagste prioriteit wordt gelegd bij de herbeoordelingen (achtereenvolgens professionele herbeoordelingen, wettelijke eerstejaars herbeoordelingen en wettelijke vijfdejaars herbeoordelingen). Daarbij moeten de districtmanagers de beschikbare capaciteit in eerste instantie volledig inzetten op de eerste drie prioriteiten. Indien dan in een bepaalde regio capaciteit overblijft, moet deze worden ingezet voor uitvoering van de eerste drie prioriteiten in andere regio's. Pas als er voor alle regio's voldoende capaciteit is voor de uitvoering van de eerste drie prioriteiten, mogen de districtmanagers capaciteit inzetten voor herbeoordelingen. Herbeoordelingen mogen voor de managers dus alleen een sluitpost zijn.

In 2002 is de achterstand van eerste claimbeoordelingen WAO (EWT) sterk gedaald, en ook de achterstand van wettelijke herbeoordelingen is minder geworden. Toch bestaat de totale achterstand van claimbeoordelingen WAO in september 2003 nog steeds uit circa 50.000 dossiers (Berendsen & Mullenders 2004: 17).

In 2004 start een grootschalige 'herbeoordelingsoperatie' waarbij van bijna alle arbeidsongeschikten het uitkeringsrecht op grond van nieuwe criteria dient te worden beoordeeld. Deze operatie zou in eerste instantie zijn afgerond op 1 juli 2007. Eind 2006 zijn ruim 200.000 herbeoordelingen verricht, maar dan moeten er nog ongeveer 150.000 plaatsvinden. De minister van SZW laat, na overleg met UWV, de Tweede kamer weten dat de einddatum van de operatie (opnieuw) wordt verschoven naar 2008 (persbericht SZW, 21 december 2006, nr. 06/211). Ook voor wat betreft andere aspecten van het selectieproces lukt het UWV niet om ze op tijd uit te voeren. Zo wordt de Ziektewet in het eerste kwartaal van 2006 in slechts veertig procent van de gevallen binnen de wettelijke termijn uitgevoerd. Dit lage percentage kan voor een deel verklaard worden door de nadruk die in die periode gelegd wordt op het inlopen van de achterstand van Ziektewetcontroles. Deze achterstand is eind april 2006 overigens nog steeds 65.000 dossiers (UWV 2006a: 16).

Een dergelijk verkort overzicht van noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen en voortdurende achterstanden wekt de indruk dat de selectiebureaucratie UWV evenals zijn voorgangers moeite heeft met het volledig juist en op tijd uitvoeren van het selectieproces. Er lijkt een uitvoering te ontstaan waarin het ene kwaliteit- of productieprobleem kan worden verminderd ten koste van het ander. Als de formele verklaring voor achterstanden in het primaire selectieproces wordt regelmatig, door UWV en ook door anderen, een structureel tekort aan verzekeringsgeneeskundige (en arbeidskundige) capaciteit opgevoerd. De *onderliggende* oorzaken van een tekort aan verzekeringsartsen, en dus ook van de aanhoudende achterstanden, blijven dan meestal onbenoemd. Een regiodirecteur zegt hierover in een interview echter: "...artsentekort. Dat is ook een gevolg van de sfeer op een kantoor. Het artsentekort [bij een bepaalde districtmanager] is geen toeval". De rest van dit boek draait om de alledaagse relationele processen in de selectiebureaucratie, in de hoop meer inzicht te bieden in de constatering van UWV (2006a: 24) dat het nodig is 'de binding met professionals te verbeteren'.

Een onontkoombaar krachtenveld

2.6

In dit onderzoek ga ik ervan uit dat mensen handelen op basis van het beeld dat zij, op dat moment en op die plaats, hebben van de werkelijkheid. Dit werkelijkheidsbeeld komt tot stand in voortdurende onderhandeling met anderen. In het onderhandelen over werkelijkheidsbeelden wordt niet steeds opnieuw begonnen. Een eerder tot stand gekomen betekenisgeving van een situatie kan als een gestold verband of terugkerend patroon worden beschouwd. De verzameling gestolde verbanden die van betekenis zijn in een sociale interactie, vormt de context van die sociale interactie.

In dit hoofdstuk heb ik de gemeenschappelijke context geconstrueerd van de onderzochte sociale interacties van districtmanagers. Districtmanagers zijn publieke managers die aan het begin van de 21^e eeuw bij het zelfstandig bestuursorgaan UWV integraal verantwoordelijk zijn geworden voor (ondermeer) het handelen van verzekeringsartsen. Dat zijn artsen die de sociaal-medische controles en beoordelingen uitvoeren voor wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De context waarin en waardoor deze sociale interacties van districtmanagers plaatsvinden, bestaat uit gestolde verbanden die de vorm aannemen van sterke en onontkoombare krachten.

De districtmanagers hebben de formele opdracht om greep te krijgen op een 'lastige soort professional' die een cruciale en complexe fase moet uitvoeren van een van de moeilijkste sociale wetten, in het bijzonder (maar niet uitzonderlijk) hectische jaar 2002. De districtmanagers moeten bovendien hoge verwachtingen waarmaken terwijl formeel sprake is van een dubbelzinnige machtsverhouding ten opzichte van de (staf)verzekeringsartsen, en de kans op publieke ontmaskering toeneemt. In dit onontkoombare krachtenveld is het moeilijk om als individu overeind te blijven staan. Overigens is (deze) context niet determinerend voor individueel handelen; de krachten kunnen alleen beïnvloeden *omdat* ze in sociale interacties worden ge(re)produceerd.

De verwachtingen over de nieuwe districtmanagers zijn dus hooggespannen. Zij zijn 'nieuw' in twee opzichten. De districtmanagers die centraal staan in dit boek zijn nieuw in de zin van recent; hun functie en verantwoordelijkheid worden in 2002 aan de formele hiërarchie van de selectiebureaucratie toegevoegd. De districtmanagers zijn ook nieuw in de zin van nieuwerwets of modern. In zowel politieke als organisatorische processen wordt verwacht dat zij een gedefinieerd gebrek aan sturing van verzekeringsartsen verhelpen door zich als 'nieuwe publieke managers' te gedragen. Dit betekent vooral dat zij dienen te handelen volgens een mythe van beheersbaarheid en noties als prioriteren, tijdigheid, effectiviteit en productiviteitsgroei hoog in het vaandel moeten hebben. Hoe de districtmanagers dit handelen in de alledaagse praktijk vormgeven, staat in het bijzonder in het volgende en navolgende hoofdstuk centraal.

⁵⁰ Met de oprichting van een stelsel van sociale zekerheid, in 1901 met de invoering van de Ongevallenwet, wordt getracht de financiële gevolgen die individuele burgers ondervinden door armoede, ouderdom, ziekte of werkloosheid, gezamenlijk te dragen. Burgers die om deze redenen niet voor zichzelf kunnen zorgen, hebben recht op inkomensbescherming door de overheid en hulp bij het integreren in de samenleving. In het ontwerp van het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid is de gemeenschap aansprakelijk voor de sociale zekerheid op voorwaarde dat burgers alles doen dat in hun vermogen ligt om zelf inkomen te genereren. In de sociale wetten staan de rechten en plichten van overheid en burgers beschreven. In de Nederlandse sociale zekerheid wordt onderscheid gemaakt tussen sociale verzekeringen en sociale voorzieningen. Sociale verzekeringen worden grotendeels betaald door middel van premie-inning. Onder deze verzekeringen vallen enerzijds werknemersverzekeringen voor werknemers, zoals een uitkering in geval van werkloosheid (WW) en arbeidsongeschiktheid (WAO, WIA), en anderzijds volksverzekeringen die voor alle Nederlanders gelden, waaronder de Algemene ouderdomswet (AOW) en de Algemene nabestaandenwet (ANW). Burgers die geen recht op een sociale verzekering hebben, kunnen mogelijk via sociale voorzieningen over (extra) inkomen beschikken. Sociale voorzieningen, zoals de Wet werk en bijstand (WWB) en de Algemene kinderbijslagwet, worden uit de belastingen betaald.

⁵¹ Yeheskel Hasenfeld (1983) beschrijft het proces van dienstverlening vanuit het perspectief van dienstverlenende organisaties. Marja Gastelaars (1997, 2006) vult deze beschrijvingen aan. Daarnaast benadert zij het dienstverleningsproces ook vanuit het perspectief van burgers. Dit biedt een verrijking voor het denken over en kijken naar dienstverlenende organisaties, die hun bestaansrecht puur en alleen ontleen aan hun relaties met individuele burgers.

⁵² Jeroen Vermeulen geeft – met zijn analyse van een gesprek tussen een uitvoerende van een gemeentelijke sociale dienst en twee cliënten – een mooi voorbeeld van de manier waarop het verhaal van een individuele burger, dat van verschillende betekenissen kan worden voorzien, door een uitvoerende wordt omgezet in een eenduidig en sluitend verhaal ter onderbouwing van zijn oordeel (Vermeulen 1996).

⁵³ De Ongevallenwet is in 1901 de eerste sociale verzekering en kan als oorsprong van het huidige stelsel van sociale zekerheid worden beschouwd. Aan deze wet, waarmee de integriteit van het lichaam is verzekerd, ligt de veronderstelling ten grondslag dat schade aan het lichaam zich *proportioneel verhoudt* tot de mate van arbeidsongeschiktheid. De verzekeringsartsen die de wet uitvoeren zijn vooral gericht op het *behandelen* van letsel en blijven zelf ook werkzaam in de curatieve sector. In 1930 wordt de Ziektewet ingevoerd, om de wachttijd tot uitkering van de Ongevallenwet financieel te kunnen overbruggen. Met de invoering van de WAO en een wijziging van de ziektewet in 1967 verandert er veel in de sociale verzekeringsgeneeskunde. Niet langer is de integriteit van het lichaam verzekerd, maar de verdien capaciteit. Het recht op een uitkering hangt af van de relatie tussen belasting (de last die een individu moet dragen) en belastbaarheid (de last die een individu kan dragen). Van verzekeringsartsen wordt verwacht dat ze zich vooral gaan richten op het *aantonen* dat een verminderd vermogen om te werken het gevolg is van objectief vast te stellen ziekte of gebrek. De middelen die hen daarbij ter beschikking moeten staan, zijn op wetenschappelijke leest gestoelde sociaal-medische kennis en vaardigheden met betrekking tot fysieke, psychische en sociale beperkingen. Van behandelen mag geen sprake meer zijn. (Timmer et al. 1988, zie ook de Boer & Houwaart 2006 voor een uitgebreid historisch overzicht van de sociaal-medische claimbeoordeling in Nederland). Maar in de jaren tachtig constateert de eerste bijzonder hoogleraar verzekeringsgeneeskunde dat medische kennis over de relatie tussen ziekte en arbeidsongeschiktheid ontbreekt (Timmer 1985 in Meershoek 1999). Bovendien komt uit verzekeringsgeneeskundige kring de kritiek dat besluitvormingsprocessen op basis van medische kennis niet doorzichtig en objectief kunnen zijn, laat staan het vaststellen van de relatie tussen ziekte en belastbaarheid, omdat elk individu klachten en functioneren anders ervaart (de Boer 1988). Vanuit internationale, wetenschappelijke hoek bevestigt onder andere Deborah Stone dit idee in haar boek *The disabled state* (Stone 1984). Agnes Meershoek (1999) laat, in haar onderzoek naar verzekeringsartsen in de uitvoering van de Ziektewet, ook nog eens overtuigend zien dat in het dagelijkse handelen van verzekeringsartsen een causale relatie tussen ziekte en niet werken geen centrale rol speelt, en arbeidsongeschiktheid in die betekenis dus niet bestaat.

⁵⁴ Wanneer 'behandelen' uit de formele taakomschrijving van artsen wordt geschreven, wil dit overigens niet zeggen dat zij in de dagelijkse praktijk niet behandelen. In een studie naar het handelen van bedrijfsartsen, werkzaam voor arbodiensten met een wettelijk verbod op behandelen, blijkt bijvoorbeeld dat zij de rol van behandelcoördinator op zich nemen (Berendsen 2000). Met anderen woorden, het verbod op

behandelen wordt dan in sociale interacties met cliënten niet als terugkerend patroon ge(re)produceerd. Dit aspect van het wettelijke kader is dan, op dat moment en op die plek, geen context.

- ⁵⁵ In een van de eerste boeken over verzekeringsgeneeskundige theorie wordt speciaal een aantal pagina's gewijd aan deze behoefte aan een nieuwe identiteit, de behoefte zich te kunnen onderscheiden, na de invoering van de WAO (Timmer et al 1988: 14-17). De behoefte is driedelig, aldus de auteurs. In de eerste plaats mist de nieuwe generatie verzekeringsartsen 'deze [curatieve] referentiepunten, maar heeft er natuurlijk wel behoefte aan zich te profileren'. Ten tweede is 'deze behoefte niet alleen psychologisch te verklaren, maar ook vanuit het werk zelf. Geleidelijk aan is steeds meer inzicht ontstaan in de moeilijkheidsgraad van het werk'. In de derde plaats 'is er nog een derde factor die de behoefte aan verduidelijking van de eigen identiteit voedt. Sociaal verzekeringsgeneeskundigen functioneren niet in een vacuüm' maar in een organisatie. (idem: 15)
Vijftien jaar later bestaat de behoefte aan de constructie van een eigen identiteit als verzekeringsarts nog steeds. Zo is bijvoorbeeld een van de aanleidingen voor een historisch boek, over een eeuw sociaal-medische claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland, de behoefte van de NVVG dat de verzekeringsarts 'historisch gezien meer gezicht krijgt' (de Boer & Houwaart 2006: 10).
- ⁵⁶ Zie onder andere Sociaal en cultureel rapport 2004 (SCP 2004: 315) en Sociaal en cultureel rapport 2002 (SCP 2002: 351-354 en 397-407).
- ⁵⁷ In 2005 wordt € 10.899.800.000,- uitbetaald in verband met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen krachtens de WAO, Wajong en WAZ die gedurende dat jaar niet zijn beëindigd. Dit bedrag is in de andere jaren aan het begin van de 21^e eeuw ongeveer gelijk (Centraal bureau voor de statistiek: www.statline.cbs.nl, dd.19 juli 2006). Deze betaling betreft ongeveer twintig procent van de totale kosten van het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel (Ministerie van financiën: www.minfin.nl, dd. 12 april 2006).
- ⁵⁸ Hier ontstaat een mooi voorbeeld van de gelaagdheid van de sociale werkelijkheid. Wanneer in de spreekkamer van verzekeringsartsen geen lokale *reproductie* van arbeidsongeschiktheid plaatsvindt (Meershoek 1999: 137, zie ook het einde van noot 53 op de vorige pagina), en arbeidsongeschiktheid er dus niet 'is', wordt hier op hetzelfde moment een maatschappelijke constructie van arbeidsongeschiktheid *geproduceerd*. Arbeidsongeschiktheid 'is' er wel én niet, op hetzelfde moment en op dezelfde plaats.
- ⁵⁹ Bij de invoering van de WAO in 1967 wordt het aantal uitkeringsgerechtigden op 20.000 geschat. In 1976 zijn er meer dan een half miljoen arbeidsongeschikten (WAO, Waz en Wajong), in 1985 ruim 750.000 en in 1991 bijna 900.000. In de jaren daarna daalt het aantal maar in 1999 zijn er opnieuw 900.000 mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In 2002 wordt voorspeld dat één miljoen arbeidsongeschikten onvermijdelijk is. Maar dit aantal wordt net niet bereikt en een daling zet in. In 2005 telt Nederland 933.000 mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en in 2006 zakt het aantal weer onder de 900.000. (Centraal bureau voor de statistiek: www.statline.cbs.nl, dd. 19 juli 2006). Met andere woorden, het aantal uitkeringsgerechtigden WAO is sinds 1991 relatief stabiel. De laatste jaren vormt deze groep ongeveer een kwart van de (vier miljoen) Nederlanders die jaarlijks een sociale uitkering of voorziening ontvangen omdat zij door ziekte, ouderdom, arbeidsongeschiktheid of werkloosheid zelf geen inkomen kunnen verwerven. (Ministerie van financiën: www.minfin.nl, dd. 12 april 2006)
- ⁶⁰ Deborah Stone (1984) betoogt in haar cross nationale studie naar de betekenis van de groei van arbeidsongeschiktheidsprogramma's, ondermeer in Duitsland en Amerika, dat in het sociale beleid twee veronderstellingen zijn terug te vinden over oorzaken van deze groei. Enerzijds de toelatingseisen en de interpretatie van de toelatingseisen, anderzijds de sturing van het handelen van uitvoerenden (171-172). In dit boek is het vruchtbaar de eerste oorzaak nog te splitsen.
- ⁶¹ Voorbeelden van aanscherping van de toelatingseisen tot arbeidsongeschiktheidsregelingen zijn de invoering van de Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) in 1992 en de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) in 1993. Deze wetten betekenen onder andere dat de duur en de hoogte van arbeidsongeschiktheidsuitkering afhankelijk worden van leeftijd en inkomensverleden. Ook wordt de term 'passende arbeid' vervangen door 'gangbare arbeid'; de belasting moet voortaan worden beoordeeld aan de hand van alle functies die er in Nederland zijn, niet langer alleen aan de hand van functies die bij de opleiding en het arbeidsverleden passen. Bijna vijftien jaar later staat

een grotere selectiviteit van toelating tot arbeidsongeschiktheidsuitkeringen nog steeds op de politieke agenda. Dit blijkt ondermeer uit de aanscherping van het 'Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten' uit 2000, een algemene maatregel van bestuur waarin de criteria voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (WAO, Waz en Wajong) zijn vastgelegd, met de invoering van de WIA in 2006.

- ⁶² Bij de invoering van de WAO krijgen werknemer na een jaar ziekte een uitkering van maximaal tachtig procent van hun laatstverdiende loon. Sindsdien is de WAO-uitkering verlaagd naar maximaal zeventig procent van het laatstverdiende loon (1985) en vallen bijvoorbeeld arbeidsongeschikten onder de vijftig jaar na minimaal een jaar terug op het sociale minimum, dit wil zeggen op zeventig procent van het minimumloon (1991). In 1993 constateert de Parlementaire enquêtecommissie Buurmeijer dat de WAO tot voor kort een eenvoudige mogelijkheid bood voor werkgevers om werknemers te laten afvloeien bij bijvoorbeeld reorganisaties of als vervroegde VUT. Een mogelijkheid die tot 'verborgen werkloosheid' op grote schaal leidt; de schatting is dat dit aan het begin van de jaren tachtig voor 35 tot vijftig procent van de WAO-ers het geval is. (UWV: www.uwv.nl, dd. 22 juli 2006) Bovendien kan de uitkering pas verlaagd worden wanneer uitvoerenden aan een reeks voorwaarden voldoen, zoals *antonen* dat voor de geduide functies voldoende werkgelegenheid is en de uitkeringsgerechtigde voor de werkgever een goede arbeidskracht is. Deze voorwaarden komen te vervallen. Bij de invoering van de WIA, als vervanging van de WAO in 2006, bestaat bijvoorbeeld het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering (zeventig procent van het laatstverdiende loon) alleen nog voor mensen die volledig arbeidsongeschikt worden verklaard en geen uitzicht hebben op herstel. Zij worden bovendien de eerste vijf jaar jaarlijks herkeurd. Gedeeltelijke arbeidsongeschikten krijgen recht op een uitkering op grond van de WIA-regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA). Deze uitkering dient aangevuld te worden met inkomen uit werk.
- ⁶³ In 1996 wordt de Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (WULBZ) ingevoerd. Dit betekent privatisering van een belangrijk deel van de Ziektewet. De WULBZ verplicht werkgevers om bij ziekte van een werknemer gedurende maximaal 52 weken zeventig procent van het loon te betalen. Voor zwangeren, mensen die een orgaan doneren en ex-WAO-ers kan de werkgever een vergoeding voor de loondoorbetaling krijgen. De Ziektewet blijft van kracht voor mensen die op het moment van ziekte geen werkgever hebben. In 2004 wordt een tweede doorbetaald ziektejaar ingevoerd.
- ⁶⁴ Professionele standaarden worden ook wel richtlijnen, protocollen of beleidsadviezen genoemd. Het zijn formele kaders die opgesteld worden om de discretionaire ruimte van professionals zo uniform en transparant mogelijk in te vullen. Ze worden door professionals zelf opgesteld en uitgegeven door de organisatie(s) waarvoor zij werken. Voorbeelden van verzekeringsgeneeskundige standaarden zijn de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (1995) waarin is vastgelegd in welke gevallen een verzekeringsarts een burger op medische gronden volledig arbeidsongeschikt mag verklaren, en de standaard 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts' (1998) waarin de rechten en plichten van een verzekeringsarts staan beschreven met betrekking tot de omgang van alle informatie die zij over individuele burgers hebben.
- ⁶⁵ De afgelopen tien jaar vinden er verschillende 'herbeoordelingoperaties' plaats (voor een overzicht van de uitvoering van de wettelijke eerste- en vijfdejaars herbeoordelingen WAO, zie Laitinen-Krispijn & Bergsma 2004). In 2002 wordt in politieke en organisatorische processen bijvoorbeeld besloten dat de achterstand van herbeoordelingen WAO zo groot is geworden dat relatief eenvoudige, wettelijke herbeoordelingen naar een tijdelijk 'herbocentrum' moeten worden gestuurd. Daar worden de herbeoordelingen zoveel mogelijk administratief uitgevoerd, door hoofdzakelijk medisch medewerkers en extern ingehuurd (verzekerings)artsen en arbeidsdeskundigen. Wanneer op het herbocentrum circa 40.000 dossiers zijn behandeld, wordt het in 2003 weer opgeheven. In 2004 start een grootschalige 'herbeoordelingoperatie' waarbij van bijna alle arbeidsongeschikten het uitkeringsrecht op grond van nieuwe criteria dient te worden beoordeeld (zie ook subparagraaf 2.5.3).
- ⁶⁶ Wat ik in dit boek een politieke veranderingsreflex noem – als het gaat om het steevast en weinig reflexief reageren met veranderingen op onvrede over (effecten van) de uitvoering van arbeidsongeschiktheidsregelingen – kan beschouwd worden in het licht van een algemene ontwikkeling in de publieke sector sinds de jaren tachtig, in Nederland maar ook daarbuiten. Roel in 't Veld spreekt in de jaren tachtig al over het optreden van de overheid in termen van toenemende accumulatie bij afnemende effectiviteit. Hij doelt hiermee op een opeenstapeling van beleidsregels wanneer onvoldoende effectiviteit van

beleidsuitvoering wordt geconstateerd of vermoed. Mirko Noordegraaf betoogt dat de publieke sector in de afgelopen vijftig jaar gekenmerkt wordt door een interventiefuik. Ingrijpen door de overheid lijkt belangrijker te zijn geworden, velen hebben het gevoel gekregen dat 'het anders moet', terwijl overheidsingrijpen tegelijkertijd juist moeilijker is geworden (Noordegraaf 2000, 2004).

⁶⁷ In het huidige beleid wordt vergroting van het verschil tussen nettoloon en uitkering beschouwd als een van de belangrijkste financiële prikkels voor individuele burgers om naar betaalde arbeid te streven, in plaats van naar een sociale uitkering.

⁶⁸ Naar aanleiding van de Parlementaire enquêtecommissie Buurmeijer in 1993 volgt een wijziging van de Organisatiewet sociale verzekeringen (OSV). De bedrijfsverenigingen in achttien verschillende bedrijfstakken, opgericht door (en waarin vertegenwoordiging aanwezig is van) werkgevers en werknemers, worden samen met de administratiekantoren voor de sociale zekerheid in 1995 opgeheven. Er ontstaan vijf uitvoeringsinstellingen voor de sociale zekerheid (GAK, Cadans, USZO, Sfb en Guo) met het Landelijk Instituut sociale zekerheid (Lisv) als centrale opdrachtgever. Een paar jaar later overheerst het idee dat deze herziening niet de gewenste greep op de uitvoering heeft gebracht, bevestigd door het advies van de Commissie Donner (2001) dat overgenomen wordt door de SER als vertegenwoordiging van werkgevers en werknemers. Op 1 januari 2002 treedt de wet Structuur uitvoering werk en inkomen (SUWI) in werking. Dit betekent dat de vijf uitvoeringsinstellingen en het Lisv worden samengevoegd tot één organisatie, het UWV. SUWI betekent ook een nieuwe wijze van aansturing en verantwoording in de sociale verzekeringen. Terwijl het Lisv de uitvoeringsinstellingen als opdrachtgever aanstuurt, krijgt het UWV als een zelfstandig bestuursorgaan de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid als opdrachtgever. De nadruk komt te liggen op cijfermatige verantwoording en meer en beter 'managen' binnen de selectiebureaucratie.

⁶⁹ De WIA wordt ingevoerd met de slogan 'Het gaat niet om wat je niet meer kan... maar om wat je nog wél kan' en wordt gepresenteerd als 'het sluitstuk van het nieuwe stelsel rond ziekte op het werk, arbeids(on)geschiktheid en reïntegratie' dat eraan moet 'bijdragen dat meer mensen aan het werk gaan'. Werknemers die vanaf 2006 'volledig' én 'duurzaam' arbeidsongeschikt worden verklaard, dit wil zeggen dat zij meer dan tachtig procent arbeidsongeschikt worden verklaard en 'geen of slechts een geringe kans op herstel hebben'. Zij krijgen een uitkering volgens de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten, (IVA), als onderdeel van de WIA. Een uitkering volgens de IVA kan hoger uitvallen dan 'de oude WAO'. Werknemers die daarentegen volledig arbeidsongeschikt worden verklaard 'maar waarschijnlijk kunnen herstellen' mogen niet 'duurzaam arbeidsongeschikt' verklaard worden. Voor hen geldt niet de IVA, maar de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA) waarmee het financieel altijd lonender moet zijn om (meer) te werken omdat 'de WIA wil voorkomen dat zulke werknemers onnodig aan de kant komen te staan'. Dit betekent dat mensen die vanaf 2006 tussen de 35 en tachtig procent arbeidsongeschikt worden verklaard, een lagere uitkering krijgen dan 'de oude WAO', gelijk aan WW en daarna bijstand in de vorm van een WWB-uitkering. Mensen die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt worden beoordeeld, hebben geen recht meer op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. (zie onder andere de site van het ministerie van SZW: www.werkenaarvermogen.nl, dd. 3 augustus 2006)

⁷⁰ De politieke partijen die sinds het begin van de jaren negentig in de Nederlandse regering zitting hebben genomen, zijn: CDA (1989-1994, sinds 2002), PvdA (1989-2002, sinds 2007), VVD (1994-2006), D66 (1994-2002, 2003-2006), LPF (2002-2003) en CU (sinds 2007).

⁷¹ Zie bijvoorbeeld Eliot Friedson (2001), Karen Kruijthof (2005) en Joop Ramondt & Gerard Scholten (2005) dat artsen als 'klassieke professional' lastig te sturen zijn.

⁷² Dat een 'kijkje achter de schermen' momenteel een populair thema is bij de media en hun klanten, blijkt bijvoorbeeld uit het grote aanbod van televisieprogramma's waarin mensen op de voet gevolgd worden in hun dagelijkse leven of in hun dagelijkse werk. Ook wordt bij relatief veel televisieprogramma's tegenwoordig een kijkje achter de schermen geboden door een *the making of... of backstage* aflevering. Een ander voorbeeld is de sterke groei van het aantal weblogs op het Internet, voor iedereen toegankelijke digitale logboeken. Ook steeds meer mensen met een publieke functie, in het bijzonder politici, maken hiervan gebruik om de dagelijkse besognes van hun werk (uiteraard selectief) publiekelijk te maken.

⁷³ Met enige regelmaat worden artikelen gepubliceerd en programma's uitgezonden waarin op beschuldigende toon betoogd wordt dat verzekeringsgeneeskundige beoordelingen worden gekenmerkt door willekeur of onrecht. Een voorbeeld dat de media ook 'ontmaskering' van het management van de selectiebureaucratie niet schuwt, is de grote journalistieke aandacht in 2004 voor een verbouwing van het hoofdkantoor van UWV. Het gegeven dat een miljoen euro meer is uitgegeven dan was begroot, wordt niet alleen rijkelijk voorzien van beelden van marmeren vloeren en gouden toiletten als teken van extravagante luxe, maar ook van beschuldigingen van verzwijging en manipulatie aan het adres van de directie van UWV. Wekenlang wordt lezers en kijkers voorgehouden dat de directie het miljoen voor de minister van SZW heeft verzwegen en informatie over de verbouwingkosten manipuleert. Ondanks dat later bekend wordt dat het extra miljoen niet aan wc-potten is uitgegeven, gaat dit verhaal de mediageschiedenis in als de wc-pottenaffaire.

⁷⁴ Mirko Noordegraaf beschrijft in zijn boek 'Management in het publieke domein' (2004) de evolutie van nieuw publiek management aan het einde van de twintigste eeuw. Een van zijn conclusies daarbij is dat het een beweging betreft die moeilijk systematisch is weer te geven aangezien een verscheidenheid aan oriëntaties en aanpakken onder dezelfde noemer van nieuw publiek management wordt gepresenteerd. De verzameling van verschillende inzichten, modellen en praktijken wordt gekenmerkt door hetzelfde doel, om 'publieke organisaties *resultaatgericht, gecoördineerder en efficiënter* te laten werken' (Noordegraaf 2004: 86, oorspronkelijke cursivering). In een poging toch een indeling in 'typen' nieuw publiek management te maken, beroept Noordegraaf zich op een onderscheid dat door Ferlie et al. gemaakt wordt in het boek *The new public management in action* (1996). De veronderstellingen in organisatorische processen binnen UWV over de nieuwe districtmanagers vallen onder het type *efficiency driven* met de nadruk op efficiëntie en effectiviteit. In tegenstelling tot bijvoorbeeld een nadruk op de kwaliteit van dienstverlening in het type *public service orientation* of een nadruk op het leervermogen in organisatorische processen in het type *search of excellence*. (Noordegraaf 2004: 88-89)

⁷⁵ In 2002 worden op een vestiging Arbeidsgeschiktheid (AG) alle arbeidsgeschiktheidstaken uitgevoerd. Sinds 2003 wordt binnen UWV AG onderscheid gemaakt tussen zogenoemde *frontoffices* en *backoffices*. In *frontoffices* vindt de uitvoering van controles en claimbeoordelingen plaats, dus het primaire selectieproces van individuele burgers. In *backoffices* dienen de administratieve werkzaamheden uitgevoerd te worden, bijvoorbeeld het beheren van dossiers en het uitbetalen van uitkeringen, en werkzaamheden waarvoor geen fysiek contact met burgers noodzakelijk is, zoals het geval is voor medewerkers kwaliteit en telefonisten in het kader van klantenservice. De bevindingen en conclusies in dit boek hebben betrekking op UWV AG vóór deze scheiding. De inrichting van de *frontoffices* komt echter in grote mate overeen met de inrichting van werkprocessen waarop de sociale interacties in dit boek betrekking hebben, het primaire proces van UWV AG in 2002. Bovendien blijft zowel de *span of control* als de gevarieerdheid van medewerkers groot die onder leiding vallen van de districtmanager van een *frontoffice*. Hierdoor is het zeer waarschijnlijk dat de bevindingen en conclusies in dit boek ook geldig zijn voor sociale interacties van publieke managers met betrekking tot verzekeringsartsen in de *frontoffices*.

⁷⁶ Dit aantal is voor een districtmanager van het primaire proces niet sterk veranderd door de vervanging van de vijftig vestigingen ten tijde van de dataverzameling van dit onderzoek (2002) door officieel zo'n dertig *frontoffices*. Aangezien de stijging van het aantal uitvoerenden van het primaire proces dan gecompenseerd wordt door het wegvallen van de uitvoerenden in ondersteunende functies (die in de *backoffices* werkzaam worden).

Het is overigens opvallend dat het feitelijke aantal vestigingen van UWV waar verzekeringsartsen werkzaam zijn in 2007 nog steeds ongeveer vijftig is, aangezien onder één frontoffice in de praktijk nog verschillende locaties kunnen vallen. Die vijftig locaties zijn vergelijkbaar met de ongeveer vijftig vestigingen in 2002 – dat wil zeggen, met de vestigingen van de voormalige uitvoeringsinstellingen Gak, Cadans, Uszo, Guo en Sfb. In de topografie van UWV is dus nog niet volledig sprake van een fusie.

⁷⁷ Ten tijde van de dataverzameling van dit onderzoek (2002) zijn op een vestiging tussen de vijftien en vijftig verzekeringsartsen werkzaam. Met de formele scheiding daarna, tussen dertig *frontoffices* en afzonderlijke *backoffices*, zou het aantal verzekeringsartsen per *frontoffice* bijna moeten zijn verdubbeld. Dit zou betekenen dat de verzekeringsartsen ten opzichte van de districtmanagers machtiger in getal zijn geworden.

botsende belangen

hoe worden rollen verdeeld?

Districtmanagers worden, zowel in politieke als in organisatorische processen, geacht te handelen volgens een bedrijfsmatige benadering, 'nieuw publiek management' genoemd. Anders gezegd, politiek en organisatie construeren voor hen de rol van nieuwe publieke manager. Voor verzekeringsartsen is vanuit juridisch oogpunt de noodzakelijke rol van sociaal-medicus in de selectiebureaucratie weggelegd. Als districtmanagers en verzekeringsartsen deze rollen in hun dagelijks handelen opvoeren, ontstaat echter een botsing tussen efficiëntiebelangen en sociaal-medische belangen. In dit hoofdstuk construeer ik, aan de hand van de episode Medisch beroepsgeheim, hoe de conflicterende rollen in alledaagse sociale interacties worden gebruikt om naar zichzelf en naar de situatie te kijken.

Casting voor conflicterende rollen

3.1

In de selectiebureaucratie worden halverwege 2001 met hooggespannen verwachtingen ongeveer vijftig districtmanagers gecast voor de rol van nieuwe publieke manager. Als nieuwe publieke managers dienen zij hun vestigingen te beschouwen en te besturen als een zakelijk bedrijf. Doel van deze roluitvoering is het creëren van een efficiënte en effectieve selectiebureaucratie, en het verzakelijken van het sociale zekerheidsstelsel door middel van cijfermatige beheersing en verantwoording (zie ook de paragrafen 2.3 en 2.5). Van de nieuwe publieke manager wordt verwacht dat hij de werkelijkheid ziet door een mythe van beheersbaarheid.⁸⁴ Hij handelt dan in een grotendeels bedrijfsmatige en technische werkelijkheid waarin alles beheersbaar is, of op zijn minst de suggestie van beheersing moet oproepen.⁸⁵

Verzekeringsartsen worden gecast voor de juridisch onontkoombare rol van sociaal-medicus in de selectiebureaucratie. Met de invoering van de WAO (1967) is wettelijk vastgesteld dat de beoordeling, inzake het recht op een sociale uitkering betreffende ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, moet plaatsvinden op sociaal-medische gronden (zie ook paragraaf 2.2, voor een beschrijving van de achtergrond en de implicaties van deze wettelijke bepaling). De sociaal-medicus moet in eerste instantie het belang van de medische beroepsgroep dienen.

⁷⁸ De productie van controles in het kader van ziekteverzuim van mensen zonder (vaste) werkgever en een aantal uitzonderingsgroepen werknemers, zoals zwangeren en uitzendkrachten, valt niet onder verantwoordelijkheid van de 'manager claim' maar onder die van een ander type operationeel manager: de 'manager ziekwet'. Deze manager valt hiërarchisch gezien ook onder de districtmanager maar buiten het bereik van dit onderzoek.

⁷⁹ In 2002 is er, in hiërarchische zin, tussen de operationele manager en claimbehandelaars een teamleider claimbehandelaars geplaatst. Deze teamleider is inmiddels uit het organigram verwijderd.

⁸⁰ Het aantal verzekeringsartsen dat werkzaam is bij UWV is niet altijd helder. In de zomer van 2006 wordt binnen UWV de schatting gemaakt dat het gaat om 819 verzekeringsartsen, zo verneem ik. Dit zou zowel gecontracteerde als ingehuurde verzekeringsartsen betreffen.

⁸¹ Kader voor (concept) Jaarplan 2003 (meibrief) voor UWV, 13 juni 2002, p. 13.

⁸² De meeste fouten worden door verzekeringsartsen gemaakt op de aspecten 'Oordeel of beschouwing' (bijna 28 procent onvoldoende) en 'Anamnese of beoordelingsgesprek' (ruim 25 procent onvoldoende). Andere veel voorkomende fouten liggen bij het gebruik van het CBBS, de methode van beoordelen (bijna twintig procent onvoldoende), het opvragen van informatie bij derden (ruim veertien procent onvoldoende), de argumentatie voor het toepassen van een medische urenbeperking (bijna tien procent onvoldoende) en de toepassing van de standaard GDBM (bijna negen procent onvoldoende). Voor de andere door verzekeringsartsen uit te voeren sociale verzekeringswetten zijn de resultaten vergelijkbaar. Bij de Waz is ruim 31 procent onvoldoende en ruim vijftien procent onrechtmatig, en bij de Wajong respectievelijk bijna 28 procent en ruim tien procent. Bij de Ziekwet ten slotte was bijna 36 procent van de dossiers van verzekeringsartsen onvoldoende en bijna vijftien procent onrechtmatig. De kwaliteitscontrole vindt plaats aan de hand van een dossiertoets uitgevoerd door de beroepsgroep zelf, namelijk door verzekeringsartsen. Overigens is niet alleen de kwaliteit van het handelen van verzekeringsartsen onvoldoende. Ook de arbeidsdeskundigen scoren volgens datzelfde onderzoek (ditmaal uitgevoerd door arbeidsdeskundigen) niet goed. Bij de WAO en Wajong is negentien procent van de dossiers onvoldoende en respectievelijk ruim zeven en ruim vier procent onrechtmatig. Bij de WAZ-dossiers van arbeidsdeskundigen was ruim 26 procent onvoldoende en ruim dertien procent onrechtmatig. (Berendsen & Mullenders 2004: 21).

⁸³ Over de uitvoering van de loonsanctie WAO/WIA heeft de Centrale raad van beroep (CRvB) in 2006 verschillende uitspraken gedaan. Deze uitspraken houden in dat de standaard en minimum sanctieduur die UWV hanteerde - voor werkgevers die in de eerste twee ziektejaren van een werknemer onvoldoende reïntegratie-inspanningen hebben verricht - in strijd was met de wet. Het is waarschijnlijk dat deze uitvoeringspraktijk voortkwam uit praktische overwegingen, aangezien een inhoudelijke verklaring hiervoor ontbreekt. Zie de uitspraken van de Centrale raad van beroep: AV 2317, AV 2381, AV 2473, AV 2476, AV 2477 (www.rechtspraak.nl) en bijvoorbeeld ook de brief van de minister van SZW aan de Tweede Kamer van 20 juni 2006 (kenmerk SV/WV/06/50986).