

Wijziging Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten

Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 2 juli 2007, Directie Sociale Verzekeringen, nr. SV/WV/07/21088, tot wijziging van de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten in verband met toevoeging van vijf protocollen

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
Gelet op artikel 2, tiende lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, artikel 2, elfde lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, artikel 18, elfde lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en artikel 6, zesde lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen;

Besluit:

Artikel I

Aan artikel 3, eerste lid, van de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten worden, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel e door een puntkomma, vijf onderdelen toegevoegd, luidende:
f. Angststoornissen wordt met ingang van 1 oktober 2007 gebruik gemaakt van bijlage 6 bij deze regeling;
g. Borstkanker wordt met ingang van 1 oktober 2007 gebruik gemaakt van bijlage 7 bij deze regeling;
h. Beroerte wordt met ingang van 1 januari 2008 gebruik gemaakt van bijlage 8 bij deze regeling;
i. Chronische-vermoeidheidssyndroom wordt met ingang van 1 januari 2008 gebruik gemaakt van bijlage 9 bij deze regeling;
j. Lumbosacraal radiculair syndroom wordt met ingang van 1 maart 2008 gebruik gemaakt van bijlage 10 bij deze regeling.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting en de bijlagen in de Staatscourant worden geplaatst.

Den Haag, 2 juli 2007.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
J.P.H. Donner.

Bijlage 6

Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen

– Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.

– Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.

– Waar ‘hij’ en ‘zijn’ staat kan ook ‘zij’ en ‘haar’ gelezen worden.

Een angststoornis wordt gekenmerkt door buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst, die aanleiding geeft tot subjectief lijden of tot hinder in de beroepsrol of andere sociale rollen. (2.1)¹ Een angststoornis kan variëren van een licht ziektebeeld met weinig gevolgen voor het beroepsmatig functioneren tot een ernstige ziekte met veel lijden en ernstige beperkingen in het functioneren. In veel gevallen is er sprake van een fluctuerend beloop. Er is vaak comorbiditeit. Het is een veelgestelde diagnose bij de WAO-instroom.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens gaat de verzekeringsarts na:

– Aard en ernst van de klachten en symptomen:

• Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen aan het begin van het verzuim en wat was het beloop?

• Waren er al klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan het verzuim (bijvoorbeeld frequent verzuim) en, zo ja, welke?

– Diagnostiek: (4.1, 4.2)

• Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld? (4.3) Is er ook comorbiditeit? (4.4)

• Is de diagnose gedurende het verzuim geëvalueerd en zo nodig herzien?

• Heeft er overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts/ behandelaar? Zo ja, wanneer?

– Behandeling:

• Is de werknemer in behandeling geweest bij de huisarts? Zo ja, welke behandeling is gegeven? (4.5)

• Is de werknemer voor behandeling of begeleiding verwezen naar eerste- of tweedelijnszorg? Zo ja, hoeveel weken na het begin van het verzuim?

• Welke adviezen hebben de behandelaars gegeven inzake het medisch her-

stel? Waaruit heeft de behandeling bestaan?

• Hebben de behandelaars geadviseerd over re-integratie?

– Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:

• Heeft de werknemer zich na een verwijzing onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?

• Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?

• Zoekt de patiënt (nog) naar een lichamelijke verklaring voor zijn klachten?

• Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk:

• Was in het werk sprake van factoren die bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van de angststoornis bij deze werknemer of die zijn werkhervatting belemmeren? (3.2, 4.3)

• Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk? (5)

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:

• Was sprake van risicofactoren bij de werknemer zélf of in diens omgeving, die een angststoornis kunnen doen ontstaan of onderhouden?

• Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?

– Werkhervatting:

• Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?

• Is sprake geweest van verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?

• Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?

• Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

• Is sprake geweest van verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?

• Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?

• Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

• Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

• Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

• Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

Als de verzekeringsarts weet of vermoedt dat er sprake is van een angststoornis, realiseert hij zich dat veel patiënten niet spontaan over hun angst praten en zich voor hun klachten schamen. Binnen het kader van het door de verzekeringsarts gehanteerde gespreksmodel, creëert hij voldoende ruimte om de verzekerde ook zijn eigen verhaal te laten vertellen. (4.2)

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
- zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
- de mogelijke relatie tussen de ervaren beperkingen en zijn arbeidssituatie
- de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
- zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
- zijn huidige behandeling
- wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag, onder welke omstandigheden zijn klachten toenemen en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en werkomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op:

- Diagnostiek van de angststoornis: de verzekeringsarts gaat door middel van eigen anamnestic onderzoek na of de diagnose angststoornis op betrokkene van toepassing is. (4.3) Hierbij is van belang:
- het premorbide niveau van functioneren, zowel in werk als privé
- de aanwezigheid van risicofactoren in de arbeidssituatie
- de huidige aard en ernst van de klachten en symptomen
- de omstandigheden waaronder de klachten toenemen
- het verloop van de klachten, de symptomen en de ervaren beperkingen, zowel voorafgaand aan het verzuim, als tijdens het verzuim.
- Differentiële diagnostiek en comorbiditeit (4.4): bij aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen, die de angstklachten al of niet (mede) kunnen verklaren verricht de verzekeringsarts gericht anamnestic, lichamenlijk of aanvullend onderzoek. Hij gaat na of sprake is van:
- depressieve stoornis
- overspanning
- somatoforme stoornis
- verslavingsstoornis(sen)
- somatische ziekte(n).

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een psychiatrische expertise in geval van: twijfel over de diagnostiek, met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor het beoordelen van de beperkingen en de prognose gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelingsmogelijkheden.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

– De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces.

– Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De verzekeringsarts realiseert zich dat elke angststoornis weliswaar specifieke kenmerken heeft, maar dat de feitelijke functionele beperkingen in belangrijke mate individueel bepaald zijn. Het spectrum van mogelijke functiebeperkingen kan variëren van zeer breed tot zeer specifiek en is ook afhankelijk van eventuele comorbiditeit.

De beperkingen zullen zich het meest voordoen in de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren en meer in het bijzonder in specifieke voorwaarden in arbeid.

3 Te verwachten beloop (6.3)

De prognose van een al langere tijd bestaande angststoornis is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden.

Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben een relatief goede prognose bij adequate behandeling. Heeft wel adequate behandeling plaatsgevonden, maar zijn er nog aanmerkelijke beperkingen in het functioneren, dan zal het beloop van de beperkingen niet gunstig zijn.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

– In geval van een recent gediagnosticeerde angststoornis verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid (zie 4.5).

– Indien de angststoornis nog niet gediagnosticeerd was, stelt de verzekeringsarts bedrijfsarts of huisarts op de hoogte van zijn bevindingen.

– In geval van een langer bestaande angststoornis waarbij de verzekeringsarts van oordeel is dat de behandelingsmogelijkheden – voor de angststoornis of voor de comorbiditeit – nog onvoldoende benut zijn, overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts of behandelaar(s) over het opstellen van een medisch

plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

– Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol

Angststoornissen

- 1 Inleiding
 - 2 De aandoening
 - 2.1 Kenmerken
 - 2.2 Epidemiologie
 - 2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid
 - 3 Ontstaan en beloop
 - 3.1 Ontstaan
 - 3.2 Risicofactoren
 - 3.3 Beloop
 - 4 Diagnose en behandeling
 - 4.1 Aandachtspunten
 - 4.2 Diagnostiek
 - 4.3 Indeling volgens DSM-IV
 - 4.4 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit
 - 4.5 Behandeling
 - 5 Werkhervatting
 - 6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling
 - 6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis
 - 6.2 Functionele mogelijkheden
 - 6.3 Te verwachten beloop
 - 6.4 Behandeling en begeleiding
- Literatuur

1 Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met een angststoornis. Het behandelt in deel A Onderzoek de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B Beoordeling de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met een angststoornis, na twee jaar ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van:

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de NHG-standaard Angststoornissen, de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen en de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten van de NVAB.¹⁻³

De verzekeringsgeneeskundige protocollen Angststoornissen, Depressieve stoornis en Overspanning zijn op elkaar afgestemd. Bij de classificatie van psychische morbiditeit wordt in deze drie

protocollen de DSM-IV classificatie gevolgd, behalve bij de definitie van 'overspanning', die ruimer is dan de DSM-IV categorie 'aanpassingsstoornis'.⁴ Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitvoert, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

De term 'angststoornis' is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (pathologische angst) die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot hinder in de beroepsrol of andere belangrijke sociale rollen. Een angststoornis wordt onderscheiden van de normale angst die als aanpassingsproces een belangrijke functie heeft in gevaarlijke of bedreigende situaties (zie 3.1). In de eerste lijn worden veel mengvormen en onvolledige beelden gezien. De angststoornissen die in de DSM-IV classificatie onderscheiden worden zijn te beschouwen als prototypen van de verschillende manieren waarop mensen met een angstprobleem in de knoop kunnen raken.

In de DSM-IV classificatie wordt de volgende indeling gehanteerd:

- paniekstoornis met en zonder agorafobie
- sociale fobie
- enkelvoudige (specifieke) fobie
- gegeneraliseerde angststoornis
- obsessieve-compulsieve stoornis
- posttraumatische stressstoornis (PTSS)
- acute stressstoornis
- angststoornis ten gevolge van een algemene lichamelijke aandoening
- angststoornis ten gevolge van midde-
lengebruik.

In dit protocol wordt tevens aandacht geschonken aan hypochondrie. Ook bij hypochondrie is sprake van bovenmatige angst, namelijk voor een ernstige ziekte.

De DSM-IV classificatie is een middel voor de communicatie over psychische stoornissen.⁴ Classificatie van een klinisch beeld als een van de in de DSM-IV onderscheiden angststoornissen helpt de verzekeringsarts bij het verrichten van een volledige en zorgvuldige verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Angststoornissen hebben pathologische angst als gemeenschappelijke basis. De

verschillende stoornissen hebben echter ook hun eigen dynamiek en expressie en kunnen daardoor leiden tot zeer uiteenlopende beperkingen. Bovendien moet rekening gehouden worden met individuele verschillen tussen patiënten met dezelfde angststoornis.

Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie wordt gebruik gemaakt van de volgende CAS-codes:

- P620 Posttraumatische stressstoornis
- P629 Reacties op ernstige stress
- P630 Paniekstoornis
- P631 Gegeneraliseerde angst
- P632 Agorafobie
- P633 Sociale fobie
- P692 Dwangstoornis
- P639 Overige angststoornissen.

2.2 Epidemiologie

Angststoornissen komen van alle psychische stoornissen het meest voor, niet alleen in Nederland, maar ook in veel andere landen. In het Nemesis onderzoek werd voor Nederland een jaarprevalentie van 12,4 procent gevonden, met een ongelijke verdeling tussen mannen en vrouwen (vrouwen 16,6 procent, mannen 8,3 procent).⁵⁻⁷ De lifetime prevalentie is ruim 19 procent. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is echter veel lager, ongeveer vijf per 1000.¹ Dat betekent dat niet alle angststoornissen door de huisarts worden gediagnosticeerd. Een gedeeltelijke verklaring is dat niet alle mensen met een angststoornis hulp zoeken bij de huisarts. Daarnaast wordt in een aantal gevallen de angststoornis door de huisarts gemist.

Van de angststoornissen komen de fobieën, met een jaarprevalentie van 11,9 procent, het meeste voor. Met een jaarprevalentie van ruim zeven procent is de specifieke of enkelvoudige fobie de meest frequente. De gegeneraliseerde angststoornis komt voor met een jaarprevalentie van 1,2 procent en een lifetime prevalentie van 2,3 procent. De dwangstoornis komt het minst voor: de jaarprevalentie is 0,5 procent, de lifetime prevalentie 0,9 procent. Comorbiditeit van de verschillende stoornissen komt veel voor. Ook kan de ene angststoornis in de loop van de tijd in een andere angststoornis overgaan. De meest voorkomende diagnose die wordt gesteld in combinatie met een andere angststoornis is de gegeneraliseerde angststoornis.⁸

De lifetime prevalentie van PTSS is afhankelijk van de diagnostische methode en de populatie waarbij deze stoornis wordt vastgesteld. Onder een willekeurige groep Nederlanders werd een lifetime prevalentie van vijf procent gevonden. In populaties met een verhoogd risico worden, afhankelijk van de steekproef en de gehanteerde definitie, hogere prevalenties gevonden. De hoogste percentages PTSS worden gevonden bij slachtoffers van verkrachting (29–54 procent).⁹

Ook internationaal worden hoge prevalenties van angststoornissen gevonden. Nederland neemt een middenpositie in.^{7,10}

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

Angststoornissen kunnen belangrijke beperkingen opleveren voor de uitoefening van de beroepsrol. Ter vergelijking: het percentage patiënten dat disfuncties in de beroepsrol aangeeft is bij depressie 39 procent, bij een paniekstoornis 53 procent en bij agorafobie 13 procent.

Toch is de kans op verzuim bij vrouwen met een angststoornis niet hoger dan bij vrouwen zonder angststoornis. Bij mannen gaat een angststoornis gepaard met een ongeveer dertig procent hogere kans op verzuim.^{7,11} Veel mensen met een angststoornis zijn kennelijk in staat hun werkzaamheden te blijven verrichten. Maar er is ook een groep die wel uitvalt en die zonder adequate diagnose en behandeling zeer moeilijk weer aan het werk komt.

In 2004 waren de PTSS en de paniekstoornis, met respectievelijk 1,4 en 1,0 procent, de meest frequent gediagnosticeerde angststoornissen bij de WAO-instroom.*

* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071 personen) van de totale WAO-instroom in 2004, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren.

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Om het ontstaan van angststoornissen te verklaren wordt uitgegaan van een multicausaal model. Biologische, psychologische en sociale factoren spelen hierin een rol.¹²⁻¹⁴

Op zichzelf wijst angst wijst niet op psychopathologie. Angst bereidt voor op fight or flight. Normale angst is een adaptief proces, dat in gevaarlijke situaties een belangrijke signaalwaarde heeft. Behalve de fysiologische reacties van versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, versnelde ademhaling en verhoogde spiertonus, treden in een angstverwekkende situatie ook gedragsmatige reacties op, zoals de neiging om te vluchten. Op cognitief niveau ontstaat het besef van gevaar of dreiging.

Volwassenen hebben een bepaald niveau van angstsymptomen, dat bij afwezigheid van angstinducerende psychosociale en biologische gebeurtenissen betrekkelijk constant is. Deze angstdispositie is voor de meeste mensen laag, maar voor een kleine groep matig tot hoog. De verschillen in angstniveau tussen mensen is voor 50-75 procent terug te voeren op stabiele ken-

merken en voor 25-50 procent op incidentele biologische of psychologische gebeurtenissen.¹³

Volgens een cognitief verklaringsmodel is bij een angststoornis sprake van een vicieuze cirkel. Als iemand geneigd is het gevaar van een bepaalde situatie sterk te overschatten, kan een angsttoestand ontstaan. De angst gaat gepaard met lichamelijke verschijnselen, doordat het autonome zenuwstelsel wordt geactiveerd. Als ook deze verschijnselen verkeerd geïnterpreteerd worden, zullen ze opgevat worden als voortekenen van een naderende catastrofe, waardoor de angst nog verder toeneemt en een paniekaanval kan ontstaan. Zo worden patiënten met een angststoornis bang voor hun eigen angst en voor situaties waarin die angst zou kunnen ontstaan. Wanneer deze anticipatieangst gekoppeld is aan bepaalde situaties of objecten, zoals bij de verschillende fobieën het geval is, gaat de patiënt die situaties of objecten vermijden.

3.2 Risicofactoren

In het multicausale verklaringsmodel is sprake van verschillende risicofactoren die aan het ontstaan en voortbestaan van een angststoornis kunnen bijdragen. Deze risicofactoren worden veelal onderverdeeld in predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren. Bij angststoornissen zijn de uitlokkende en de onderhoudende factoren vaak wederkerig verbonden: de situatie die de angst heeft uitgelokt wordt door de patiënt vermeden, waardoor de angst in stand gehouden wordt. Daarom worden hier alleen de predisponerende en uitlokkende risicofactoren besproken.

3.2.1 Predisponerende factoren

De predisponerende factoren kunnen worden onderverdeeld in genetische en omgevingsfactoren. De genetische factoren zijn niet gerelateerd aan een specifieke stoornis. Zij dragen waarschijnlijk voor de helft bij aan de angstdispositie van een persoon. De volgende aspecten spelen daarbij een rol:

- Neurobiologische kwetsbaarheid. Hierbij zouden verschillende neurotransmittersystemen betrokken zijn, zoals het GABA-erge, het noradrenerge en het serotonerge systeem.
- Psychologische kwetsbaarheid. Van sommige erfelijke persoonlijkheidstreken, bijvoorbeeld neuroticisme, is aangetoond dat het risicofactoren zijn voor angst. Het is aannemelijk dat deze trekken gemeenschappelijke risicofactoren zijn voor zowel angst als depressie.
- Geslacht. Vrouwen hebben een twee keer zo hoge kans op een angststoornis als mannen. Alleen bij de obsessief-compulsieve stoornis en de sociale fobie is dat verschil er niet.

Van de omgevingsfactoren is onder meer de opvoedingssituatie van belang. Een controlerende en weinig affectieve opvoedingsstijl zou bijdragen aan het latere ontstaan van angststoornissen.¹³ Ook kunnen ouders hun eigen angst overdragen op de kinderen. Angststoornissen komen twee tot drie keer zo vaak voor bij lager opgeleiden als in de gemiddelde bevolking.⁷

3.2.2 Uitlokkende factoren

Het is van belang om in gedachten te houden dat uitlokkende factoren weliswaar bijdragen aan het ontstaan van een angststoornis, maar dat de predispositie de belangrijkste rol speelt. Onderzoek naar de invloed van psychosociale factoren bij het ontstaan van paniekstoornis laat zien dat er relatief veel life events optreden in de periode voorafgaand aan het ontstaan van de stoornis.¹⁴ Van de mensen met een specifieke fobie herinnert maar een kwart zich een traumatische ervaring als aanleiding voor de fobie.¹⁵ Bij sociale fobie is niet aangetoond dat een tekort aan sociale vaardigheden de stoornis uitlokt.¹⁶ Uitlokkende factoren kunnen zich voordoen in de werksituatie, waar ze aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van een angststoornis bij personen die daarvoor toch al aanleg hebben. Ook kunnen zij een ongunstige invloed uitoefenen op de fluctuaties in het beloop van een bestaande stoornis. Dit geldt zowel voor incidenten, zoals ongevallen en ernstige conflicten, als voor chronische ongunstige situaties, zoals voortdurend gespannen werkverhoudingen. De stressbron kan ook buiten de werksituatie liggen, terwijl de effecten zich manifesteren op de werkplek. Dat kan er toe leiden dat werknemers met een angststoornis hun klachten ten onrechte toeschrijven aan het werk. Blootstelling aan een traumatische ervaring op het werk kan een PTSS uitlokken. Maar slechts een minderheid van de mensen ontwikkelt na een traumatische gebeurtenis een PTSS. Ook voor deze stoornis geldt het multicausale verklaringsmodel.

3.3 Beloop

Angststoornissen worden gekenmerkt door het periodiek wisselen van de ernst van de klachten. Vaak hangt dit samen met stressfactoren. Nauwkeurige cijfers over het spontane beloop op lange termijn van de verschillende angststoornissen zijn schaars. Aangenomen wordt dat in de eerste lijn bij ongeveer vijftig procent van de patiënten binnen zes maanden spontane genezing of een belangrijke afname van de klachten optreedt. Is er binnen een half jaar geen spontaan herstel, dan is de kans groot dat de aan-doening chronisch wordt. Meer onderzoek naar het spontane beloop in de eerste lijn is gewenst.

Verschuivende fobieën ontstaan op verschillende leeftijden. Enkelvoudige fobieën komen het meest voor in de jeugd en verdwijnen vaak voor het twintigste levensjaar. Als een enkelvoudige fobie na het twintigste levensjaar nog bestaat, verdwijnt deze niet meer spontaan. Een sociale fobie, een paniekstoornis en agorafobie ontstaan vaak tussen het twintigste en dertigste levensjaar. Boven de veertig ontstaan doorgaans geen angststoornissen meer. Uitzonderingen zijn de posttraumatische stressstoornis en angststoornissen als gevolg van een lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld een beroerte. Een paniekstoornis met of zonder agorafobie heeft in het algemeen een wisselend beloop met remissies en exacerbaties. De gegeneraliseerde angststoornis, de obsessief-compulsieve stoornis en de hypochondrie hebben naar schatting in meer dan de helft van de gevallen een chronisch beloop. Bij de sociale fobie en de PTSS hangt het natuurlijke beloop af van de complexiteit en ernst van de klachten en van de lijdensdruk.¹ Comorbiditeit met depressie en verslaving hebben een negatieve invloed op het beloop.

De prognose van angststoornissen die adequaat behandeld worden is gunstig.²

4 Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

In dit protocol wordt ervan uitgegaan dat een angststoornis niet altijd bekend is op het moment dat de verzekeringsarts zijn onderzoek verricht. Zo kan het zijn dat de stoornis niet eerder herkend is, bijvoorbeeld door overschaduwende comorbiditeit, door het atypische karakter van de klachten of omdat betrokkene niet over zijn klachten gesproken heeft. Ook kan een angststoornis manifest worden in de loop van het arbeidsverzuim dat door een andere ziekte werd veroorzaakt. Naar schatting driekwart van de personen met een angststoornis zoekt hulp bij de eerstelijns gezondheidszorg. De angststoornis wordt dan in circa veertig procent van de gevallen herkend.¹³

Mensen met een angststoornis praten in het algemeen niet makkelijk over hun angst. Velen schamen zich voor hun angst, vooral in een niet-psychiatrische setting, zoals bij de bedrijfs- of verzekeringsarts. Zij presenteren zich vaak met andere klachten of problemen. Bij de volgende signalen moet aan de mogelijkheid van een angststoornis gedacht worden:²

- frequent ziekteverzuim
- frequent bezoek aan huisarts of specialist voor wisselende en onderling niet samenhangende klachten
- aanhoudende specifieke spanningsklachten zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen

- als de patiënt zelf over ‘hyperventilatie’-klachten spreekt
- aanhoudende functionele lichamelijke klachten waarbij de patiënt niet of slechts tijdelijk gerustgesteld kan worden; vooral onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen moeten aan een angststoornis doen denken
- gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen
- alcohol- of drugsprobleem
- depressie
- een traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis
- opvallende veranderingen in het functioneren door verminderde professionaliteit of door vermijdingsgedrag.

Het medisch onderzoek bij mensen met een angststoornis wordt niet alleen bemoeilijkt door de veelvoorkomende terughoudendheid om over de angst te praten, maar ook doordat veel patiënten niet geleerd hebben om te reflecteren over klachten van psychische aard. Zij zijn geneigd om hun somatische klachten op de voorgrond te plaatsen. Deze vorm van presentatie kan sociaal-cultureel bepaald zijn, bij zowel autochtone als allochtone patiënten, maar ook intellectuele capaciteiten en communicatieve vaardigheden kunnen een rol spelen.

4.2 Diagnostiek

Aan een patiënt met een angststoornis, zelfs bij iemand met een ernstige angststoornis, valt doorgaans niet veel te merken, tenzij de patiënt zich op dat moment in een voor hem angstwekkende situatie bevindt. Patiënten hebben vaak al lang klachten, die wisselen in ernst en die kunnen toenemen onder invloed van stressvolle gebeurtenissen of somatische ziekte. Voor iemand met een angststoornis kan een spreekuurbezoek of een gesprek met een verzekeringsarts een angstwekkende situatie zijn, bijvoorbeeld bij een agorafobie of bij een sociale fobie met angst voor spreken met autoriteiten. Als dit zich voordoet kan de angst soms herkenbaar zijn aan de psychomotoriek of door de aanwezigheid van een begeleider. Vaak praten patiënten niet over hun angst, maar richten ze zich op de somatische aspecten van hun klachten.¹

De diagnostiek van angststoornissen vindt veelal plaats met behulp van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, zelfbeoordelingsvragenlijsten en observatie- en gedragsmaten.* Als de verzekeringsarts vermoedt of kan vermoeden dat er sprake is van een angststoornis kan hij meer zekerheid verkrijgen door te informeren naar de angst. Hij kan hiervoor gebruik maken van de volgende vragen:^{1, 2, 17}

- voelt u zich angstig of angstiger dan vroeger?

- bent u wel eens zo angstig dat u denkt dat u dood gaat, gek wordt of de controle verliest?
- heeft u onbestemde angstgevoelens?
- maakt u zich veel zorgen?
- vindt u de angst of bezorgdheid reëel, kunt u ze begrijpen of weet u waar u bang of bezorgd voor bent?
- belemmeren de gevoelens u in het functioneren en, zo ja, op welke wijze?
- maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, dat u zich trillerig voelt of benauwd?

* Een selectie van in Nederland frequent gebruikte diagnostische instrumenten voor de verschillende angststoornissen wordt besproken in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen.²

De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat het gesprek met iemand met een angststoornis langer kan duren dan een normaal gesprek. Omdat een angststoornis het zelfvertrouwen kan ondermijnen is het van belang dat de patiënt de gelegenheid krijgt zijn eigen verhaal te vertellen en dat er niet uitsluitend naar klachten en symptomen wordt gevraagd.² Als een patiënt niet over zijn angst praat en hij zijn klachten specifiek verwoordt, kan gemakkelijk de indruk ontstaan dat hij iemand is met ‘vage klachten’. Bovendien kan het vermijdingsgedrag van veel patiënten met een angststoornis gemakkelijk gezien worden als een uiting van onwil en niet als een vorm van onvermogen. Ook is er vaak sprake van mengvormen en onvolledig ontwikkelde beelden.

Wanneer het moeilijk blijft om in te schatten of er sprake is van een angststoornis of hoe ernstig de stoornis is, kan gebruik gemaakt worden van vragenlijsten. De 4DKL-vragenlijst is goed bruikbaar in de eerste lijn, waaronder de bedrijfsgeneeskundige setting. Deze vragenlijst is weliswaar niet gevalideerd voor verzekeringsgeneeskundig gebruik, maar kan door de verzekeringsarts wel als ondersteuning gebruikt worden.*^{3,18,19} De psycholoog in de eerste lijn gebruikt veelal de SCL-90 klachtenlijst.

Belangrijke begrippen bij de beschrijving van angststoornissen en het daarbij vaak aanwezige vermijdingsgedrag zijn:

- situationele angst: een episode van angst of paniek, die alleen na confrontatie met een bepaalde gebeurtenis optreedt
- verwachtingsangst: angst die al optreedt vóór de confrontatie werkelijk plaatsvindt
- onverwachte angstaanvallen: angst- of paniekaanvallen die plotseling optreden en waarvoor geen aanleiding is; ze kunnen zich ook tijdens de slaap voordoen
- gegeneraliseerde of diffuse angst: minder intense maar continue aanwezige angst, die niet situationeel is.

Bij onvoldoende duidelijkheid over de diagnose of de gevolgen van de stoornis voor het functioneren dient een expertise overwogen te worden. Advies inwinnen over behandelingsmogelijkheden kan ook een belangrijke reden voor een expertise zijn.

* De 4DKL is een vragenlijst waarmee de dimensies depressie, angst, *distress* en somatisatie gemeten worden. De vragenlijst bestaat uit vijftig items. De afname duurt vijf tot tien minuten. Het instrument kan angst(klachten) aantonen. De 4DKL is (nog) niet gevalideerd met betrekking tot het stellen of uitsluiten van de diagnose angststoornis. De *distress*schaal meet de aspectieve ‘spanning’ als uiting van de moeite om psychosociaal te blijven functioneren. De *distress*score is een goede maat voor de ernst van psychische stoornissen van verschillende aard.

4.3 Indeling volgens DSM-IV

4.3.1 Paniekstoornis, met en zonder agorafobie

Van een paniekaanval is sprake als de angst intens is, plotseling begint en tenminste vier van de dertien in de DSM-IV genoemde symptomen binnen tien minuten tot een piek komen. De symptomen zijn: hartkloppingen of versnelde hartslag, transpireren, trillen of beven, ademnood of een gevoel te stikken, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, misselijkheid of maagklachten, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie, angst voor controleverlies of om gek te worden, angst om dood te gaan, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers of koude rillingen.

Op zichzelf is een paniekaanval geen angststoornis. Het kan er wel een symptoom van zijn. Paniekaanvallen hebben doorgaans een ernstig ontregelend effect en worden gevolgd door de angst voor nieuwe aanvallen. Zij kunnen optreden in situaties die vooraf al als bedreigend ervaren werden, maar ook onverwacht, bijvoorbeeld in de slaap.

Een paniekstoornis wordt gekenmerkt door herhaaldelijke paniekaanvallen, waarbij de patiënt na de aanval of tussen de aanvallen bang is een nieuwe paniekaanval te krijgen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst ontwikkelen voor publieke gelegenheden, zoals warenhuizen, treinen, restaurants, bioscopen, wachten in een rij, grote menigten en ook wachtkamers. Wanneer het vooruitzicht is dat aan een dergelijke situatie niet te ontkomen valt, zal de patiënt soms al dagen van tevoren angstig zijn. In die gevallen wordt gesproken van een paniekaanval met agorafobie. Bij vrouwen komt agorafobisch vermijdingsgedrag drie tot vier keer zo vaak voor als bij mannen. Van de patiënten met een paniekstoornis, met of zonder agorafobie, voldoet bijna de helft

ook aan de criteria voor een sociale fobie en zeventig procent aan die voor de gegeneraliseerde angststoornis. Ook de combinatie met depressie en verslaving komt zeer frequent voor. Plotselinge en onverwachte paniekaanvallen kunnen een sterk ontregelende invloed op het werk hebben. Het zelfvertrouwen wordt ondermijnd en de concentratie kan verstoord raken. Door slapeloosheid kunnen patiënten steeds vermoeider worden. Een bijkomende agorafobie kan een belemmering vormen om naar het werk te komen of bepaalde beroepen uit te oefenen.²

4.3.2 Sociale fobie

Bij een sociale fobie is er sprake van een hardnekkige angst voor één of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan mogelijk kritische beoordeling door anderen en waarin hij bang is zich belachelijk te maken, bijvoorbeeld door blozen of trillende handen. Typische voorbeelden zijn spreken in het openbaar, eten of drinken in gezelschap en kennismaken met onbekenden. Ook het verzekeringsgeneeskundig onderzoek kan zo'n situatie zijn. Culturele verschillen kunnen een rol spelen in het ontstaan van een sociale fobie en kunnen de beoordeling van sociale angst en verlegenheid bemoeilijken.

De diagnostische criteria voor de sociale fobie zijn:

- Er is aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren.
- Blootstelling aan de gevreesde situatie lokt angst uit, die kan uitmonden in een paniekaanval.
- Betrokkene is zich er van bewust dat de angst onredelijk is.
- De gevreesde situaties worden vermeden of slechts met veel ongemak doorstaan.
- De angst vormt een belemmering voor het beroepsmatig of sociaal functioneren.

De sociale fobie kan worden onderverdeeld in een specifieke vorm en een gegeneraliseerde vorm. Van een specifieke sociale fobie is sprake als de angst is gekoppeld aan één specifieke situatie. Bij een gegeneraliseerde sociale fobie komt de angst in verschillende situaties voor. De sociale fobie wordt vaak gecompliceerd door depressie en alcoholisme.

Werknemers met een sociale fobie kunnen vaak goed functioneren zolang zich geen bijzonderheden voordoen. De vermijdingsstrategieën kunnen heel subtiel zijn. Een werknemer gaat bijvoorbeeld wel naar een vergadering, maar zorgt ervoor niet te hoeven spreken. Als er echter eisen aan hen gesteld worden die hun sociale vaardigheden te boven gaan, bijvoorbeeld spreken in het openbaar of gezamenlijk de maaltijd gebruiken, kan de fobie manifest worden.

4.3.3 Enkelvoudige (specifieke) fobie
Enkelvoudige fobieën behoren tot de meest voorkomende angststoornissen. Een enkelvoudige of specifieke fobie wordt gekenmerkt door hevige en irrationele aanhoudende angst voor een specifiek object, zoals bepaalde dieren of bloed of een specifieke situatie, zoals hoogten of kleine ruimten. De enkelvoudige fobie heeft met de sociale fobie en agorafobie gemeen dat er sprake is van situationele angst, verwachtingsangst en vermijding. De term wordt gereserveerd voor angst en vermijdingsgedrag die een merkbare hindernis opleveren in werk of sociale activiteiten. De milde angst die geen bijzondere consequenties heeft, valt er dus niet onder.

De mate waarin een specifieke fobie invloed heeft op de beroepsuitoefening hangt sterk samen met de eisen van het werk. De meeste patiënten zullen niet in het beroep of op de plaats werkzaam zijn waarin hun fobie tot expressie komt. Mensen met hoogtevrees zullen bijvoorbeeld geen glazenwasser worden en mensen met angst voor bloed geen chirurg. Bepaalde aanleidingen voor een situationele fobie, zoals kleine ruimten, vliegen, tunnels en liften, zijn echter niet altijd te vermijden.

Na bijzondere gebeurtenissen kan een (secundaire) enkelvoudige fobie ontstaan, bijvoorbeeld vlieg angst bij luchtvaartpersoneel door een vliegincident, tunnel angst na een verkeersongeval en hoogtevrees na een incident tijdens het werken op hoogte.

4.3.4 Gegeneraliseerde angststoornis

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) wordt gekenmerkt door buitensporige, aanhoudende angst voor of bezorgdheid (piekeren en tobben) over diverse aspecten van het leven, bijvoorbeeld werk, financiën, kinderen, de toekomst en het niet aankunnen van allerlei dagelijkse besommeringen. De GAS wordt ook wel piekerstoornis genoemd.

De zorgen zijn zo ernstig dat ze moeilijk in de hand gehouden kunnen worden, terwijl er geen reële basis voor is. Tevens dienen minstens drie van de volgende zes in de DSM-IV genoemde klachten aanwezig te zijn: rusteloosheid, snelle vermoeidheid, concentratiemoeilijkheden, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapstoornis. De klachten zijn minstens zes maanden aanwezig en verstoren in ernstige mate het dagelijks functioneren. De stoornis wordt in bijna de helft van de gevallen niet als zodanig herkend in de eerste lijn, doordat de angsten toegeschreven worden aan de persoonlijkheid van de patiënt, of omdat aan een lichamelijke aandoening wordt gedacht. De symptomen zijn niet altijd goed te onderscheiden van die bij een depressie en ook comorbiditeit met depressie komt veel voor.

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis zijn te typeren als personen met een grote nervositeit en met forse beperkingen in het dagelijks functioneren. Soms overladen deze patiënten echter hun dagprogramma om het piekeren te vermijden, met als gevolg dat zij uitgeput kunnen raken en het werk gaan vermijden.

4.3.5 Obsessieve-compulsieve stoornis

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of door dwanghandelingen (compulsies, rituelen). De terugkerende en hardnekkige gedachten worden beleefd als opgedrongen en misplaatst, maar wel als een product van de eigen geest (ik-eigen). De dwanggedachten zijn over het algemeen angstwekkend van aard en gaan gepaard met angst, onrust of nervositeit. Dwanghandelingen zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotiepe wijze moeten worden verricht. De meest voorkomende dwanghandelingen zijn wassen en controleren, maar er zijn veel varianten van dwanghandelingen, bijvoorbeeld dwangmatig verzamelen of twijfelen. De dwanggedachten of -handelingen veroorzaken aanzienlijke last, zijn tijdrovend (nemen meer dan één uur in beslag) en interfereren met het dagelijks leven. Er is veel comorbiditeit van de OCS met depressie, maar ook de combinatie met andere angststoornissen komt veel voor.

Mensen met dwanggedachten en dwanghandelingen proberen meestal situaties en stimuli te vermijden die dergelijke gedachten of handelingen zouden kunnen oproepen. Uit angst voor besmetting vermijden ze bijvoorbeeld openbaar vervoer. Het gedrag kan lijken op vermijdingsgedrag bij agorafobie.

In het werk kunnen deze patiënten opvallen door vertraging van het tempo en door grote onzekerheid bij het nemen van bepaalde beslissingen.

4.3.6 Posttraumatische stressstoornis

In de DSM-IV is de posttraumatische stressstoornis (PTSS) de enige angststoornis waarbij een etiologische factor vereist is om de diagnose te kunnen stellen, namelijk een traumatische gebeurtenis. Onder een traumatische gebeurtenis wordt een gebeurtenis verstaan waarin sprake is van dood, ernstig letsel, beschadiging of bedreiging van de lichamelijke integriteit, van de persoon zelf of van een ander, en waarbij intense angst, hulpeloosheid of afschuw werd ervaren. Voorbeelden van traumatische gebeurtenissen zijn: ernstige ongelukken, overvallen en ander crimineel geweld, maar ook langdurige blootstelling aan belastende gebeurtenissen, zoals seksuele kindermishandeling en oorlogservaringen, seksuele intimidatie

en verkrachting. Mensen verschillen in wat zij als een ingrijpende gebeurtenis kunnen ervaren. Ook arbeidsconflicten, plotseling (dreigend) ontslag, echtscheiding en het verlies van een dierbare kunnen als traumatische gebeurtenissen ervaren worden.⁹

De DSM-IV beschrijft zeventien symptomen van de PTSS die over drie clusters verdeeld zijn:

– Voortdurende herbeleving van de traumatische gebeurtenis. Voorbeelden zijn opdringende onaangename herinneringen of nachtmerries, handelen of voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt, intens psychisch lijden of fysiologische reacties bij associaties met de traumatische gebeurtenis.

– Hardnekkige vermijding van situaties die geassocieerd zijn met het trauma of afstomping van de algehele reactiviteit. Bijvoorbeeld het vermijden van gedachten, gevoelens, gespreksonderwerpen en personen of situaties die op de een of ander manier met het trauma geassocieerd worden. Vermijding kan zich ook uiten in verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten, affectvervlakking en onthechting.

– Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Voorbeelden zijn moeite met in- of doorslapen, prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, moeite met concentreren, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties.

De diagnose PTSS wordt gesteld wanneer iemand ten minste één herbelevingssymptoom, drie vermijdingssymptomen en twee symptomen van verhoogde prikkelbaarheid heeft en deze symptomen langer dan een maand aanhouden. Tevens moet er sprake zijn van klinisch betekenisvol lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of andere belangrijke levensgebieden.

De meeste slachtoffers van een trauma vertonen in eerste instantie symptomen van de PTSS, maar meestal verdwijnen deze klachten spontaan. Wanneer de symptomen voldoen aan de criteria voor de diagnose PTSS, maar binnen vier weken grotendeels verdwijnen, spreekt men van een acute stressstoornis (ASS).^{9, 20} Bij ongeveer tien tot vijftien procent houden de symptomen aan. Een aanzienlijk deel van de getraumatiseerden kan te kampen hebben met intensieve PTSS symptomatologie, die niet voldoet aan alle criteria van de DSM-IV. Er wordt dan gesproken van een partiële PTSS.⁹ Een PTSS kan ook lange tijd, soms verscheidene jaren, na het oorspronkelijke trauma manifest worden of door een betrekkelijk gering voorval geluxeerd worden.

4.3.7 Hypochondrie

Hypochondrie wordt gekenmerkt door de aanhoudende angst of overtuiging een ernstige ziekte te hebben, terwijl daarvoor onvoldoende grond bestaat. De angst of overtuiging blijft aanwezig, ondanks adequate aandacht en voorlichting en veroorzaakt aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren. Hypochondrie kan afgegrensd worden van de paniekstoornis, waarbij de patiënt zich ook ernstig zorgen maakt over een lichamelijke ziekte. Bij hypochondrie is de preoccupatie met een ernstige ziekte permanent aanwezig, terwijl bij de paniekstoornis de preoccupatie beperkt blijft tot de periode van de paniekaanval. Het onderscheid is niet altijd duidelijk en de beide stoornissen komen ook vaak samen voor. Hypochondrie hoeft geen aanleiding te geven tot opvallende participatieproblemen. Er kunnen wel interpersoonlijke problemen ontstaan doordat de patiënt zijn omgeving belast met de hardnekkige overtuiging dat hij een ernstige ziekte heeft.

4.4 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

4.4.1 Somatische aandoeningen^{12, 21}

Lichamelijke aandoeningen kunnen gepaard gaan met angstklachten. Enkele veelvoorkomende somatische aandoeningen die met angst gepaard gaan zijn:

- endocriene afwijkingen (hypo- en hyperthyroïdie, hypoglycaemie, feochromocytoom)
- cardiovasculaire aandoeningen (hart-ritmestoornissen, myocardinfarct)
- longziekten (COPD)
- kanker
- neurologische aandoeningen (CVA, MS, trauma).

De grens tussen angst als gevolg van de ziekte en een angststoornis is soms moeilijk aan te geven. Slecht gecontroleerde pijn, benauwdheid, metabole onregeling en diverse medicamenten kunnen aanleiding geven tot angstige gevoelens. Waar de grens ligt tussen normale angst in reactie op de ziekte en pathologische angst hangt af van de ernst en de duur van de symptomatologie en de mate waarin het functioneren van de patiënt wordt verstoord door zijn angstige gevoelens.²² Signalen die wijzen op een angststoornis zijn anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag, dat wil zeggen: gedrag dat bedoeld is om de angst op te heffen of te verminderen.

De diagnose angststoornis mag pas gesteld worden als een lichamelijke oorzaak van de angst uitgesloten is.

4.4.2 Middelengebruik

Angst kan ontstaan door gebruik of onthouding van psychoactieve middelen, zoals cafeïne, alcohol, farmaca en drugs

(cannabis, hallucinogenen, amfetaminen en ecstasy).²¹ Een bruikbaar, maar in de praktijk niet altijd duidelijk onderscheid is dat tussen

- ‘gewone’ angstklachten als gevolg van gebruik of staken van een middel
- een angststoornis als gevolg van gebruik of staken van een middel
- een angststoornis – al dan niet verergerd door middelengebruik – die onafhankelijk is van het gebruik van een middel en
- middelengebruik, met name alcoholgebruik, om angst te dempen.

4.4.3 Andere psychiatrische aandoeningen

Psychiatrische comorbiditeit komt veel voor. De jaarprevalentie voor psychiatrische comorbiditeit bij vrouwen is 44 procent en voor mannen 26 procent.⁶ Comorbiditeit betekent vaak dat er sprake is van ernstiger symptomatologie, dat de klachten langer bestaan en dat de belemmeringen in het functioneren ernstiger zijn.^{7, 23} Verschillende angststoornissen kunnen tegelijk voorkomen. Voorbeelden zijn een specifieke fobie met agorafobie en OCS met een sociale fobie.

Comorbiditeit van angststoornissen en depressieve stoornis komt ook veelvuldig voor. Met name de combinatie van een paniekstoornis en een depressie wordt veel gezien. De depressieve stoornis is daarbij vaker secundair aan de paniekstoornis dan omgekeerd.⁷ Een obsessieve-compulsieve stoornis komt vaak samen voor met de somatoforme stoornis.²⁴ Ook OCS en persoonlijkheidsstoornissen gaan vaak samen.²⁴ Behalve van frequente comorbiditeit is er ook sprake van overlap in symptomatologie tussen angststoornissen en andere psychiatrische stoornissen, zoals depressieve stoornis, overspanning, somatoforme stoornis en verslavingsstoornissen.

4.5 Behandeling

4.5.1 Algemeen

Van de nieuwe gevallen in de eerste lijn herstelt ongeveer de helft in de eerste zes maanden geheel of grotendeels. Als de stoornis nadien nog aanwezig is, komt spontaan herstel weinig meer voor. Ongeveer zeventig procent van de patiënten reageert goed op een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of antidepressiva. Met behandeling is de kans groot dat het lukt om het werk te hervatten. Ook bij een afname van de klachten zonder volledig herstel kunnen de meeste patiënten hun werkzaamheden hervatten, al of niet met aanpassingen.

De behandeling van angststoornissen is erop gericht de vicieuze cirkel die de angst in stand houdt, te doorbreken en de patiënt te leren zijn angst te hanteren. Van belang is de voorlichting aan de

patiënt over het ontstaan van angst, de factoren die angst uitlokken en instandhouden en de vicieuze cirkel waarin hij terechtgekomen is.^{1, 13} Voorlichting en het open bespreken van de stoornis kan schuldgevoel doen afnemen, irrationele gedachten corrigeren en de patiënt motiveren om zich onder behandeling te stellen. Wanneer de patiënt de gegeven informatie begrijpt, wordt uitleg gegeven over de mogelijkheid angststoornissen te behandelen met cognitieve therapie, gedragstherapie (of de combinatie van beiden), medicatie en de combinatie van medicatie en niet-medicamenteuze therapie. De indicaties en de voor- en nadelen daarvan worden besproken en de patiënt wordt bij de keuze betrokken.

In het algemeen kan gesteld worden dat zowel medicamenteuze behandeling onder begeleiding, als cognitieve gedragstherapie een goede eerste keuze is.¹ Als alleen medicatie wordt voorgeschreven is het aantal recidieven na het staken van de behandeling echter veel hoger dan wanneer ook psychotherapie gegeven wordt. Zonder psychotherapie valt veertig tot zestig procent van de patiënten weer terug. Bij een obsessieve-compulsieve stoornis komt de terugval na het staken van de medicatie zelfs in de buurt van de honderd procent. Aangeraden wordt om deze stoornis in de tweede lijn te behandelen.¹ Bij comorbiditeit met een depressieve stoornis is, onder andere afhankelijk van de ernst van de depressie, medicamenteuze behandeling of een combinatiebehandeling de eerste keus.

Wanneer de klachten verbeteren met een van deze behandelopties, treedt in het algemeen geen symptoomverschuiving op, dat wil zeggen: er komen geen andere klachten voor in de plaats. Voor bepaalde stoornissen zijn gespecialiseerde behandelingen beschikbaar. Dat geldt met name voor PTSS, OCS en voor podiumangst.

Inzichtgevende psychotherapie geldt niet als een succesvolle behandeling voor angststoornissen.

4.5.2 Niet-medicamenteuze behandeling

Bij de behandeling van angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keus. Soms is het nodig dat patiënten vooraf begeleid worden met een motiverende gesprekstechniek. CGT is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij de cognitieve therapie zijn de specifieke cognities of angstige gedachten de invalshoek voor de behandeling. De niet-functionele en angstige cognities worden opgespoord en vervangen door functionele, rationele en minder angstige gedachten. Dit wordt gerealiseerd met verschillende cognitieve technieken (uitdagen van automatische gedachten, kosten-baten analyse, gedragsexperimenten etc.) Verondersteld wordt dat het

gevoel en het gedrag veranderen als gevolg van de veranderde gedachten. Bij de gedragstherapie wordt aan de patiënt uitgelegd dat vermijding van moeilijke situaties op korte termijn angstreductie geeft, maar dat op de lange termijn de drang om te vermijden toeneemt en de angst blijft bestaan en soms zelfs groeit. Het voornaamste werkzame principe van de gedragstherapie is de exposure in vivo. Tijdens de blootstelling zal de patiënt de spanning aanvankelijk moeten verdragen. Hij zal dan merken dat de angst vervolgens geleidelijk uitdooft. Gedragstherapie zonder exposure is onvoldoende werkzaam.

E-therapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie met gebruikmaking van de computer, stand-alone of via internet, al dan niet met tussenkomst van een deskundige. De effectiviteit is aangehouden, maar tot nu toe wordt er nog maar op bescheiden schaal gebruikt van gemaakt.

Voor de behandeling van het PTSS zijn enkele behandelprotocollen beschikbaar. De voorkeur gaat uit naar CGT, maar er is ook plaats voor de zogeheten Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). De methode is op korte termijn effectief. De effecten op de lange termijn zijn nog onvoldoende onderzocht.

Wanneer psychotherapie succesvol is, is de kans op terugval minder groot dan na het staken van een medicamenteuze therapie. Psychotherapie is echter niet altijd meteen beschikbaar, vraagt een flinke inzet van de patiënt en er zijn voor de patiënt ook kosten aan verbonden.

4.5.3 Medicamenteuze behandeling

Bij de medicamenteuze behandeling van angststoornissen is een belangrijke rol weggelegd voor antidepressiva.² Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI) en serotonerge tricyclische antidepressiva (TCA's) zijn even effectief. De keuze voor een van de middelen wordt gemaakt op grond van relatieve contra-indicaties (bijvoorbeeld bij cardiale problematiek) en bijwerkingen. Voordelen van medicatie zijn de onmiddellijke beschikbaarheid en het gegeven dat de kosten over het algemeen vergoed worden. Medicatie heeft de eerste weken echter vaak bijwerkingen en aanvankelijk kunnen angst en paniekverschijnselen toenemen. Als de behandeling niet effectief is moet op andere medicatie worden overgegaan. Bij voldoende succes dient de medicatie ten minste zes tot twaalf maanden te worden voortgezet. Bij OCS wordt geadviseerd om langer dan een jaar door te gaan met medicatie. Bij stoppen van de medicatie is de kans op terugval groter dan na psychotherapie.

Bij verschillende angststoornissen (paniekstoornissen, sociale fobie en GAS) kunnen benzodiazepines in de

behandeling een rol spelen. Benzodiazepines zijn een middel van derde keuze in combinatie met, of ná een psychologische behandeling. Bij specifieke vormen van sociale fobie, zoals podiumangst en vergelijkbare problemen, kunnen incidenteel ook bètablokkers worden voorgeschreven.¹

5 Werkhervatting

Omdat werknemers met angststoornissen geneigd zijn tot vermijden zal een aantal van hen niet open over hun klachten en angsten praten. Angststoornissen die gevolgen hebben voor het werk kunnen zich dan uiten in frequent ziekteverzuim, wisselende lichamelijke klachten, symptomen die doen denken aan overspanning en onverklaard disfunctioneren. Bovendien kunnen angststoornissen overschaduwd worden door symptomen van comorbiditeit, zoals depressie, middelengebruik en somatische aandoeningen. De diagnostiek van angststoornissen is niet een eenmalige vaststelling, maar een herhaalde activiteit die leidt tot werkhypothesen waaraan steeds weer nieuwe – diagnostische – informatie kan worden toegevoegd, wat vervolgens kan leiden tot aanpassing van de begeleiding. Werknemers die met een angststoornis uitvallen, reïntegreren in het algemeen sneller dan werknemers die verzuimen als gevolg van een depressieve stoornis.²⁵ Voorspellende factoren voor een langer durend verzuim zijn een leeftijd boven de vijftig jaar, een pessimistische inschatting van de werknemer zelf, comorbiditeit met depressie en een hogere opleiding.²⁶ Vermijding kan ook een rol spelen tijdens de re-integratie. Aanvankelijk lijken het herstel en de hervatting goed te verlopen, maar op gegeven moment kan de re-integratie zonder duidelijke aanleiding stagneren. Aandringen op verdere uitbreiding van het werk kan op sterke weerstand stuiten en mogelijk leiden tot terugval. Als tijdens de evaluatie blijkt dat de stagnatie het gevolg is van (re)activering van de pathologische angst, dan moet de begeleiding daarop worden afgestemd. Ook moet dan rekening gehouden worden met uitlokkende en instandhoudende factoren in de werksituatie. Bij angststoornissen is een gedoseerde en goed begeleide blootstelling aan bedreigende of beangstigende situaties een belangrijke therapeutische interventie. Dat uitgangspunt geldt ook voor situaties die zich voordoen in het werk.

Aan de bedrijfsarts van een werknemer met een angststoornis wordt geadviseerd om:³

- te verwijzen naar de huisarts
- in overleg met de patiënt, diens huisarts en de werkomgeving naar een aanvaardbare belasting in het werk te zoeken
- in overleg met de huisarts/behandelaar, de patiënt en de werkom-

geving medewerking te verlenen aan een traject van exposure.

Er wordt thans een re-integratiemethodiek ontwikkeld voor werknemers die verzuimen met klachten waarbij angst een belangrijke component is. De methodiek is gebaseerd op exposure in de arbeidssituatie. Bij zwaardere problematiek is het raadzaam de begeleiding te verzorgen in samenwerking met een gespecialiseerde behandelaar, bijvoorbeeld een eerste-lijnpsycholoog. Bij complexe en ernstige problematiek kan het nodig zijn om door te verwijzen naar de tweedelijns GGZ.

Bij uitval naar aanleiding van een ernstige traumatische ervaring in de werksituatie zal de bedrijfsarts vaak al vanaf het begin een belangrijke rol vervullen in begeleiding en werkhervatting. In de beginfase dient zo veel mogelijk het normale verwerkingsproces gestimuleerd te worden. De werknemer kan zo nodig tijdelijk aan het werk gaan in een aangepaste functie, met als uiteindelijk doel volledige hervatting van het eigen werk. Wanneer de werknemer na een tot drie maanden nog niet is hersteld of als de klachten erger zijn geworden, kan verwijzing naar een in PTSS gespecialiseerde behandelaar of instelling noodzakelijk zijn.⁹ Een onbehandelde PTSS duurt gemiddeld 64 maanden en in een derde van de gevallen is het beloop chronisch. Niet alle patiënten met een PTSS zijn gemotiveerd voor behandeling. Zij associëren behandeling soms met 'zwakte' of incompetentie. In dat geval zal de bedrijfsarts of de huisarts de werknemer begeleiden met als doel om hem te motiveren voor behandeling. Tijdens de behandeling van PTSS is het goed mogelijk dat een werknemer gedeeltelijk werkzaam is. Behandelaar en begeleider op de werkplek zullen dan hun beleid goed op elkaar moeten afstemmen. Soms kan een werknemer na behandeling toch niet meer terug naar het eigen werk. Herplaatsing in ander werk, al dan niet bij de eigen werkgever, is dan noodzakelijk. Bij werknemers die herstellen kunnen PTSS-klachten worden geactiveerd door nieuwe gebeurtenissen. Dit betekent niet perse dat er sprake is van een terugval. De meeste patiënten hebben namelijk in de behandeling geleerd om met deze klachten om te gaan.

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met een angststoornis voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het toekomstige beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en

begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een angststoornis vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de stoornis, de behandeling en de begeleiding, in de wetenschap dat bij een adequate behandeling en begeleiding de grote meerderheid van de werknemers met een angststoornis binnen de termijn van twee jaar, al of niet geheel, zal herstellen. Hij betreft in zijn overwegingen dat vermijdingsgedrag, om angsten te ontlopen, een veel voorkomend symptoom van een angststoornis is. Hij realiseert zich ook dat veel patiënten met een angststoornis, ondanks hun stoornis, in hun werk niet opvallend disfunctioneren. Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist. De verzekeringsarts betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.²⁷

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij de vertaling van klachten naar feitelijke beperkingen is het in het algemeen van belang een inschatting te maken van 'hoe iemand met zijn klachten omgaat'. Sommige angststoornissen leiden tot vermijding, bij andere is dat niet het geval. Vermijding van angstinducerende situaties als gevolg van een angststoornis is geen uiting van onwil, maar een symptoom van de stoornis. De angst die niet vermeden kan worden, bijvoorbeeld bij een paniekstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of hypochondrie, kan het functioneren in algemene zin ontregelen. Als de behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad, worden de (blijvende) beperkingen mede bepaald door de vraag of de angst wel of niet vermijdbaar is. Dit kan ook van belang zijn voor de aanpassingen die in de werksituatie nodig zijn.

Op hoofdpunten kunnen de beperkingen die zich bij de verschillende angststoornissen kunnen voordoen, worden samengevat als volgt:

- Een paniekstoornis kan, met name wanneer er ook sprake is van agorafobie, zodat de patiënt zijn huis niet meer uit durft, leiden tot beperkingen in de zelfverzorging en tot participatieproblemen, onder andere in het werk.
- Een sociale fobie veroorzaakt interpersoonlijke beperkingen en participatieproblemen doordat sociale situaties op het werk en in de privé-sfeer aanleiding geven tot angst en vermijding.
- Een enkelvoudige fobie geeft in het algemeen geen aanleiding tot ernstige beperkingen of participatieproblemen, maar in specifieke gevallen, zoals bloed-

fobie of primaire en secundaire vlieg-angst, kan hiervan wel sprake zijn.

- Een obsessieve-compulsieve stoornis kan leiden tot ernstige interpersoonlijke problemen en kan het beroepsmatig functioneren ernstig schaden, bijvoorbeeld door traagheid en grote onzekerheid bij het nemen van beslissingen. De dwanggedachten en de dwanghandelingen kosten de patiënt veel tijd en energie en kunnen ten koste gaan van concentratie en gerichte aandacht.
- De gegeneraliseerde angststoornis leidt in vergelijking met de andere angststoornissen vaak tot interpersoonlijke beperkingen. Patiënten met deze stoornis kunnen irritaties bij anderen oproepen doordat ze overal tegenop zien, zich chronisch zorgen maken, veel lichamelijke klachten hebben en zich niet kunnen ontspannen. De beperkingen zijn het gevolg van piekeren, concentratieproblemen, spierspanningsklachten, slaapproblemen en vermoeidheid.
- De posttraumatische stressstoornis veroorzaakt, als er sprake is van een traumatische ervaring in het werk, vaak interpersoonlijke problemen (wantrouwen of sociaal isolement) en beperkingen in de beroepsfeer. Maar ook een PTSS die ontstaan is door een traumatische ervaring buiten het werk, kan beperkingen in het werk geven.
- Hypochondrie kan leiden tot participatieproblemen door de preoccupatie met een ernstige ziekte en ook tot interpersoonlijke problemen, doordat anderen te veel betrokken raken bij de rituelen van de persoon met hypochondrie.

De verzekeringsarts die bij een verzekerde met een angststoornis na twee jaar arbeidsongeschiktheid de functionele mogelijkheden moet beoordelen, realiseert zich dat een bepaald soort angststoornis weliswaar enkele specifieke kenmerken heeft, maar dat de feitelijke beperkingen in belangrijke mate individueel bepaald zijn. Het spectrum van mogelijke functiebeperkingen kan variëren van zeer breed tot soms zeer specifiek en is ook afhankelijk van mogelijke comorbiditeit. De verzekeringsarts zal moeten vertrouwen op een nauwkeurige analyse van de individuele situatie, mede aan de hand van de handreikingen die in het protocol geboden worden.

De beperkingen zullen zich het meest voordoen in de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren en meer in het bijzonder in specifieke voorwaarden in arbeid.

6.3 Te verwachten beloop

De prognose van een al langere tijd bestaande angststoornis is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden. Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben een relatief goede prognose bij adequate behandeling. Heeft adequate

behandeling plaatsgevonden, maar zijn er nog wel aanmerkelijke beperkingen in het functioneren, dan is de prognose van de beperkingen niet gunstig.

6.4 Behandeling en begeleiding

In geval van een recent gediagnosticeerde angststoornis verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid (zie 4.5). Indien de angststoornis nog niet gediagnosticeerd was, stelt de verzekeringsarts bedrijfsarts of huisarts op de hoogte van zijn bevindingen.

In geval van een langer bestaande angststoornis waarbij de verzekeringsarts van oordeel is dat de behandel mogelijkheden – voor de angststoornis of voor de comorbiditeit – nog onvoldoende benut zijn, overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts of behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomags GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). Huisarts Wet 2004; 47(1): 26–37.
- 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- 3 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Utrecht: NVAB; 2000.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 5 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, De Rijk C, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2448–2452.
- 6 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2453–2460.
- 7 Vollebergh WA, de Graaf R, Ten Have M, Schoemaker C, Van Dorsselaer S, Spijker J e.a. Psychische stoornissen

in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.

8 van Boeijen C, Visser S, Van Balkom A. Geeneraliseerde angststoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors.

Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 118–145.

9 Carlier IVE, Arentz DH, Stikker P. Posttraumatische psychische problemen. In: Klink Jvd, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 317–342.

10 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP e.a. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21): 2581–2590.

11 Laitinen-Krispijn S, Bijl R. Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking. Utrecht: Trimbos-instituut; 2002.

12 Bakker A, Verwey JS, Van Dyck R. Paniekstoornis, agorafobie en endocrinologie. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138(47): 2329–2332.

13 Van Dyck R, Maasen JHW, Van der Meer K. Angststoornissen. In: van der Klink J, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 373–396.

14 Bakker B, Visser S, Van Balkom A. Paniekstoornis met en zonder agorafobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 22–43.

15 Van Oppen P, Scholing A. Specifieke fobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 44–58.

16 Oosterbaan D, Bögels S. Sociale fobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 59–79.

17 Vragenlijst Standaard onderzoek bij psychische stoornissen. een semi-structureerd interview. 2006. Nijmegen Cure & Care Publishers.

18 Terluin B, van der Klink JJJ. Diagnostiek. In: van der Klink JJJ, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 21–46.

19 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.

20 Kindt M, Hovens H. Posttraumatische stress-stoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 100–117.

21 Schadé A, Marquenie L. Angststoornis door een middel en angststoornis door een somatische aandoening. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors.

Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000: 136–145.

22 De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM. Kanker. In: Kaptein AA, Beunderman R, Dekker J, Vingerhoets AJJM, editors. Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum; 2006: 115–136.

23 Bakker A, Van Balkom A, Van Dyck R. Angststoornissen. In: Willems JHBM, Croon NHTh, Korten JW, editors. Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.

24 Van Oppen P, Van Balkom A. Obsessieve-compulsieve stoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors.

Behandlungsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 80–99.

25 Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2004.

26 Schene A, van Weeghel J, van Dijk F, van der Klink J. Jaarboek Psychische aandoeningen en arbeid: de achtergronden. 2005.

27 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34–44.

¹ De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

Bijlage 7

Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker

– Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.

– Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.

– Borstkanker komt incidenteel voor bij mannen. Waar ‘werkneemster’, ‘zij’ of ‘haar’ staat kan daarom ook ‘werkneemster’, ‘hij’ of ‘zijn’ gelezen worden.

Borstkanker is de verzamelterm voor kwaadaardige aandoeningen van het weefsel van de borstklier. De aard van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij een werknemster met borstkanker is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van metastasen op afstand. In het protocol speelt dit onderscheid een belangrijke rol, in de wetenschap dat bij een deel van de in opzet curatief behandelde patiënten op termijn toch van metastasering op afstand sprake zal blijken te zijn.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

– Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens bepaalt de verzekeringsarts of bij de werknemster op het moment van de beoordeling sprake is van aangetoonde metastasen op afstand. Vervolgens gaat hij na of en, zo ja, op welke terreinen bij de werknemster sprake is van functiestoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

– Bij een werknemster zonder metastasen op afstand vormt de verzekeringsarts zich een indruk van:

– Aard en ernst van klachten en symptomen:

• Wat waren de klachten en symptomen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?

– De in opzet curatieve behandeling: (4.2)*

• Welke curatieve behandelingen hebben plaatsgevonden? Chirurgische, radiotherapeutische, chemotherapeutische, hormonale of immunotherapeutische behandeling?

• Zijn er complicaties opgetreden tijdens de behandeling? Zo ja, welke vervolghandeling was hiervoor noodzakelijk?

• Is de curatieve behandeling thans afgerond? Zo ja, wanneer? Zo nee, is er zicht op wanneer dat het geval zal zijn?

– Locoregionale behandelingseffecten die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (4.3)

• functiebeperkingen en pijnklachten van de arm en schouder

• lymfoedeem

• neurologische klachten en uitvalsverschijnselen

• pijnklachten in borstwand na borstamputatie of in okselkliergebied na okselklieroperatie

• gevolgen van behandeling van lokale recidieven

• gevolgen van behandeling van solitaire regionale metastasen.

– Andere klachten en morbiditeit die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (3.2)

• moeheid

• andere lichamelijke klachten

• psychische klachten en psychiatrische comorbiditeit

• andere comorbiditeit.

– Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemster: (4.4)

• Heeft de werknemster deelgenomen aan een begeleidingsprogramma voor borstkankerpatiënten?

• Heeft de werknemster het advies gekregen zich te laten behandelen voor moeheid, psychische of andere comorbiditeit? Zo ja, heeft zij dat advies opgevolgd?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)

• Was in het werk sprake van factoren die werkhervatting kunnen belemmeren, zoals fysiek of mentaal belastend werk of gebrek aan sociale steun?

• Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen?

– Werkhervatting:

• Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemster beoordeeld?

• Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemster of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?

• Wat hebben werknemster en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?

• Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

– Bij werknemers met metastasen op afstand vormt de verzekeringsarts zich een indruk van:

• De prognose:

○ Welke prognostische informatie heeft de behandelend arts gegeven aan de werknemster? En aan de bedrijfsarts?

– Werkhervatting:

• Kan en wil zij haar eigen werk doen, al of niet met aanpassingen?

• Wil de werknemster werken? En waarom wel of niet?

• In hoeverre is haar werkomgeving bereid en in staat werkhervatting mogelijk te maken?

• Is er een discrepantie tussen wat de werknemster wil en haar toestand, in termen van functionele mogelijkheden en prognose?

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

2 Beoordelingsgesprek (4.3, 4.4)

De verzekeringsarts dient bij de werknemster met borstkanker die geen aangetoonde metastasen op afstand heeft, de vraag te beantwoorden waarom bij deze werknemster het herstel gestagneerd is, wat haar functionele mogelijkheden zijn en of herstel van functionele mogelijkheden nog te verwachten is. Hij voert het gesprek in de wetenschap dat de meeste vrouwen die behandeld zijn voor borstkanker er alles aan gelegen is om hun werkzaamheden weer te hervatten en dat een goede psy-

chosociale begeleiding hiervoor van groot belang is. In veel gevallen zijn de beperkingen niet diagnosespecifiek, maar komen ze overeen met de multicausaal bepaalde beperkingen die veel mensen ervaren wanneer ze voor kanker behandeld zijn.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die nodig zijn voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek.

Hij besteedt aandacht aan:

– de visie van de werknemster op:

– haar mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren

– de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting

– haar inschatting dat de ziekte terugkomt of eventueel haar eigen prognose – wat zij meent nog te kunnen doen om haar functionele mogelijkheden te verruimen

– belemmeringen van herstel en hervatting in het werk, met name de zwaarte van het werk en de rol en attitude van leidinggevende en collega's

– de betekenis van betaald werk in haar levensplan

– lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling

– de actuele functionele mogelijkheden van betrokkene, bijvoorbeeld door na te vragen wat zij doet op een 'gemiddelde' dag en door te informeren naar de gevolgen van haar klachten voor verschillende levensgebieden

– actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving

– actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

Belangrijke onderwerpen van het gesprek met de werknemster met een gemetastaseerd mamma carcinoom zijn haar levensplan en de plaats die betaalde arbeid daarin inneemt.

De verzekeringsarts is daarbij met name alert op aanwijzingen voor een

– overspanning

– depressieve stoornis

– angststoornis.

Het lichamenlijk onderzoek wordt uitgevoerd op geleide van de anamnese. Indien locoregionale behandelingseffecten hebben bijgedragen aan het uitblijven van (volledige) werkhervatting richt het lichamenlijk onderzoek zich bovendien op:

3 Medisch onderzoek (4.3)

De anamnese is gericht op het vaststellen van bijwerkingen van de behandeling, voor zover deze bij het beoordelingsgesprek nog niet of onvoldoende besproken zijn, en op het diagnosticeren van eventuele lichamenlijke en psychische comorbiditeit.

De verzekeringsarts is daarbij met name alert op aanwijzingen voor een

– overspanning

– depressieve stoornis

– angststoornis.

Het lichamenlijk onderzoek wordt uitgevoerd op geleide van de anamnese. Indien locoregionale behandelingseffecten hebben bijgedragen aan het uitblijven van (volledige) werkhervatting richt het lichamenlijk onderzoek zich bovendien op:

- functies van arm en schouder
- sensibiteit van de arm
- aanwezigheid en mate van oedeem
- pijnklachten in borst en arm, o.a. plexus brachialis neuralgie en dysesthesie (deafferentiatieneuralgie of zenuwpijn)
- huid van borst, oksel en schouder.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden. Als de verzekeringsarts meent dat er arbeidsmogelijkheden zijn bij een werknemer met aangetoonde metastasen op afstand die zelf een andere mening is toegedaan, dan vergaart hij de meest recente informatie over de aard en de ernst van de metastasen, de ingestelde behandeling (en) en het te verwachten beloop van het ziekteproces.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van: ernstige twijfel over de comorbide diagnose(n), met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor het beoordelen van de beperkingen en de prognose gefundeerde twijfel over nog te benutten revalidatiemogelijkheden; zulke twijfel kan zich voordoen als: ondanks adequate begeleiding het herstel langdurig gestagneerd is begeleiding en revalidatie veel te wensen overlieten.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

– De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de behandeling en de begeleiding in de wetenschap dat vele patiënten zonder metastasen en zonder ernstige comorbiditeit, al of niet met aanpassingen, weer in arbeid re-integreren.

– Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

– Als ten tijde van de beoordeling sprake is van een gemetastaseerd mammacarcinoom, is de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis van minder belang en richt de verzekeringsarts zich op de actuele situatie en het te verwachten beloop.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen van de functionele mogelijkheden bij een patiënte die behandeld is voor mammacarcinoom in het algemeen multifactorieel bepaald zijn. Een duidelijk onderscheid tussen de verschillende oorzaken kan niet altijd gemaakt worden.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werknemer met niet-gemetastaseerde borstkanker zijn:

- beperkingen van de bovenste lichaamshelft als gevolg van:
 - bewegingsstoornis van de schouder
 - stoornis van de spierkracht van schouder en arm
 - sensorische stoornissen: pijnklachten en dysesthesieën
- stoornissen in de functies van de huid
- beperkingen ten gevolge van verlies van mentale en fysieke energie:
- stoornis in geheugen, concentratie en stemming
- vermoeidheid
- beperkingen ten gevolge van systemische bijwerkingen van de behandeling:
 - endocriene stoornissen: verlies van functies van het urogenitaal stelsel, osteoporose, gegeneraliseerde spier en gewrichtsklachten
 - cardiale stoornissen.

Voor de beoordeling van beperkingen ten gevolge van comorbiditeit, bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis of overspanning, wordt verwezen naar de desbetreffende verzekeringsgeneeskundige protocollen.

Bij gemetastaseerde borstkanker is sprake van een grote diversiteit en veranderlijkheid van functiebeperkingen, afhankelijk van het beloop, de toegepaste therapieën en de bijwerkingen daarvan. De verzekeringsarts geeft zich bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden rekenschap van de visie van betrokkene op haar arbeidsmogelijkheden en van haar levensplan. Indien hij meent dat er een relevante discrepantie is tussen de klinische prognose en de inschatting van betrokkene zelf van haar arbeidsmogelijkheden, betreft hij de meest recente informatie van de behandelaars bij zijn definitieve oordeelsvorming.

3 Te verwachten beloop (6.3)

In geval van volledige arbeidsongeschiktheid van een patiënte bij wie geen metastasen op afstand zijn aangetoond, is voor de beoordeling van het te verwachten beloop het volgende onderscheid van belang:

- Ongeschiktheid als gevolg van locoregionaal recidief. Dit is slechts bij een kleine groep vrouwen aan de orde. Na behandeling is de prognose gunstig, zij het minder gunstig dan wanneer niet van een recidief sprake zou zijn geweest.
- Gestagneerd functioneel herstel door andere oorzaken. Dit is de grootste groep. De prognose is in dit geval in belangrijke mate afhankelijk van:
 - begeleiding en revalidatie
 - comorbiditeit.

Als er metastasen op afstand zijn aangetoond, is de verzekeringsarts zich ervan bewust dat de prognose infaust is.

Levensverwachting, symptomen en functionele beperkingen kunnen individueel sterk verschillen en zijn in veel gevallen niet voorspelbaar. De door betrokkene ervaren gezondheidsklachten zijn een belangrijke indicator voor de functionele mogelijkheden, maar waarschijnlijk ook voor de prognose.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

– Bij arbeidsongeschiktheid als gevolg van een locoregionaal recidief verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer naast de oncologische behandeling adequaat wordt begeleid bij de revalidatie en bij de verwerking van deze nieuwe ingrijpende ervaring.

– Wanneer functioneel herstel bij niet-gemetastaseerde borstkanker langere tijd is uitgebleven zonder locoregionale oorzaak, overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar (s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om deze te bereiken?

– Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol

Borstkanker

- Inleiding
 - De aandoening
 - Kenmerken
 - Epidemiologie
 - Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid
 - Ontstaan en beloop
 - Ontstaan
 - Beloop
 - Diagnose en behandeling
 - Diagnose
 - Behandeling
 - Bijwerkingen
 - Begeleiding en revalidatie
 - Werkhervatting
 - De verzekeringsgeneeskundige beoordeling
 - Sociaal-medische voorgeschiedenis
 - Functionele mogelijkheden
 - Te verwachten beloop
 - Behandeling en begeleiding
- Literatuur

1 Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met borstkanker. Het behandelt in deel A Onderzoek de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig

heeft. Vervolgens komen in deel B Beoordeling de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werkneemster die behandeld is voor borstkanker, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- prognose
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de richtlijnen Behandeling van het mammacarcinoom, Lymfoedeem, Mammacarcinoom: screening en diagnostiek van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom.¹⁻⁴ Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitvoert, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

Borstkanker (mammacarcinoom) is de verzamelterm voor kwaadaardige aandoeningen van het weefsel van de borstklier.

Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie wordt gebruik gemaakt van de volgende CAS-code:
U229 Nieuwvorming in borst

2.2 Epidemiologie

Borstkanker is de meest voorkomende kwaadaardige nieuwvorming bij vrouwen. Jaarlijks wordt de diagnose bij ruim 12 500 vrouwen in Nederland gesteld. Een vrouw heeft negen tot tien procent kans om gedurende haar leven borstkanker te krijgen. In 2005 stierven ongeveer 3400 mensen aan borstkanker. De overall vijfjaarsoverleving na het stellen van de diagnose is 85 procent. Minder dan een procent van het aantal borstkankerpatiënten is man.* In het protocol wordt om die reden steeds over de vrouwelijke patiënt gesproken. De kans op het optreden van borstkanker neemt toe met de leeftijd. De incidentie is 31 per 100 000 voor vrouwen tussen de 30 en 34 jaar en loopt voor de groep tussen de 55 en 59 jaar op tot 223 per 100 000. Ongeveer een kwart van alle mammacarcinomen wordt voor het vijftigste levensjaar gediagnosticeerd en ongeveer de helft voor het 65e jaar. Na de invoering van het bevolkingsonderzoek voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar is het aantal gediagnosticeerde

mammacarcinomen toegenomen. Een groot aantal hiervan is niet invasief en heeft een zeer goede prognose.^{1, 3, 4}

* Bron: <http://fkcnet.nl>, geraadpleegd 25 mei 2006.

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

In een Canadees onderzoek onder vrouwen met borstkanker werd een gemiddelde verzuimduur van zes maanden gevonden, met een spreiding van minder dan vier maanden tot langer dan een jaar.⁵ Er wordt thans onderzoek gedaan naar de verzuimduur bij vrouwen met borstkanker in Nederland. Borstkanker werd in 2004 bij bijna twee procent van de instroom in de WAO, dat wil zeggen bij ongeveer duizend vrouwen, als eerste diagnose genoemd.*

* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071 personen van de totale WAO-instroom, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren.

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Bij minder dan de helft van het aantal gevallen van borstkanker is er sprake van een of meer van de bekende risicofactoren. De belangrijkste bekende risicofactoren zijn: eerder doorgemaakte borstkanker, kinderloosheid, eerste voldragen zwangerschap op latere leeftijd, eerste menstruatie op jongere leeftijd, late overgang, overgewicht na de overgang, hormoongebruik na de overgang en een alcoholconsumptie van drie of meer glazen per dag.⁴

Vrouwen met een familiale belasting voor borstkanker, in het bijzonder vrouwen die familieleden hebben die al voor hun vijftigste jaar borstkanker kregen of familieleden met bilateraal mammacarcinoom, hebben ook een verhoogde kans op het ontwikkelen van borstkanker. Dit is in versterkte mate het geval indien tevens ovariumcarcinoom in de familie voorkomt. In families die op dergelijke wijze zijn belast is relatief frequent sprake van dragerschap van een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen. De kans dat een vrouw met een mutatie in een van deze genen voor het zeventigste levensjaar borstkanker krijgt, bedraagt 55 tot 85 procent.³

3.2 Beloop

Onbehandelde invasieve borstkanker heeft een infauste prognose. In het protocol wordt ervan uitgegaan dat praktisch alle vrouwen met borstkanker behandeld worden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen het beloop van de ziekte in engere zin en het beloop van het functioneel herstel na behandeling. Niet borstkanker-specifieke en niet tot een bekende biomedische oorzaak te

herleiden gevolgen van diagnose en behandeling zijn voor het functioneel herstel van groot belang.^{6,7}

3.2.1 De ziekte in engere zin

De biomedische prognose van borstkanker is voor een groot deel afhankelijk van het stadium waarin de tumor gediagnosticeerd wordt. Vier hoofdstadia kunnen worden onderscheiden:¹

- Lobulair carcinoma in situ (LCIS) en ductaal carcinoma in situ (DCIS). Bij het LCIS is sprake van een premaligne aandoening. Bij het DCIS is nog geen invasie van de carcinoomcellen in het stroma opgetreden. De genezingskans voor de aandoeningen is na behandeling bijna honderd procent.¹ De behandeling van LCIS bestaat alleen uit locale excisie. De behandeling van DCIS is wel ingrijpend, nl. lumpectomie, gevolgd door bestraling van de borst. Bij een uitgebreider DCIS kan ook een borstamputatie geïndiceerd zijn, al of niet met een borstreconstructie tijdens dezelfde operatie. In principe is een okselstadiërende procedure niet geïndiceerd.
- Reseceerbare infiltrerend mammacarcinoom (T1-2, N0-1 M0). Het mammacarcinoom wordt het meest frequent (negentig procent) in dit stadium gediagnosticeerd. De krachtigste voorspellers voor de prognose zijn de grootte van de tumor en de differentiatiegraad. Op grond van deze twee criteria kan een onderscheid gemaakt worden tussen patiënten met een tienjaarsoverleving van meer of minder dan tachtig procent. De prognose wordt ook bepaald door de aan- of afwezigheid van okselkliermetastasen, de aan- of afwezigheid van hormoonreceptoren en/of de overexpressie van HER-2.* Patiënten jonger dan 35 jaar hebben een slechtere prognose dan de oudere leeftijdsgroep. In de toekomst wordt het waarschijnlijk mogelijk om een genexpressie-profiel aan de prognostische criteria toe te voegen.
- Lokaal ver voortgeschreden mammacarcinoom. Als er sprake is van een mastitis carcinomatosa, uitgebreide doorgroei in de thoraxwand (T4) of van gefixeerde oksellymfeklieren, spreekt men van locoregionaal ver voortgeschreden mammacarcinoom.⁸ De prognose hiervan is aanzienlijk slechter dan die van het reseceerbaar infiltrerend carcinoom; de vijfjaarsoverleving is veertig tot zestig procent en de tienjaars overleving ongeveer 25 procent. De behandeling is wel in opzet curatief.¹
- Gemetastaseerd carcinoom. Het op afstand gemetastaseerd carcinoom moet worden beschouwd als een niet-curabele ziekte. De mediane overleving na vaststelling van de metastasering is anderhalf tot twee jaar. Het beloop is echter zeer variabel en overleving kan ook vele jaren duren.⁸

De behandeling van het reseceerbare infiltrerende carcinoom en het lokaal uitgebreid carcinoom, zonder metastasen op afstand, is in opzet curatief. Een na de primaire behandeling optredend locoregionaal recidief – dat wil zeggen: een terugkeer van de ziekte in borst, thoraxwand, oksel, infraclaviculaire of parasternale kliergebied – impliceert een verslechtering van de prognose. De kans op een lokaal recidief is onder andere afhankelijk van de locoregionale behandeling van de tumor (resectievlakken wel of niet vrij) en het tumorstadium ten tijde van de diagnose. De recidiefkans varieert van een tot vijf procent voor de early breast cancer en minder dan vijf tot vijftien procent voor het reseceerbare infiltrerend carcinoom tot twintig à dertig procent voor het lokaal ver voortgeschreden mammacarcinoom. Na borstsparende behandeling komt een locoregionaal recidief in het algemeen wat vaker voor; dit beïnvloedt de overleving echter niet. Circa de helft van de locoregionale recidieven wordt binnen twee jaar na de oorspronkelijke behandeling gediagnosticeerd, de andere helft tot twintig jaar daarna. De behandeling van het locoregionaal recidief is ook in opzet curatief.

* HER-2 staat voor *humaan epidermal growth factor-receptor-2*. Borstkanker met expressie van HER-2 heeft een slechtere prognose dan HER-2-negatieve tumoren.

3.2.2 Het functioneel herstel

Het beloop van het functioneel herstel bij het in opzet curatief behandelde mammacarcinoom is afhankelijk van verschillende factoren waaronder:

- locoregionale gevolgen van de chirurgische en de radiotherapeutische behandeling van primaire tumor en recidief (4.3.1)
- systemische bijwerkingen van de behandeling (4.3.2)
- comorbiditeit
- psychosociale gevolgen van de ziekte en behandeling.

Een aantal klachten en stoornissen is niet rechtstreeks te herleiden tot een bekende biomedische oorzaak of kan daardoor maar ten dele verklaard worden. Deze klachten en stoornissen komen ook voor bij de meeste andere vormen van kanker en zijn niet specifiek voor het mammacarcinoom.⁹⁻¹¹ De meest voorkomende zijn:

- vermoeidheid
- depressieve klachten
- slaapstoornissen
- algemene fysieke klachten
- cognitieve stoornissen
- psychologische distress
- libidoverlies.

Van deze klachten is vermoeidheid het meest bekend en het meest onderzocht. Op middellange termijn, tussen de een en vijf jaar, heeft 35 tot 40 procent van de patiënten nog klachten van aanzienlijke tot ernstige vermoeidheid. Deze is onafhankelijk van de leeftijd. In het algemeen wordt er bij aanhoudende vermoeidheid na de behandeling geen somatische oorzaak voor de vermoeidheid gevonden.¹²⁻¹⁴ Uit onderzoek blijkt dat driekwart van de patiënten die hun werkzaamheden hebben aangepast dit hebben gedaan in verband met hun vermoeidheid.¹⁵ In twintig procent van de gevallen houden de klachten meer dan vijf jaar aan. De vermoeidheid wordt niet alleen fysiek ervaren, maar soms omschreven als een volledig gebrek aan energie en een ernstige mentale uitputting.⁹ Er is vaak een relatie tussen de vermoeidheid bij borstkanker en depressie, angst en slaapstoornissen.^{9, 15} Jonge vrouwen met een erfelijke vorm van borstkanker krijgen vaak te maken met een zeer moeilijk en soms stagnerend verwerkingsproces. Door de erfelijke belasting kunnen zij het rouwproces over de ingrijpende gebeurtenis niet afronden; er is immers een voortdurende dreiging voor herhaling bij familie, kinderen en bij hen zelf. Het seksueel functioneren kan zijn aangetast zowel ten gevolge van de ziekte als door de behandeling. Aantasting van het lichaamsbeeld door de chirurgische ingreep kan bijdragen aan psychische klachten en verlies van libido.^{9, 16} De prognose van de functionele mogelijkheden bij gemetastaseerde borstkanker is niet alleen afhankelijk van de hiervoor genoemde algemene en locoregionale gevolgen van de behandeling, maar ook van de klachten, stoornissen en beperkingen die een gevolg zijn van de metastasen en de behandeling(en) voor deze metastasen.¹

4 Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

Het merendeel van de mammatumoren wordt door de patiënt zelf ontdekt. Sinds 1998 is er een landelijk dekkend systeem van bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen in de leeftijd tussen de 50 en 75 jaar. Het aantal niet-palpabele tumoren dat gediagnosticeerd wordt, is hierdoor toegenomen. Dit betreft voor een deel in situ carcinomen. Een onderdeel van de diagnostiek is de stadiëring van de tumor. De stadiëring is van belang voor zowel de keuze van de behandeling als voor de prognose. Internationaal en voor de landelijke registratie wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem. Door de toevoeging van de letter p vóór de T, N of M worden de bevindingen van het onderzoek door de patholoog weergegeven (zie bijlage A op pagina 141).

De diagnostiek tijdens de follow-upperiode is gericht op een tijdige diagnose van tumormanifestaties die opnieuw curatief behandelbaar zijn, te weten: een lokaal of regionaal recidief na borstsparende therapie of amputatie en een tweede primair carcinoom in het resterende borstklierweefsel (ook contralateraal).

De diagnostiek van metastasen op afstand is geen vast onderdeel van de controles bij follow-up, maar vindt plaats op geleide van klachten van de patiënte. Het actief opsporen en vervolgens systemisch behandelen van asymptomatische metastasen leidt niet tot een aantoonbaar overlevingsvoordeel. Metastasering komt bij 75 procent van de patiënten aan het licht naar aanleiding van klachten van de patiënt.¹

4.2 Behandeling

Het beloop van het functieherstel wordt sterk beïnvloed door de biomedische effecten van de behandeling van borstkanker. De verschillende onderdelen van de behandeling worden in deze paragraaf kort besproken, waarbij de nadruk ligt op die aspecten die voor de beoordeling van het re-integratieproces en het vaststellen van de functionele mogelijkheden van belang kunnen zijn.

Primaire behandeling

Chirurgie

Het doel van de chirurgische behandeling is het verwijderen van de primaire tumor en van regionale lymfekliermetastasen.¹ De tumor kan in principe verwijderd worden door:

- ablatio mammae: verwijdering van de klierschijf
- een borstsparende operatie: een ruime lokale excisie van de tumor, altijd gevolgd door radiotherapie
- gemodificeerde radicale mastectomie.

Bij de twee eerstgenoemde ingrepen vindt stadiëring van de okselklieren plaats, in de meeste gevallen door eerst de schildwachtklier op te sporen. Bij positieve bevindingen volgt okselklierdissectie. Bij negatieve bevindingen is de kans op uitzaaiingen in de overige lymfeklieren klein (een tot vijf procent) en wordt geen okselklierdissectie geadviseerd. Patiënten die alleen een schildwachtklierbiopsie hebben ondergaan, ondervinden veel minder vroege en late klachten van oksel en arm dan patiënten bij wie een volledige okselklierdissectie heeft plaatsgevonden. Ze hebben vrijwel geen lymfoedeem en een normale armen- en schouderfunctie.

Bij een gemodificeerde radicale mastectomie wordt verwijdering van de klierschijf, waarbij de pectoralismsculatuur in situ wordt gelaten, gecombineerd met okselklierdissectie. Bij okselklierdissectie worden de n. thoracodorsalis (innervatie van de m. latissimus dorsi), de n.

thoracicus longus (m. serratus anterior) en zo mogelijk ook de sensibele zenuwtakken gespaard.

Radiotherapie

Radiotherapie vormt een integraal onderdeel van de borstsparende behandeling.¹ Het doel van postoperatieve regionale radiotherapie van de mamma is het verminderen van de kans op een locoregionaal recidief. In eerste instantie wordt een dosis van 50 Gy in vijf weken gegeven (25 bestralingen van 2 Gy). Patiënten onder de 60 jaar krijgen vervolgens een boost (8 bestralingen van 2 Gy) op het oorspronkelijke tumorgebied. Bij vier of meer okselkliermetastasen of bij een kliermetastase in de okseltop is de kans op locoregionaal recidief zo groot dat na een ablatie mammae radiotherapie wordt gegeven op alle regionale lymfeklierstations en op de thoraxwand. Indien bij borstsparende behandeling sprake is van vier kliermetastasen of meer wordt ook locoregionaal bestraald: de borst volgens het borstsparende protocol en de regionale klierstations tot 50 Gy.

Adjuvante systemische therapie

Het doel van vroege systemische behandeling is het elimineren van eventueel aanwezige, maar nog niet vast te stellen metastasen op afstand (micrometastasen).¹ Deze adjuvante therapie levert een duidelijke bijdrage aan de genezingskans van vrouwen met een vroeg stadium van borstkanker. De overlevingswinst is afhankelijk van het stadium en de aanwezigheid van micrometastasen. De kans op occulte metastasen wordt onder andere bepaald door factoren als aanwezigheid van lymfkliermetastasen, tumorgrootte, tumorgraad, leeftijd, hormoonreceptorpositiviteit en overexpressie van HER-2. De keuze voor de aanvullende behandeling wordt afgestemd op de individuele situatie van een patiënt. Duuren intensiteit van de verschillende behandelvormen kunnen sterk variëren. Dat geldt ook voor ernst en duur van de bijwerkingen. Polychemotherapie duurt doorgaans vier tot zes maanden. Chirurgische of medicamenteuze uitschakeling van de ovariële functie bij premenopauzale vrouwen in combinatie met tamoxifen (anti-oestrogeen) resulteert in een reductie van de mortaliteit. De hormonale behandeling duurt minimaal vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen wordt als hormonale adjuvante therapie een sequentie van twee tot drie jaar tamoxifen geadviseerd, gevolgd door twee tot drie jaar aromataseremmers (remming van de oestrogeenproductie), hetgeen resulteert in een behandelduur van vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen met HER-2 overexpressie en postieve hormoonreceptoren wordt een vijf jaar durende behandeling met een aromataseremmer aanbevolen. Aan alle vrou-

wen met HER-2 overexpressie bij wie een indicatie bestaat voor adjuvante chemotherapie, wordt daarnaast adjuvante behandeling met trastuzumab (antilichaambehandeling) gedurende een jaar geadviseerd.^{1, 17, 18}

Vervolgbehandeling

Behandeling van het locoregionale recidief

De behandelingskeuze voor een locoregionaal recidief hangt af van een groot aantal factoren, zoals de primaire behandeling, bevindingen bij stadiëringsonderzoek ten tijde van het recidief, de grote van de tumor en de anatomische lokalisatie. De behandeling is, als er geen metastasen op afstand worden aangetoond, opnieuw in opzet curatief en bestaat uit chirurgie en, indien mogelijk, radiotherapie.¹ Als het tumorrecidief hormoonreceptorpositief is, wordt tevens hormoontherapie gegeven.

Behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom

De behandeling van metastasen op afstand is palliatief. Metastasering komt bij 75 procent van de patiënten aan het licht naar aanleiding van klachten. Bij 85 procent van alle patiënten die metastasen hebben, treedt metastasering naar het skelet op. Pleuritis carcinomatosa is bij twintig procent van de patiënten het eerste symptoom. De behandeling kent een breed palet aan mogelijkheden die vaak in combinatie worden toegepast, variërend van hormonale therapie, chemotherapie, immunotherapie en radiotherapie tot chirurgische interventies om complicaties te voorkomen.¹

4.3 Bijwerkingen

4.3.1 Locoregionale klachten en functiestoornissen

De chirurgische, radiotherapeutische en chemotherapeutische behandeling kunnen leiden tot aanhoudende pijnklachten en functiestoornissen van de bovenste lichaamshelft.^{7,19} Het gaat om de volgende klachten en stoornissen:

- bewegingsbeperking van de schouder als gevolg van fibrosevorming door radiotherapie van de oksel; vooral na radiotherapie in combinatie met okselklierdissectie
- pijnklachten als gevolg van brachialisneuralgie; vooral na subclaviculaire radiotherapie
- pijnklachten en dysesthesieën als gevolg van doorsnijding van de intercostobrachiale zenuwen bij okselklierdissectie
- pijnklachten door andere oorzaken
- afname van spierkracht
- lymfoedeem, met als mogelijke gevolgen bewegingsbeperking, een zwaar gevoel en een verminderde weerstand van de huid.

Ook bewegingsangst die geen rechtstreeks gevolg is van de hiervoor genoemde oorzaken kan leiden tot functiestoornissen.

De dysesthesieën en pijnklachten na zenuwdoorsnijding geven een doof gevoel aan de binnenzijde van de bovenarm en het okselgebied. Ongeveer twintig procent van de patiënten lijdt onder de hinderlijke pijnklachten van een deafferentiatieneuralgie.

De pijnklachten die niet het gevolg zijn van een brachialisneuralgie of van dysesthesieën kunnen het functioneren aanzienlijk beperken. Zij treden bijvoorbeeld op bij werken boven schouderhoogte en of bij plotselinge krachtige bewegingen. Lymfoedeem kan kort na de chirurgische behandeling ontstaan maar ook veel later. De kans op lymfoedeem is afhankelijk van de uitgebreidheid van de okselchirurgie. Na okselklierdissectie is de kans vijf tot tien procent, na alleen radiotherapie minder dan vijf procent en na een combinatie van radiotherapie en chirurgie vijftien tot dertig procent. Lymfoedeem leidt tot een verhoogde kans op infectie. Als lichamelijke inspanning bij patiënten met een verhoogde kans op lymfoedeem leidt tot tijdelijke zwelling van de vingers of andere delen van de arm, is dat een teken van belemmering van lymfeafvoer. De lichamelijke inspanning moet in dat geval aangepast worden, zodat geen zwelling meer optreedt.² Er zijn geen aanwijzingen dat het gebruik van de arm, zonder beperkingen van de lymfeafvoer, lymfoedeem veroorzaakt.²⁰

4.3.2 Systemische bijwerkingen en functiestoornissen

Als adjuvante therapie en in de behandeling van gemetastaseerde borstkanker kunnen verschillende systemische therapieën worden ingezet, die vaak belastend zijn door hun bijwerkingen.

De meeste bijwerkingen van hormonale therapie worden veroorzaakt door een verlaging of het blokkeren van de oestrogenspiegel. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen pre- en postmenopauzale vrouwen. Bij premenopauzale vrouwen wordt de ovariële functie uitgeschakeld door chirurgische of radiotherapeutische ablatie of door suppressie door middel van LH-RH analogen, al of niet gecombineerd met tamoxifen. Als gevolg hiervan ontstaan climacteriële klachten, zoals spier- en gewrichtsklachten, droge slijmvliezen, opvliegers, stemmingswisselingen, vermoeidheid en osteoporose. Bij postmenopauzale vrouwen kan tamoxifen opvliegers, nachtzweten, vaginale afscheiding, jeuk of droogheid veroorzaken. Behandeling met tamoxifen geeft een tweemaal verhoogde kans op trombo-embolieën en op lange termijn is er ook een geringe kans (enkele promillen) op endometriumcarcinoom. Het gebruik van aromataseremmers geeft een verhoogd risico op

osteoporose, maar geen verhoogd risico op trombo-embolische complicaties of endometriumafwijkingen.¹ Bijwerkingen van chemotherapie, tijdens en kort na de behandeling, zijn misselijkheid, beenmergsuppressie, mucositis, haaruitval en vermoeidheid. Deze bijwerkingen duren tot ongeveer drie maanden na het stoppen van de behandeling. De langetermijn bijwerkingen zijn chronische vermoeidheid, afname van de cognitieve functies, neuropathie, amenorroe en in sommige gevallen ook hartschade (een half tot een procent congestief hartfalen bij behandeling met antracycline bevattende chemotherapie).¹ Bij antilichaamtherapie met trastuzumab kan cardiotoxiciteit optreden, met name een afname van de linkerventrikel-ejectiefractie. De mate waarin dit gebeurt is mede afhankelijk van de combinatie met andere geneesmiddelen.^{17, 17}

4.4 Begeleiding en revalidatie

De meeste patiënten met kanker blijken dankzij hun aanpassingsvermogen hun ziekte op termijn te kunnen verwerken, al dan niet met steun van naasten of zorgverleners.⁹ De begeleiding van patiënten met borstkanker begint al in een vroeg stadium van diagnostiek en behandeling. Vrouwen die actief bij het behandelproces betrokken worden, hebben minder depressieve klachten dan niet actief bij de behandeling betrokken vrouwen.²¹ In de meeste oncologische centra worden thans afspraken gemaakt over de begeleiding en de regie over het hele behandelproces.

Een goede communicatie tussen behandelaars en patiënte is essentieel. De richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom wijst op het belang van informatieverstrekking, emotionele ondersteuning en het betrekken van de patiënte bij de besluitvorming en noemt een aantal aandachtspunten:

- diagnose, genezingskans en mogelijke oorzaken van de ziekte
- de voorgestelde behandeling en andere behandelingsopties en de gevolgen daarvan
- functieverlies, pijn en lymfoedeem
- borstprothesen
- mogelijkheden voor zelfzorg, revalidatie, lotgenotencontact en psychosociale zorg.

Fysiotherapeutische interventie in de postoperatieve fase bestaat uit adviezen over belasting en belastbaarheid, preventie van bewegingsangst, het belang van fysieke activiteit en bewegingsinstructie. Heeft een okselklierdissectie plaatsgevonden, dan is de begeleiding gericht op preventie van beperkingen van de schouderfunctie en van lymfoedeem. Vermoeidheid na behandeling voor borstkanker komt, zoals gezegd, veel voor. Ruim de helft van de patiënten zegt dat vermoeidheid het symptoom is

dat hun kwaliteit van leven het meest beïnvloedt.¹⁵ Bij vermoeidheid moet niet alleen gedacht worden aan lichamelijke vermoeidheid, maar ook aan een volledig gebrek aan energie en aan geestelijke uitputting. Een geleidelijke opbouw van activiteiten, volgens een afgesproken schema, lijkt de beste kansen op herstel te geven.¹⁰

Kankerpatiënten geven er echter soms de voorkeur aan om hun activiteiten af te stemmen op de wisselende klachten. Psychische problemen, bijvoorbeeld depressie, kunnen de vermoeidheid verergeren. Andersom kan vermoeidheid ook leiden tot klachten van depressieve aard. Voor de behandeling en begeleiding is het van belang dat een depressieve stoornis bij iemand die voor kanker behandeld wordt of werd, tijdig onderkend wordt.⁹ Voor de diagnostiek van depressie wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis.

Vergeleken met de normale bevolking zijn kankerpatiënten angstiger. Het kan gaan om normale angst in reactie op de ziekte, maar ook om een angststoornis. Slecht gecontroleerde pijn, benauwdheid, metabole ontregeling en diverse medicamenten kunnen aanleiding geven tot angstige gevoelens. Of er sprake is van normale of pathologische angst hangt af van de duur van de symptomatologie en van de mate waarin het functioneren van de patiënte wordt verstoord door haar angstige gevoelens.⁹ Signalen die wijzen op een angststoornis zijn anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag, dat wil zeggen: gedrag dat bedoeld is om de angst op te heffen of te verminderen.²² De diagnose angststoornis mag pas gesteld worden als een lichamelijke oorzaak van de angst is uitgesloten. Voor de diagnostiek van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen.

Revalidatieprogramma's voor kankerpatiënten die de primaire behandeling hebben afgerond, dragen significant bij aan de kwaliteit van leven.^{6, 23-28} In een Nederlandse gerandomiseerde studie blijkt dat een fysiek trainingsprogramma en een fysiek trainingsprogramma in combinatie met een cognitief-gedragstherapeutisch programma beide even effectief zijn, afgemeten aan fysieke uitkomstmaten, vermoeidheid en kwaliteit van leven.²⁴⁻²⁶

De Vereniging van Integrale Kankercentra en de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland, samen met de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen vertegenwoordigd in de Stichting Herstel en Balans, hebben kwaliteitscriteria voor groepsrevalidatieprogramma's voor kankerpatiënten opgesteld.²⁹ Het revalidatieprogramma Herstel & Balans bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeuti-

sche opbouw, en psycho-educatie, gericht op verwerken van de ziekte, vergroten van het zelfvertrouwen en versterken van de autonomie. De deelnemers komen gedurende een periode van drie maanden twee à drie keer per week in groepen bij elkaar. Alle negen Integrale Kankercentra zijn bij de uitvoering van Herstel & Balans betrokken.

Er zijn ook andere, kwalitatief goede lokale initiatieven. Op verschillende plaatsen, onder andere in Erasmus MC, Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, MMC Veldhoven, UMC Utrecht, UMC Groningen en AZ Maastricht, vindt onderzoek plaats naar programma's voor re-integratie van patiënten met mammacarcinoom.

5 Werkhervatting

Werkhervatting van patiënten met kanker is al vele jaren onderwerp van onderzoek. In vergelijking met enkele decennia geleden is er sprake van een opmerkelijke toename van de terugkeer naar werk.^{10, 30} Dat neemt niet weg dat werkhervatting voor vele kankerpatiënten nog steeds een opgave is. Zij moeten leren omgaan met de gevolgen die diagnose en behandeling hebben voor hun leven en welbevinden. Ook lopen ze soms aan tegen onwetendheid en wantrouwen op de werkplek. Terugkeer naar het werk is zowel vanuit individueel als vanuit maatschappelijk oogpunt belangrijk. Voor betrokkene betekent verlies van werk in veel gevallen achteruitgang in inkomen, sociaal isolement en verminderd zelfvertrouwen. Kankerpatiënten ervaren terugkeer naar het werk vaak als zeer belangrijk. Het bevestigt het medisch herstel, vergroot het zelfvertrouwen en leidt tot herstel van sociale rollen. Van de werknemers die niet naar het werk terugkeren doet twintig procent dat vrijwillig. Vijftig procent geeft de eigen gezondheid op als reden voor het verlies van werk.^{15, 31}

Patiënten met borstkanker worden in het algemeen goed begeleid door het behandelteam. De meeste patiënten worden multidisciplinair behandeld en hebben contact (gehad) met een mammacareverpleegkundige. De kans dat zij goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en over het voor hen relevante hulpaanbod is groot. Desondanks zijn veel patiënten niet voorbereid op de re-integratie in arbeid. In ongeveer de helft van de gevallen wordt de terugkeer naar het werk niet met de behandelend arts besproken. Veel patiënten blijken bovendien hun angst- en depressieklachten niet aan hun behandelaar te melden.³² De bedrijfsarts heeft dan ook belangrijke taken in de begeleiding en bij het beoordelen van belemmeringen voor de re-integratie die mogelijk het gevolg zijn van comorbiditeit. Hierbij kan gedacht worden aan een depressieve stoornis, maar ook aan een angststoornis.

nis, overspanning of somatische comorbiditeit. Na een recidief of metastasering worden patiënten nog ingrijpender geconfronteerd met het levensbedreigende karakter van hun aandoening. Angst, boosheid, teleurstelling, schuldgevoelens en rouw zijn belangrijke emoties in deze fase.

Er is een gebrek aan specifieke interventies en interventieonderzoeken op het gebied van begeleiding en re-integratie van kankerpatiënten naar werk. Evidentie based richtlijnen zijn er nog niet. Algemene regels voor de re-integratie en ervaring bij andere re-integratieprocessen moeten dan ook als leidraad dienen. Er kan wel een aantal aandachtspunten geformuleerd worden.

Aandachtspunten

Percepties en verwachtingen van de werknemers. De verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de gevolgen van de ziekte en het verloop van het herstel, zijn in veel gevallen voorspellend voor de duur van het verzuim.¹⁰ Als een negatieve verwachting op een onjuiste veronderstelling berust, kan een hierop gerichte interventie geadviseerd worden om betrokkene weer het gevoel van controle te geven. In dat geval kan cognitieve gedragstherapie aangewezen zijn.⁹ Door het ziekteproces kan betrokkene ook haar persoonlijke doelen in het leven bijstellen en het belang dat betaalde arbeid voor haar heeft anders gaan waarderen.

Vermoeidheid. Ernstige en langdurige vermoeidheid is een krachtige voorspeller voor het uitblijven van (volledige) werkhervatting.³¹ Om de re-integratie te bevorderen lijkt deelname aan een van de revalidatieprogramma's aangewezen. De vermoeidheidsklachten kunnen echter zo ernstig zijn, dat deelname aan een aangepast programma nodig is. Deze interventie is ontwikkeld voor CVS, aangepast voor chronische vermoeidheid bij kanker en effectief gebleken.^{14, 33} Werkgerelateerde factoren. Factoren die de terugkeer in positieve zin beïnvloeden zijn:¹⁰

- een positieve houding van collega's en leidinggevenden ten aanzien van borstkanker en terugkeer
- bereidheid om het aantal uren en de zwaarte van het werk, de hoeveelheid werk of de piekbelasting aan te passen aan de functionele mogelijkheden
- aanpassing van onregelmatige diensten en nachtdiensten; hierbij kan onder andere gedacht worden aan functies in de zorg – verpleegkundigen en artsen – en executieve functies bij brandweer en politie.

Lichamelijk en psychisch zwaar werk en een discriminerende bejegening zijn factoren die de terugkeer belemmeren. Voor patiënten die behandeld zijn voor borstkanker en die werkzaam zijn in de zorg, kan de zorg voor en de omgang

met patiënten met kanker, naast de fysieke zwaarte van het werk, een extra belasting betekenen.

Overleg behandelende sector. Overleg met de behandelende sector is van belang met het oog op continuïteit van zorg, inzicht in de aard van de behandeling en een gedeelde kennis over de prognose.³²

Gemetastaseerde borstkanker. De prognose bij aangetoonde metastasen op afstand is infaust. De levensverwachting kan echter in belangrijke mate variëren. Met name patiënten die hormonaal behandeld worden en een langdurige remissie doormaken, kunnen gedurende vele jaren relatief klachtenvrij zijn.⁸

Voor de begeleiding en arbeidsmogelijkheden zijn ook in dit geval zowel de ziektespecifieke diagnostiek als de persoonsgebonden factoren van belang.¹⁰ De ziektespecifieke diagnostiek kan een goede indicatie geven van de uitgebreidheid en de locatie(s) van de metastasen en de gevolgen daarvan voor het functioneren. Deze bevindingen dienen betrokken te worden bij het inschatten van de arbeidsmogelijkheden. Voor de prognose lijken de gezondheidsgerelateerde klachten van nog meer belang. Er zijn goede aanwijzingen dat de kwaliteit van leven die de patiënte zelf ervaart in dit geval een betere voorspeller is dan sommige conventionele prognostische criteria, zoals bijvoorbeeld de uitgebreidheid van de metastasen.^{11, 34} De begeleiding en advisering in dit stadium van de ziekte moeten volledig afgestemd worden op de individuele situatie van de patiënt. Het leven met metastasen zal in veel gevallen de belastbaarheid negatief beïnvloeden. Ook is er geen sprake van een langdurig stabiele situatie. Voor de continuïteit van zorg kan regelmatig overleg met de behandelende sector wenselijk zijn. In dit stadium is respect voor de inschatting die patiënte heeft van haar eigen mogelijkheden en voor haar levensplan maatgevend voor het beleid.

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met borstkanker voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij de diagnose borstkanker vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de ingestelde behandeling en de begeleiding, in de wetenschap dat, indien er geen metastasen op afstand zijn aange-

toond, re-integratie in arbeid in de meeste gevallen succesvol verloopt. Een jaar na de behandeling rapporteren de meeste vrouwen, ook als zij nog klachten hebben, al weer een goede kwaliteit van leven. Toch hebben borstkankerpatiënten ook na een lang ziektevrij interval (vijf jaar) in het algemeen nog steeds meer klachten en problemen met hun lichamelijk functioneren dan vrouwen zonder borstkanker.¹² Patiënten met een recidief hebben meer psychische klachten en meer vermoeidheidsklachten dan vrouwen zonder recidief.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.³⁵

De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat bij een werknemer belangrijke kansen voor de re-integratie zijn gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij het beoordelingsgesprek realiseert de verzekeringsarts zich dat de werknemer in veel gevallen een lang behandelingsproces heeft ondergaan. Zij heeft gedurende langere tijd gefunctioneerd in een ziekenrol en heeft een of meer sociale rollen moeten loslaten. Het merendeel van de werknemers slaagt erin om, al of niet met hulp van derden, de ziekenrol weer te verlaten, haar gebruikelijke sociale activiteiten op te pakken en geheel of gedeeltelijk, al dan niet in aangepaste arbeid, te re-integreren. Het herstel van de patiënte die beoordeeld wordt voor de WIA is in de loop van de tijd gestagneerd en kan door het optreden van comorbiditeit gecompliceerd zijn. De patiënte heeft vaak veel kennis over haar eigen ziekteproces. Als gevolg van haar ziekte is mogelijk haar visie op de functie van betaalde arbeid in haar leven veranderd.

De verzekeringsarts staat voor de taak om de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van deze werknemer, gegeven haar ziekte, te beoordelen. Hij realiseert zich dat de functionele beperkingen bij een patiënte die behandeld is voor mammacarcinoom in het algemeen multicausaal bepaald zijn. In zijn onderzoek beperkt hij zich niet tot de biomedische gevolgen van ziekte en behandeling, maar inventariseert hij ook de psychische en sociale gevolgen en de fysieke klachten en beperkingen die niet of slechts gedeeltelijk tot een bekende biomedische oorzaak te herleiden zijn. Hij is zich ervan bewust dat er niet altijd een duidelijk onderscheid te maken is tussen de verschillende oorzaken van klachten, stoornissen en beperkingen. In het protocol wordt onderscheid gemaakt tussen de beperkingen die het gevolg (kunnen) zijn van het verlies van functies van de bovenste lichaamshelft en de beperkingen als gevolg van verlies

aan mentale en fysieke energie. Bij (borst)kankerpatiënten kunnen zich beperkingen voordoen die gemakkelijk aan de aandacht ontsnappen en die van belang zijn voor bijzondere functie-eisen of specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid, zoals beperkingen ten aanzien van druk of belasting van de bovenste lichaamshelft (bijvoorbeeld in executieve politietaken en taken in de zorgverlening), fysieke en mentale piekbelasting, onregelmatige werktijden en nachtdiensten.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werkneemster met niet-gemetastaseerde borstkanker zijn:

– beperkingen van de bovenste lichaamshelft als gevolg van:

- bewegingsstoornis van de schouder
- stoornis van de spierkracht van schouder en arm
- sensorische stoornissen: pijnklachten en dysesthesiën
- stoornissen in de functies van de huid
- beperkingen ten gevolge van verlies van mentale en fysieke energie:
- stoornis in geheugen, concentratie en stemming
- vermoeidheid

– beperkingen ten gevolge van systemische bijwerkingen van de behandeling:

- endocriene stoornissen: verlies van functies van het urogenitaal stelsel, osteoporose, gegeneraliseerde spier- en gewrichtsklachten
- cardiale stoornissen.

De gevolgen van veelvoorkomende comorbiditeit voor de functionele mogelijkheden, zoals psychische stoornissen, worden in het protocol niet apart genoemd. De verzekeringsarts gaat te rade bij andere verzekeringsgeneeskundige protocollen of bij zijn algemene professionele deskundigheid.

Ook als er sprake is van aangetoonde metastasen op afstand zijn vaak nog functionele mogelijkheden aanwezig. De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat de prognose infaust is. De mediane overleving na het vaststellen van de metastasering is anderhalf tot twee jaar. Het verloop is echter grillig en afhankelijk van het aanslaan van palliatieve therapie. De kwaliteit van leven kan gedurende lange tijd goed zijn. Met name patiënten die een langdurige remissie doormaken met hormonale therapie kunnen gedurende vele jaren relatief klachtenvrij zijn. Op grond van onderzoek is aannemelijk dat in deze situatie de beleving van de patiënte van haar eigen gezondheid een betere voorspeller is van het beloop van de ziekte dan klinische criteria.²¹ Bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden is respect voor de eigen inschatting van betrokkene en voor haar levensplan een belangrijke leidraad.

6.3 Te verwachten beloop

Als twee jaar na het stellen van de diagnose geen locoregionaal recidief is opgetreden en geen metastasen op afstand zijn vastgesteld, is de levensverwachting in het algemeen gunstig. De analyse van de stagnatie van het herstel is in dit geval van belang voor het beoordelen van het te verwachten beloop. De kans op een minder gunstig functioneel herstel neemt toe wanneer een locoregionaal recidief optreedt. Als in de voorgaande periode van een recidief sprake is geweest, dan kan het uitblijven van het functioneel herstel mogelijk hierdoor verklaard worden. De prognose is echter niet zo ongunstig dat er gesproken kan worden van een blijvende arbeidsongeschiktheid.

Als er metastasen op afstand zijn aangetoond, is de verzekeringsarts zich ervan bewust dat de prognose infaust is. Levensverwachting, symptomen en functionele beperkingen kunnen individueel sterk verschillen en zijn in veel gevallen niet voorspelbaar. De door betrokkene ervaren gezondheidsklachten zijn een belangrijke indicator voor de functionele mogelijkheden, maar waarschijnlijk ook voor de prognose.

6.4 Behandeling en begeleiding

Bij een werkneemster die voor mammacarcinoom behandeld is en die na twee jaar volledig arbeidsongeschikt is en bij wie geen metastasen op afstand zijn aangetoond, zullen in het algemeen nog kansen op functioneel herstel aanwezig zijn, tenzij er sprake is van ernstige comorbiditeit. Is de verzekeringsarts van mening is dat de behandelmogelijkheden nog onvoldoende benut zijn of is er sprake van niet eerder gediagnosticeerde comorbiditeit, dan overlegt hij met werkneemster, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom 2005. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Lymfoedeem. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
- 3 de Bock GH, Beusmans GHMI, Hinlopen R, Roelfsema WJ, Wiersma T. NHG-standaard Diagnostiek van mammacarcinoom. Huisarts & Wetenschap 2002; 45(9): 466–472.

4 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Mammacarcinoom: screening en diagnostiek. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 1999.

5 Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Masse B e.a. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. CMAJ 2005; 173(7): 765–771.

6 van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Grol B, Otter R, Arendzen HJ, Postema K e.a. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. J Psychosom Res 2005; 58(6): 485–496.

7 Rietman JS, Dijkstra PU, Hoekstra HJ, Eisma WH, Szabo BG, Groothoff JW e.a. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. Eur J Surg Oncol 2003; 29(3): 229–238.

8 Van de Velde CJH, Schornagel JH, Bartelink H. Mammatumoren. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 345–360.

9 De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM. Kanker. In: Kaptein AA, Beunderman R, Dekker J, Vingerhoets AJJM, editors. Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum; 2006: 115–136.

10 Verbeek J, Spelten R. Work. In: Feuerstein M, editor. The handbook of cancer survivorship. New York: Springer; 2007.

11 Sprangers MAG, Aaronson NK, de Haes JCJM. Onderzoek naar de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 513–518.

12 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernaards C, Rowland JH, Meyerowitz BE e.a. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. Cancer 2006; 106(4): 751–758.

13 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. J Clin Oncol 2000; 18(4): 743–753.

14 Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. Ann Oncol 2002; 13(4): 589–598.

15 Curt GA. Fatigue in cancer. BMJ 2001; 322(7302): 1560.

16 de Haes H, Olschewski M, Kaufmann M, Schumacher M, Jonat W, Sauerbrei W. Quality of life in goserelin-treated versus cyclophosphamide + methotrexate + fluorouracil-treated premenopausal and perimenopausal patients with node-positive, early breast

cancer: the Zoladex Early Breast Cancer Research Association Trialists Group. *J Clin Oncol* 2003; 21(24): 4510–4516.

17 Willemse PHB, De Vries EGE. De plaats van trastuzumab bij het mammacarcinoom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(14): 770–775.

18 Van Nes JGH, Seynaeve C, Van de Velde CJH, Nortier JWR. Optimale adjuvante hormonale therapie bij postmenopauzale vrouwen met een hormoongevoelig mammacarcinoom: tamoxifen en de aromataseremmers anastrozol, exemestaan en letrozol. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(52): 2863–2869.

19 Rietman J, Dijkstra P, Debreczeni R, Geertzen J, Robinson D, De Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disabil Rehabil* 2004; 26(2): 78–84.

20 Johansson K, Ohlsson K, Ingvar C, Albertsson M, Ekdahl C. Factors associated with the development of arm lymphedema following breast cancer treatment: a match pair case-control study. *Lymphology* 2002; 35(2): 59–71.

21 Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301(6752): 575–580.

22 Schadé A, Marquenie L. Angststoornis door een middel en angststoornis door een somatische aandoening. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. *Behandlungsstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001: 136–145.

23 Korstjens I, Mesters I, van der Peet E, Gijsen B, van den Borne B. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *Eur J Cancer Prev* 2006; 15(6): 541–547.

24 Korstjens I, May-de Groot A, van Weert E, Mesters I. Quality of life after multidisciplinary cancer rehabilitation combining physical training and psychoeducation. *Psycho-Oncology* 2006; 15 (S293)

25 May-de Groot A, van Weert E, Korstjens I, Trijsburg RW, Ros WJG. Effect of an oncological rehabilitation program on physical fitness in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S319.

26 van Weert E, May-de Groot A, Korstjens I, van der Schans CP, Hoekstra-Weebers J. Effect of an oncological rehabilitation program on fatigue in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S443.

27 van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, Grol BM, Otter R, Arendzen JH, Postema K e.a. Physical functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2004; 27(1): 27–35.

28 van der Peet E. Een systematische literatuursearch naar revalidatieprogramma's voor (ex-) kankerpatiënten.

Stichting Herstel & Balans, 2005. <http://herstelenbalans.ecompany.com/publicaties/index.php>, 16-01-2007.

29 Gijsen BCM, Koppejan-Rensenbrink AG. Herstel & Balans. Groepsrevalidatie in de oncologie. *Tijdschrift Kanker* 2003; 36–39

30 Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschenes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(24): 1813–1822.

31 Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM e.a. Cancer, fatigue and the return of patients to work—a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39 (11): 1562–1567.

32 Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60(5): 352–357.

33 Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2006; 24(30): 4882–4887.

34 Efficace F, Bottomley A. Toward a clearer understanding of the prognostic value of health-related quality-of-life parameters in breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(6): 1335–1336.

35 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34–44.

Bijlage 8

Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte

– Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.

– Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.

– Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

In dit protocol wordt onder beroerte verstaan: plotseling optredende verschijnselen van een focale stoornis in de hersenen waarvoor geen andere oorzaak aanwezig is dan een vasculaire stoornis. (2.1)*

De gevolgen van een beroerte voor de functionele mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van de aard en de omvang van de stoornissen. Bij werknemers die twee jaar na een beroerte in aanmerking komen voor een beoordeling in het

kader van de WIA is vrijwel altijd sprake van blijvende motorische en/of neuropsychologische stoornissen met psychosociale gevolgen.

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens gaat de verzekeringsarts na of en, zo ja, op welke terreinen bij de werknemer sprake is van functiestoornissen, beperkingen en participatieproblemen:

– Aard en ernst van klachten en ervaren belemmeringen:

- Wat waren de klachten en ervaren belemmeringen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?

– Diagnostiek:

- Is een oorzaak voor de beroerte vastgesteld en, zo ja, welke? (2.1, 3.1)
- Was sprake van vroege comorbiditeit, bijvoorbeeld cardiaal of endocrien?
- Heeft nadere diagnostiek plaatsgevonden naar de gevolgen van de beroerte voor het functioneren, zoals neuropsychologisch onderzoek? Is een neuropsychologisch rapport beschikbaar? (3.4, 4.1)

- Heeft de bedrijfsarts nog diagnostische bevindingen gedaan in de loop van de begeleiding (bijvoorbeeld later ontstane comorbiditeit, zoals een depressieve stoornis)?

– Behandeling en revalidatie: (4.2)

- Hoe was het verloop van de revalidatie en waarop was deze gericht?
- Is sprake geweest van training van concrete vaardigheden voor het verrichten van arbeid?
- Zijn er beperkingen voor het verrichten van werk die nog voor (aanvullende) training in aanmerking komen?
- Welke medicatie gebruikt de patiënt?
- Welke hulpmiddelen gebruikt de patiënt?

– Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:

- Heeft de werknemer de oefenadviezen tijdens de revalidatie opgevolgd?
- Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer en diens omgeving:

- Zijn er factoren in de omgeving van de werknemer die de re-integratie bemoeilijken, zoals onvoldoende zorg en ondersteuning door naasten, of belastende psychosociale omstandigheden?
- Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Zijn er nog voorzieningen in de thuissituatie nodig voor het optimaal functioneren van betrokkene?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting in eigen en aangepast werk:

- Zijn er factoren die de werkhervatting in eigen werk in de weg staan, zoals onvoldoende steun van leidinggevende en collega's of taakeisen waaraan betrokkene gezien zijn beperkingen niet kan voldoen?
- Is het gebruik van medicatie en/of hulpmiddelen een belemmering voor het hervatten in eigen werk? Zijn aanpassingen in de werksituatie nodig?
- Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?
- Indien besloten is dat de werknemer niet in eigen werk kon terugkeren: op welk moment is dat besloten en wat waren de motieven?

– Werkhervatting: (5)

- Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
- Indien de bedrijfsarts meent dat de werknemer niet in staat is tot arbeid: is dat onvermogen aannemelijk op grond van de thans bekende beperkingen?
- Welke inspanningen hebben de werknemer en de werkgever geleverd om werkhervatting in eigen of ander werk te realiseren?
- Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek (3.4, 4.1)

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat iemand die een beroerte heeft doorgemaakt niet in alle gevallen in staat is zijn beperkingen goed in te schatten. Dit geldt met name als de beperkingen het gevolg zijn van stoornissen in de hogere cognitieve functies zoals het abstractievermogen en het overzicht over gecompliceerde processen. Betrokkene is zich deze beperkingen vaak niet bewust, hij klaagt er niet over en voor zover hij zich realiseert dat dingen niet goed gaan, kan hij geneigd zijn dit te bagatelliseren of de oorzaak buiten zichzelf te zoeken. De communicatie tijdens het spreekuur kan bemoeilijkt worden door bijvoorbeeld afasie. In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
- de oorzaken van het uitblijven van medisch herstel en werkhervatting
- zijn functionele mogelijkheden
- zijn huidige behandeling
- wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- belemmeringen van herstel en hervatting in het werk, bijvoorbeeld door een te zware fysieke of psychische belasting in het werk of onvoldoende steun van leidinggevende of collega's
- de betekenis van betaald werk in zijn levensplan

- lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat doet hij op een 'gemiddelde' dag of door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek (3.4, 4.1)

De anamnese is gericht op een verdieping van het inzicht van de verzekeringsarts in de mogelijke gevolgen van de beroerte voor het cognitief en emotioneel functioneren en op het diagnosticeren van mogelijke lichamelijke en psychische comorbiditeit. Indien de verzekeringsarts in gelegenheid is om een heteroanamnese af te nemen, bijvoorbeeld als de partner van onderzochte mee naar het spreekuur is gekomen, maakt hij daarvan in gepaste mate gebruik, tenzij onderzochte daar bezwaar tegen heeft.

De verzekeringsarts is tijdens het medisch onderzoek met name alert op:

- depressieve stoornis
- angststoornis
- vermoeidheidsklachten
- epilepsie
- pijnklachten, bijvoorbeeld schouderhandsyndroom
- psychosociale problematiek
- veranderingen in de persoonlijkheid die voor het sociaal functioneren van belang zijn.

Het lichamenlijk onderzoek wordt uitgevoerd op geleide van de aanwezige klachten, beperkingen en de aanwezigheid of het vermoeden van comorbiditeit. De verzekeringsarts is tevens alert op:

- cardiale en vasculaire aandoeningen, met name atriumfibrilleren, hypertensie en circulatiestoornissen
- neglect (vooral te constateren tijdens het aan- en uitkleden)
- (gevolgen van) diabetes mellitus.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

- twijfel over de comorbide diagnose(n) en de nog te benutten revalidatie- en behandelmogelijkheden, voor zover relevant voor het beoordelen van de beperkingen en de prognose
- onvoldoende kennis en informatie over de neuropsychologische gevolgen van de beroerte
- langdurig stagneren van re-integratie om onbekende redenen, ondanks adequate behandeling en begeleiding.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

– De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de stoornissen en beperkingen en andere redenen voor het uitblijven van een (volledige) re-integratie van de werknemer en geeft zo nodig feedback aan bedrijfsarts of behandelaar(s). De verzekeringsarts realiseert zich dat de re-integratie soms kan stagneren om onvoorziene en onverwachte redenen, waaronder relationele aspecten in het werk.

- Hij betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat niet alle kansen voor revalidatie, training en re-integratie zijn benut.

2 Functionele mogelijkheden (3.4, 6.2)

De doorsnee CVA-patiënt bestaat niet. Een groot aantal, met name jongere CVA-patiënten, hervat het werk geheel of grotendeels binnen de termijn van twee jaar. Er zijn echter ook patiënten bij wie de beoordeling van de functionele mogelijkheden na twee jaar nog uiterst complex is. In die gevallen moet de verzekeringsarts daartoe expertise invoeren.

De beperkingen kunnen zich voordoen in alle rubrieken van de Functionele mogelijkhedenlijst. Er kunnen ook beperkingen zijn die niet op de gebruikelijke manier in de Functionele mogelijkhedenlijst kunnen worden weergegeven en die de verzekeringsarts apart moet vermelden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij apraxie en neglect. Ook kunnen er stoornissen zijn, bijvoorbeeld een specifieke aandachtsstoornis, die niet gedekt worden door de definities in de Functionele mogelijkhedenlijst. Ook die zal de verzekeringsarts apart moeten vermelden. Daar komt bij dat er vaak een samenhang is tussen de beperkingen in de verschillende rubrieken. Om al deze redenen zal het vaak nodig zijn de verzekeringsarts te betrekken bij de professionele eindselectie.

3 Te verwachten beloop (6.3)

– In de regel is twee jaar na een beroerte geen herstel meer te verwachten van de direct uit de beroerte voortvloeiende stoornissen.

- Dat neemt niet weg dat zich bij een deel van de patiënten nog veranderingen in de functionele mogelijkheden kunnen voordoen. Een aantal patiënten verkeert nog in een aanpassingsproces; bij hen is er kans op een verbetering van het functioneren. Anderzijds is er een groep die geleidelijk slechter gaat functioneren.

– Bij de inschatting van het te verwachten beloop moet rekening worden gehouden met:

- bekende risicofactoren
- het verloop van het herstel tot op heden
- de nog te benutten revalidatiemogelijkheden en werk(plek)aanpassingen
- relevante comorbiditeit en de samenhang tussen de verschillende ziektebeelden.

– Bij volledige arbeidsongeschiktheid die voortvloeit uit de directe gevolgen van de beroerte kan in redelijkheid geen herstel verwacht worden. Komt volledige arbeidsongeschiktheid mede voort uit behandelbare comorbiditeit, dan dient de prognose te worden beoordeeld.

4 Behandeling en begeleiding (4.2, 6.4)

– Als verder herstel van de functionele mogelijkheden, aanpassingen of behandeling van de comorbiditeit mogelijk zijn, dan verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid en dat de mogelijkheden voor voorzieningen of aanpassingen onderzocht worden.

– Komt de verzekeringsarts tot de conclusie dat de behandelmogelijkheden (waarschijnlijk) onvoldoende benut worden of dat sprake is van niet eerder gediagnosticeerde comorbiditeit, dan overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

– Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte

- 1 Inleiding
 - 2 De aandoening
 - 2.1 Kenmerken
 - 2.2 Epidemiologie
 - 2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid
 - 3 Ontstaan, beloop en blijvende gevolgen
 - 3.1 Ontstaan
 - 3.2 Risicofactoren
 - 3.3 Beloop
 - 3.4 Blijvende gevolgen
 - 4 Diagnose en behandeling
 - 4.1 Diagnose en comorbiditeit
 - 4.2 Behandeling en revalidatie
 - 5 Werkhervatting
 - 6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling
 - 6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis
 - 6.2 Functionele mogelijkheden
 - 6.3 Te verwachten beloop
 - 6.4 Behandeling en begeleiding
- Literatuur

1 Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met een beroerte. Het behandelt in deel A Onderzoek de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B Beoordeling de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer twee jaar na een beroerte te vervullen heeft, te weten de beoordeling van:

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de NHG-Standaard CVA, de Richtlijn Beroerte van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de publicatie Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners van de Nederlandse Hartstichting, de KNGF-richtlijn Beroerte en de NHG-Standaard TIA.¹⁻⁵

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitvoert, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

Onder een beroerte wordt volgens de Wereldgezondheidsorganisatie verstaan: plotseling optredende verschijnselen van een focale stoornis in de hersenen waarvoor geen andere oorzaak aanwezig is dan een vasculaire stoornis. Als de verschijnselen binnen 24 uur verdwenen zijn, spreekt men van een Transient Ischemic Attack (TIA). Volgens de CBO-richtlijn is een TIA een beroerte, zij het een kortdurende.² Er is geen wezenlijk pathogenetisch verschil: de oorzaken en het mechanisme zijn vergelijkbaar. De zorg zal nogal verschillen, de maatregelen voor secundaire preventie niet. Vaak laat beeldvormend onderzoek bij wat klinisch als TIA herkend wordt, toch infarcteringen zien.⁵ Een aantal TIA-patiënten blijkt na verloop van tijd veelal subtiele restverschijnselen te hebben, die gevolgen kunnen hebben voor het functioneren in arbeid. Daarom is dit protocol ook van toepassing bij patiënten met de diagnose TIA. De term beroerte wordt hier gebruikt als synoniem van cerebrovasculair accident (CVA). Hij omvat verschillende meer

specifieke diagnoses. In circa 80 procent van alle beroertes is sprake van een herseninfarct (focale hersenischemie). In de overige twintig procent is sprake van een bloeding, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen intracerebrale en extracerebrale bloedingen.

Het onderscheid tussen herseninfarct en bloeding is van belang voor de behandeling in de acute fase en voor de secundaire preventie. In dit protocol spreken we van beroerte of CVA als de oorzaak niet van belang is. Wanneer dat wel het geval is, wordt de term herseninfarct of bloeding gebruikt. Er zijn evidente verschillen in acute zorg en secundaire preventie, maar de opvang en begeleiding bij een bloeding zijn gelijk aan die bij ischemie.

Van de extracerebrale bloedingen wordt in deze toelichting alleen de subarachnoidale bloeding kort behandeld, omdat deze relatief vaak voorkomt en vooral bij patiënten jonger dan 65 jaar. Epidurale en de subdurale bloeding worden niet besproken. Voor alle extracerebrale bloedingen geldt dat de eerste opvang specifieke eisen stelt, maar dat de late gevolgen sterk overeen kunnen komen met die van andere beroerten. Voor het classificeren van beroerte (CVA) wordt de CAS-code C639 (Cerebrovasculaire aandoening) gebruikt.

2.2 Epidemiologie

In het jaar 2000 werden naar schatting in Nederland 41 000 mensen voor het eerst getroffen door een beroerte (exclusief TIA).⁶ Dat is 33 procent meer dan waar men tot voor kort vanuit ging.⁷ De incidentie van beroerte (exclusief TIA) in de huisartsenpraktijk wordt geschat op twee tot drie per 1000 per jaar.¹ Beroerte is de belangrijkste oorzaak van blijvende invaliditeit in de westerse wereld. Een beroerte kan op elke leeftijd ontstaan, maar is vooral een ziekte van oudere mensen. Ruim 80 procent van de patiënten is ouder dan 65 jaar. In 2000 werden 7200 mannen en vrouwen jonger dan 65 jaar door een cerebrovasculaire ziekte getroffen; 5500 van hen waren jonger dan 60 jaar, 1350 jonger dan 45 jaar.⁷ De subarachnoidale bloeding komt daarentegen juist het vaakst voor bij mensen onder de 65 jaar. In 2000 werden ongeveer 1075 mensen door een subarachnoidale bloeding getroffen; 690 patiënten waren jonger dan 65 jaar en 222 jonger dan 45 jaar.⁷ Een beroerte komt op de derde plaats van de meest voorkomende doodsoorzaken. In de periode 1980–2004 is het sterftecijfer met veertig procent afgenomen. Het aantal personen dat een beroerte heeft doorgemaakt zal de komende jaren toenemen door de vergrijzing van de bevolking en de stijging van de leeftijdspecifieke prevalentie.⁸

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid
In 2004 werd bij de WAO-instroom in 964 gevallen de diagnose cerebrovasculaire aandoening gesteld; dat was 1,9 procent van de totale instroom. Beroerte kwam daarmee op de zevende plaats in de rangorde van diagnoses naar hoogte van WAO-instroom.*

* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071) van de totale WAO-instroom, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren

3 Ontstaan, beloop en blijvende gevolgen

3.1 Ontstaan

Atherosclerose is vaak het basale proces dat aanleiding geeft tot het ontstaan van een beroerte: een vaatafsluiting met als gevolg hersenischemie, op basis van atherosclerotische plaques, of een vaatruptuur, gevolgd door een bloeding in het hersenweefsel.

In vijftien tot dertig procent van de gevallen wordt een herseninfarct toegeschreven aan een cardiale emboliebron, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een locale atherosclerose. Vooral bij patiënten jonger dan 45 jaar kan regelmatig een andere oorzaak dan atherosclerose gevonden worden, zoals secundaire coagulopathieën, niet-atherosclerotische vasculopathieën, gebruik van orale anticonceptie bij rokende vrouwen, al of niet gelijktijdig met hypercholesterolemie. Soms kan geen oorzaak worden vastgesteld.^{9, 10} De oorzaak van een subarachnoidale bloeding is in 85 procent van de gevallen het barsten van een sacculair aneurysma, aan of nabij de cirkel van Willis aan de hersenbasis.¹¹

Aan een gebrek aan zuurstof en glucose gaan hersencellen uiteindelijk te gronde. De wijd verbreide opvatting dat hersenweefsel na enkele minuten zuurstofgebrek al onherstelbaar beschadigd raakt, moet echter genuanceerd worden. Hersenweefsel kan, afhankelijk van de omstandigheden, een zuurstoftekort soms urenlang overleven. Er treedt dan wel een verlies van functies op, maar die kunnen terugkeren nadat de normale bloedvoorziening is hersteld. Het beeld van de voorbijgaande uitval is slechts te verklaren door aan te nemen dat er een ischemische schmerzzone (ischemic penumbra) bestaat, waarin de hersenfunctie tijdelijk is uitgeschakeld, maar celdood nog niet is opgetreden.²

3.2 Risicofactoren

Risicofactoren kunnen onderverdeeld worden in niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare factoren.² Niet-beïnvloedbare risicofactoren zijn hogere leeftijd, mannelijk geslacht, negroïde ras en positieve familie-anamnese. Belangrijke beïnvloedbare risicofactoren zijn verhoogd bloeddruk, roken, diabetes

mellitus, verhoogd cholesterolgehalte, doorgemaakte coronaire hartziekte, atriumfibrilleren en stenosering van de arteria carotis interna. Bij de primaire preventie vormt het totale risicoprofiel de leidraad. Stoppen met roken is altijd een belangrijk onderdeel.

3.3 Beloop

Voor de verzekeringsarts die twee jaar na een beroerte zijn beoordelingstaken vervult is kennis over het beloop in eerdere fasen van beperkt belang. Daarom worden hier slechts enkele hoofdlijnen geschetst. De blijvende gevolgen van de beroerte worden besproken in de volgende paragraaf.

Ongeveer veertien procent van de patiënten die voor het eerst getroffen worden door een beroerte, overlijdt opname in een ziekenhuis. In de eerste twee weken na een beroerte overlijdt ongeveer twintig procent van de patiënten. Patiënten bij wie de verschijnselen al in een vroeg stadium sterk verbeteren of die een discrete uitval vertonen, zoals een geïsoleerde facialisparese of een licht verminderde knijpfunctie van de hand, komen niet altijd in aanmerking voor een spoedopname. Bij naar schatting 35 procent van de patiënten is sprake van een eerste, niet fatale beroerte die niet leidt tot een ziekenhuisopname. De jongere mensen onder hen zijn merendeels poliklinisch onder behandeling bij een neuroloog.^{6, 7} Verraderlijk kan zijn dat patiënten die niet worden opgenomen of die na een korte opname zonder begeleiding naar huis gaan, soms na verloop van tijd toch meer beperkingen blijken te hebben dan in eerste instantie verwacht werd. Herstel van stoornissen en beperkingen vindt voor het overgrote deel plaats in de eerste drie maanden.³

Na een herseninfarct is de kans op een recidiefinfarct in het eerste jaar tien tot twaalf procent en daarna twee tot vijf procent per jaar, tot het vijfde jaar. Na een intracerebrale bloeding is de kans op een nieuwe bloeding in de eerste maand het grootst. Binnen een jaar krijgt drie tot zeven procent van de patiënten een recidiefbloeding. Na vijf jaar heeft één op de vijf patiënten een recidief gehad.¹¹

Bij patiënten jonger dan vijftig jaar wordt vaak een lagere kans op recidivering en overlijden waargenomen. Het recidiefpercentage in deze leeftijdscategorie ligt tussen de zes en negen procent bij een gemiddelde follow-up van twee tot zes jaar.

De blijvende gevolgen van een beroerte zijn bij jongere patiënten van 15 tot 45 jaar minder ernstig dan bij oudere patiënten. Tussen de zeventig en negentig procent vertoont herstel van het dagelijks functioneren, al of niet met lichte beperkingen. Rond de tien procent blijft voor het dagelijks functioneren volledig afhankelijk van anderen.¹²⁻¹⁵

3.4 Blijvende gevolgen

De blijvende stoornissen na een beroerte kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld.^{2-4, 11, 16} Een stoornis komt in veel gevallen niet geïsoleerd voor en vaak werken verschillende stoornissen op elkaar in. Gekozen is voor de volgende indeling:

- neuropsychologische stoornissen
- vermoeidheid en verminderd uithoudingsvermogen
- stoornissen in motoriek en mobiliteit
- stoornissen in de communicatie
- overige gevolgen.

3.4.1 Neuropsychologische stoornissen

De neuropsychologische gevolgen van de beroerte manifesteren zich in veranderingen in cognitie, emotie en gedrag. Ze leveren vaak grote problemen op voor het functioneren. Bij meer dan de helft van de patiënten kunnen tijdens de ziekenhuisopname neuropsychologische stoornissen worden vastgesteld, waarbij de vertraging van de informatieverwerking het meest opvallend is.²

Cognitie

Bij veranderingen in de cognitie kan gedacht worden aan stoornissen in oriëntatie, concentratie, aandacht en geheugen, maar ook aan visuele, auditieve of tactiele waarneming, communicatie, constructieve vaardigheden, redeneren en uitvoerende vaardigheden. Een belangrijk probleem bij cognitieve stoornissen is dat de patiënt zelf zich de stoornis niet altijd bewust is of de gevolgen van de stoornis niet kan overzien, juist als gevolg van de stoornis. Dit kan de revalidatie ernstig belemmeren en later bij de werkhervatting leiden tot ernstige en onvoorziene problemen. De verzekeringsarts dient met deze valkuil rekening te houden in het beoordelingsgesprek en bij de vaststelling van de functionele mogelijkheden. Soms rapporteert een patiënt zelfs helemaal geen klachten, terwijl er wel degelijk beperkingen zijn.

Veranderingen in gedrag en emotie doen zich voor bij bijna de helft van de patiënten en kunnen het gevolg zijn van een verminderd cognitief functioneren. Voor de verzekeringsarts belangrijke cognitieve stoornissen doen zich voor op verschillende gebieden:

- Aandacht. Aandacht speelt een grote rol bij de kwaliteit van andere neuropsychologische functies en is een noodzakelijke voorwaarde voor waarnemen, denken, handelen, het leren van vaardigheden en planning van activiteiten. Bij de aandachtsfuncties speelt het tempo van informatieverwerking een belangrijke rol. Ongeveer zeventig procent van de CVA-patiënten heeft als gevolg van een vertraagd tempo moeite om onder tijdsdruk goed te handelen. Ook onder normale omstandigheden kan een verminderd tempo van informatieverwerking een negatieve invloed hebben op

de aandachtsfuncties, het geheugen en de organisatie en planning van het gedrag. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen gerichte (selectieve) aandacht, verdeelde aandacht en volgehouden aandacht:

- De selectieve of gerichte aandacht is vaak gestoord. Als gevolg hiervan is de patiënt niet of onvoldoende in staat om irrelevante of minder relevante informatie te onderdrukken. Onbelangrijke prikkels kunnen gemakkelijk de aandacht van de hoofdactiviteit afleiden. Deze stoornis is tijdens een gestructureerd gesprek of bij objectief testonderzoek vaak niet goed aantoonbaar en kan het best in praktische situaties geobserveerd worden. Een heteroanamnese kan voor de verzekeringsarts soms noodzakelijk zijn om deze stoornis vast te stellen.
- Ook de verdeelde aandacht kan gestoord zijn. Verdeelde aandacht is de mogelijkheid om op meer dan één taak of op verschillende elementen binnen een complexe taak tegelijkertijd te reageren en om verschillende geautomatiseerde taken naast elkaar uit te voeren, bijvoorbeeld een gesprek voeren tijdens het lopen.
- Verder komen stoornissen voor in de volgehouden aandacht. Bij een ongestoorde volgehouden aandacht kan iemand de aandacht voor de duur van een (deel)activiteit gericht vasthouden, bijvoorbeeld gedurende een gesprek. Ook deze stoornis komt in het dagelijks leven, waarin tijdsdruk en overmaat aan informatie een rol spelen, eerder naar voren dan in een gestructureerde (test- of onderzoeks-) situatie en uit zich vaak in een versnelde vermoeidheid en verminderde energie.
- Geheugen. Het geheugen is het vermogen om informatie op te slaan, te bewaren en later weer toe te passen. Geheugenstoornissen komen na een beroerte zeer vaak voor. Ze kunnen het aanleren van nieuwe vaardigheden en daarmee ook de revalidatie belemmeren. De verzekeringsarts kan het kortetermijngeheugen tijdens het onderzoek redelijk inschatten. Hij kan vaak ook nagaan of de patiënt informatie kan opdiepen uit het langetermijngeheugen, uit de periode voor de beroerte. Hij moet echter ook beoordelen of het bewuste (declaratieve) geheugen goed functioneert. Veel informatie wordt als het ware 'vanzelf' in het lange termijngeheugen opgenomen, maar soms moet informatie bewust worden opgeslagen. Het declaratieve geheugen is belangrijk voor vaardigheden waarbij bewuste organisatie en planning een rol spelen, zoals agendabeheer en het onthouden van afspraken.
- Waarneming. Waarneming is het bewust worden van informatie over de buitenwereld via de zintuigen. Daarin kunnen zich verschillende stoornissen voordoen:
- Agnosie is een stoornis in het herkennen van bekende stimuli van de zintui-

gen, zonder dat het zintuig defect is. De patiënt kan bijvoorbeeld iemand zien, maar hem niet herkennen. Hij kan dan vaak wel de stem herkennen. In de praktijk is het niet eenvoudig om agnosieën vast te stellen, met name door de mogelijke verwarring met afasie of apraxie.

- Neglect is een aandachtsstoornis waarbij de ruimte of het lichaam aan de contralaterale zijde van de hersenlaesie wordt verwaarloosd, zonder dat de patiënt zich dat bewust is. In een vroeg stadium komt dit voor bij vijftig tot zeventig procent van de CVA-patiënten. Bij een ogenschijnlijk herstelde patiënt kan de neglect opnieuw naar voren komen in meer complexe situaties of bij vermoeidheid of ziekte. Neglect kan in verschillende vormen voorkomen. Bij sensorisch of perceptueel neglect reageert de patiënt niet of trager op visuele, auditieve of tactiele prikkels die van de contralaterale zijde van de hersenlaesie komen. Voorbeelden zijn: overslaan van woorden links in een tekst; wel reageren op mensen die zich aan de linkerzijde bevinden, maar niet meer, of in mindere mate, wanneer tegelijk óók aandacht voor personen of activiteiten aan de rechterzijde wordt gevraagd.
- Apraxie. Apraxie is een stoornis in het doelgericht uitvoeren van geleerde en betekenisvolle activiteiten die niet terug te voeren is op primaire motorische stoornissen, sensibiliteitsstoornissen of stoornissen in het begrijpen, geheugen, bewustzijn of motivatie. Een voorbeeld is het schrijven met een pen waar de dop nog opzit. De diagnose is vaak moeilijk te stellen, want apraxie is meestal partiëel en komt zeer vaak voor in combinatie met andere cognitieve stoornissen, zoals afasie.
- Visuoconstructieve stoornissen zijn stoornissen in de ruimtelijke uitvoering bij activiteiten die betrokkene voordien wel kon verrichten, zoals iets in elkaar zetten (montage en constructiewerkzaamheden), zonder dat er sprake is van een apraxie. Patiënten merken soms zelf dat zij niet meer in staat zijn bepaalde handelingen te verrichten, maar dat inzicht kan ook ontbeken. Dan worden bepaalde activiteiten vermeden, wat verward kan worden met een gebrek aan motivatie. Een indicatie kan zijn dat mensen stoppen met bepaalde hobby's.
- Executieve functies. Op executieve of uitvoerende functies wordt een beroep gedaan als niet teruggevallen kan worden op routines of automatismen en de situatie weinig gestructureerd is. Het ontbreken van ziekte-inzicht is een executieve stoornis. Andere voorbeelden zijn: gebrek aan initiatief, verlies aan vermogen om doelgericht naar oplossingen te zoeken, niet adequaat op fouten reageren, verlies van zelfcontrole en zelfcorrectie, verminderde flexibiliteit, verminderd plannings- en organisatievermogen. Bij deze stoornis kunnen geheugen en taal intact zijn.

Emotie en gedrag

Problemen in emoties en gedrag kunnen voortkomen uit een verminderd cognitief functioneren, maar treden ook geïsoleerd op. Depressie en angst, ook angst voor recidief en afhankelijkheid, komen veel voor. De emotionele problemen en gedragsveranderingen die zowel door de patiënten zelf, als door mensen in de directe omgeving het meest frequent genoemd worden, zijn: emotionele labiliteit, verminderd initiatief, prikkelbaarheid, veranderende seksualiteit en veranderingen in de persoonlijkheid. Meer dan veertig procent van de patiënten en de naastbetrokkenen noemen een toename van de afhankelijkheid, depressieve stemming, egocentrisch gedrag en angst. Agressiviteit en verminderde sociale vaardigheden worden ook genoemd. Deze veranderingen kunnen zeer ingrijpend zijn voor zowel de patiënt als voor de omgeving en het sociaal functioneren in arbeid kan hierdoor beperkt zijn (zie ook 4.2.3).

3.4.2 Vermoeidheid en verminderd uithoudingsvermogen

Vermoeidheid komt zeer frequent voor en hoort ook tot de algemene verschijnselen na een beroerte die invloed hebben op het functioneren. Vermoeidheid kan optreden bij lichamelijke, maar vooral ook bij mentale inspanning. Snelle vermoeibaarheid kan lang blijven bestaan, ook wanneer klinisch goed herstel is opgetreden. De vermoeidheid kan zich uiten in verminderde lichamelijke en cognitieve prestaties en kan ervaren worden als een gevoel van uitputting. Daardoor kan er sprake zijn van een beperkte belastbaarheid en kan een aanpassing van de werktijden nodig zijn.

3.4.3 Stoornissen in motoriek en mobiliteit

Ongeveer tachtig tot negentig procent van de patiënten heeft bij aanvang een centrale (spastische) parese in ten minste een van de ledematen. De parese treft de willekeurige spieren. De uitgebreidheid is afhankelijk van de localisatie van het herseninfarct. Doorgaans is de parese niet gelijkmatig over de aangedane lichaamshelft verdeeld. De prognose van een parese in een been is gunstiger dan die van een parese in een arm. In een arm herstellen de flexoren zich het best. Een belangrijke stoornis bij een parese is het onvermogen om fijne geïsoleerde bewegingen uit te voeren. Dit is vooral distaal aan de extremiteiten zichtbaar. Fijne handvaardigheden en geïsoleerde vingerbewegingen zijn dan beperkt. Bij een parese komen de bewegingen in het algemeen traag op gang en de snelheid is verminderd. Ook is er een sterk toegenomen vermoeibaarheid, met een afnemende spierkracht na aanhoudende inspanning.

Spasticiteit is te omschrijven als een snelheidsafhankelijke weerstand tijdens passief bewegen. Het verschijnsel doet zich al voor bij geringe mechanische prikkels en kan toenemen door inspanning en emoties.

Verhoogde reflexen (clonus) en geassocieerde bewegingen kunnen de motoriek eveneens nadelig beïnvloeden.

Na zes maanden heeft ongeveer de helft van de patiënten nog motorische uitval, waarbij zowel spastische als paretische componenten bijdragen aan het motorisch functieverlies.³ Ook bij een volledig functieloze arm en hand kan de patiënt soms toch een volledige zelfstandigheid in dagelijkse activiteiten bereiken, doordat aanpassing van de niet-aangedane zijde voor voldoende compensatie zorgt. Van de CVA-patiënten herwint 75 tot 80 procent op den duur een zelfstandige loopfunctie, al of niet met een afwijkend looppatroon of met gebruikmaking van hulpmiddelen.^{3, 17}

3.4.4 Stoornissen in de communicatie

Er zijn verschillende soorten taal- en spraakstoornissen. Afasie is een verworven taalstoornis als gevolg van een laesie in de voor de taal dominante hemisfeer – meestal de linker – die alle taalmodaliteiten kan betreffen; spreken (woordvinding, woordvorming en zinsvorming), begrijpen, lezen en schrijven. Taal en communicatie kunnen ook verstoord worden door beschadigingen in de niet voor taal dominante hemisfeer. Taalvorm en taalinhoud zijn dan grotendeels intact, maar het gebruik is veranderd. Een beroerte kan tevens de oorzaak zijn van spraakstoornissen, zoals een verbale apraxie of een dysartrie. Een half jaar na het ontstaan van de beroerte heeft nog 12 tot 23 procent van de patiënten een vorm van afasie. Leef-tijd, geslacht, handvoorkeur en opleidingsniveau blijken op het herstel niet duidelijk van invloed.

Enkele voor de verzekeringsarts belangrijke stoornissen in de communicatie zijn:

- Afasie. Verschillende afasiesyndromen kunnen onderscheiden worden:
 - Bij een globale of gemengde afasie spreekt de patiënt weinig tot niets. Het taalbegrip en het ziekte-inzicht zijn slecht. Het eigen taalgebruik is teruggevallen tot stereotype reacties van enkele woorden.
 - Bij de afasie van Broca of motorische afasie spreekt de patiënt ook weinig, maar het taalbegrip is redelijk en het ziekte-inzicht is goed. De patiënt heeft moeite met het vinden van het juiste woord en het opbouwen van correcte zinnen. De gesproken taal is niet vloeiend.
 - Bij de Wernicke-afasie spreekt de patiënt veel, soms te veel. Het taalbegrip en het ziekte-inzicht zijn slecht.
- Dysartrie is een spraakstoornis als gevolg van verlies van kracht en/of

coördinatie- en/of sensibeleiteit. De stoornis kan zich manifesteren in de ademhaling, stem, resonantie, articulatie en het spreektempo. De ernst kan variëren van moeite om verstaanbaar te spreken tot onverstaanbaar of helemaal niet spreken. Geschat wordt dat ongeveer vijftien procent van de patiënten op de lange duur nog last houdt van enige vorm van dysartrie.

– Disfunctie van de rechter hemisfeer. Hierbij kunnen communicatiestoornissen ontstaan die met het gebruik van de taal te maken hebben en niet met de taalvorm en de inhoud. Deze patiënten kunnen moeite hebben met het interpreteren van de intonatie van woorden en zinnen, met figuurlijke taal (grappen), met het vertellen van een coherent verhaal en met het aanbrenge van een affectieve modulatie in hun eigen taal. Ook kunnen zij ook dingen op het verkeerde moment zeggen en bagatelliseren waar dit ongepast is. Er is een gebrekkig ziekte-inzicht. Incidentiecijfers zijn niet bekend, onder andere omdat de stoornis regelmatig over het hoofd gezien wordt.

3.4.5 Overige gevolgen

Voor de verzekeringsarts kunnen van belang zijn:

- Schouder-handsyndroom. Van de CVA-patiënten met een verlamming klaagt 70 tot 84 procent over schouderpijn. Een klein percentage heeft ernstige pijn. Vijf tot 25 procent ontwikkelt verschijnselen van een complex regionaal pijnsyndroom of een schouder-handsyndroom, waarbij naast pijn ook autonome functiestoornissen zichtbaar zijn.¹⁶
- Epilepsie. Epilepsie komt in de chronische fase voor bij minder dan vijf procent van de CVA-patiënten en is doorgaans goed medicamenteus te behandelen.³ Anti-epileptica kunnen bijwerkingen hebben die van invloed zijn op het cognitief functioneren en die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden.

4 Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose en comorbiditeit

De diagnose 'beroerte' wordt in het algemeen in een zeer vroeg stadium door familie, de huisarts of in het ziekenhuis gesteld aan de hand van de kenmerkende plotseling optredende verschijnselen van een focale stoornis in de hersenen. Een door de huisarts in het acute stadium gestelde diagnose hoeft slechts in circa tien procent van de gevallen herzien te worden.^{1, 2} Het belangrijkste symptoom van een subarachnoïdale bloeding is peracut optredende ongevoel hevig hoofdpijn. Ongeveer de helft van de patiënten heeft hierbij een gedaald bewustzijn.

In het protocol wordt aangenomen dat de verzekeringsarts altijd te maken krijgt met patiënten bij wie de diagnose definitief bevestigd is.

De verzekeringsarts dient bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden rekening te houden met de mogelijkheid dat de patiënt cognitieve stoornissen heeft waarvan aard en ernst in een eenmalig gesprek moeilijk zijn vast te stellen. De patiënt is zich zijn eigen stoornissen niet altijd bewust. Hij kan zijn stoornissen ook niet altijd goed inschatten en soms ontkent hij dat hij beperkingen heeft. Een groot aantal patiënten heeft onduidelijke klachten of geeft aan 'dat het allemaal niet meer gaat'.

Minder uitgesproken stoornissen kunnen zich in een sterk gestructureerd gesprek met gesloten vragen aan het zicht onttrekken. De stoornissen kunnen subtiel lijken, maar desondanks grote gevolgen hebben voor het persoonlijk en beroepsmatig functioneren. Het is van belang dat de patiënt aan de hand van open vragen zijn eigen verhaal kan vertellen. Een heteroanamnese kan wenselijk zijn. Van Heugten en collega's ontwikkelden een signaleringslijst om zorgverleners te ondersteunen bij het stellen van de juiste vragen. De lijst is niet bedoeld als diagnostisch instrument.¹⁸

Een neuropsychologische expertise kan in het gesprek een belangrijke leidraad zijn. Er moet rekening gehouden worden met de verschillen die kunnen optreden tussen stoornissen die zijn vastgesteld in een neuropsychologisch onderzoek en het feitelijk persoonlijk en sociaal functioneren. De verzekeringsarts moet zich realiseren dat zowel het neuropsychologisch onderzoek als het verzekeringsgeneeskundig gesprek een momentopname is en dat voor de definitieve beoordeling van de functionele mogelijkheden praktijkervaringen, bijvoorbeeld vastgelegd in het re-integratieverslag, eveneens van groot belang zijn.

Afgezien van de primaire gevolgen van de beroerte is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden de veel voorkomende comorbiditeit van belang. Daarbij kan met name gedacht kan worden aan:

- Depressieve stoornis. Bij dertig tot zestig procent van de CVA-patiënten treedt een depressie op. Het is niet altijd duidelijk of de depressie gezien moet worden als een direct gevolg van de hersenbeschadiging of als een reactief proces. Cognitie en emotie beïnvloeden elkaar immers. Gezien de hoge frequentie van voorkomen van depressie dient de verzekeringsarts bij zijn beoordeling hier altijd onderzoek naar te verrichten. Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van depressieve stoornis, dysthymie en chronische depressie wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis. Geadviseerd wordt om voor de behandeling van psychische klachten te verwijzen naar een

psycholoog die ervaring heeft met patiënten met cognitieve stoornissen.
– Angststoornissen. Veel patiënten zijn bang voor herhaling van het CVA of voor het verlies van hun zelfstandigheid. Deze angst kan begrijpelijk zijn in het licht van de ziekte, maar er kan ook sprake zijn van een angststoornis. De verzekeringsarts dient daar alert op te zijn. Heeft hij aanwijzingen heeft voor een angststoornis, dan moet hij daar gericht naar vragen. De diagnostiek van een angststoornis kan moeilijk zijn. Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen.

– Cardiovasculaire aandoeningen. Er is een sterke associatie tussen het optreden van cerebrale ischemie en ischemisch hartlijden. Ritmestoornissen kunnen een bron zijn van een hersenembolie. In het algemeen zal de aanwezigheid van cardiovasculaire comorbiditeit nader onderzocht zijn in de curatieve sector. De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in.

– Diabetes mellitus. Mensen met diabetes mellitus hebben een twee- tot viermaal zo hoge kans op een beroerte als mensen zonder diabetes. Een slechte metabole controle wordt in verband gebracht met een verhoogde kans op een beroerte.

4.2 Behandeling en revalidatie

4.2.1 Acute fase: de eerste twee weken
Hoofddoel van de behandeling in de acute fase is het voorkómen van verdere schade aan de hersenen en van complicaties. De causale behandelmogelijkheden van beroerte zijn beperkt. Onder optimale omstandigheden waarbij geen tijdverlies optreedt tussen ontstaan en behandeling, kan mogelijk 25 procent van de patiënten met focale hersenischemie met trombolysie behandeld worden. Er zijn echter veel contra-indicaties voor trombolysie. De werkelijkheid op dit moment is dan ook dat slechts een klein deel van de patiënten met een focale hersenischemie, ongeveer vijf procent, met trombolysie behandeld wordt.² Hierdoor wordt in deze groep de kans op overlijden of zorgafhankelijkheid met ruim een derde verlaagd. Het nut van chirurgische therapie van spontane intracerebrale bloedingen is niet aangetoond. De secundaire preventie van beroerte bestaat uit de behandeling van bekende risicofactoren, inclusief de behandeling van cardiale aandoeningen en soms van perifere vaatlijden, zoals een carotisstenose. Bovendien wordt in de acute fase al begonnen met de revalidatie.

4.2.2 Revalidatie en herstelfase: twee weken tot zes maanden

Revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionaliteit door het verminderen van beperkingen en het bewerkstelligen van re-integratie in de maatschappij en beoogt dus niet primair de stoornissen zelf te herstellen. Het herstel van stoornissen en beperkingen verloopt niet lineair in de tijd en veel vaardigheden bereiken hun plafond voordat zes maanden zijn verstreken. Het meest effectief en efficiënt is de revalidatie in de eerste drie maanden. Het is aannemelijk dat starten met revalidatie in de acute fase het herstelproces bevordert. Beperkingen kunnen verminderen door het aanleren van (nieuwe) vaardigheden, door adaptatie aan de nieuwe situatie en door compensatie. Bij compensatie is de revalidatie gericht op het gebruikmaken van aanwezige restcapaciteiten. Hoewel revalidatie een bewezen gunstig effect heeft, is het nog niet duidelijk in hoeverre het uiteindelijke niveau van functioneren er gunstig door beïnvloed wordt. De effecten van revalidatiebehandelingen bij CVA-patiënten zijn zeer specifiek en beperken zich voornamelijk tot die taken die in de behandeling getraind zijn. Ze laten zich niet gemakkelijk overdragen naar andere, niet getrainde taken.^{3, 4, 16} De specificiteit van behandel-effecten impliceert dat de doelen van revalidatie relevant moeten zijn voor het dagelijks functioneren en dat er gereedeneerd moet worden vanuit de woon-, leef-, en werksituatie van betrokkene. De behandeling heeft dan ook het meest effect als aandacht wordt besteedt aan de sociale rollen die betrokkene zou kunnen vervullen.

4.2.3 Chronische fase: vanaf zes maanden na de beroerte

Na zes maanden is er in het algemeen geen grote verbetering van het functioneren meer te verwachten. Zes tot twaalf maanden na een beroerte wordt bij slechts vijf tot tien procent van de getroffen nog herstel van motorische of neuropsychologische stoornissen waargenomen. In de chronische fase kunnen aanpassingen in huis en op het werk een patiënt met blijvende beperkingen in staat stellen zelfstandig te functioneren. Loophulpmiddelen, zoals rollator en scootmobiel, kunnen eveneens de zelfstandigheid vergroten en de kans op onnodig vallen verkleinen. Vermoeidheid blijft een belangrijk probleem voor veel patiënten. De vermoeidheid kan niet altijd gekoppeld worden aan een specifieke stoornis en heeft een negatief effect op cognitieve prestaties en op de psychische belastbaarheid. De stoornissen kunnen belangrijke gevolgen hebben voor het sociale leven van de patiënt en zijn omgeving.^{3, 16, 19} Is het herstel niet volledig, dan staan de patiënt en diens naasten voor de opgave verder te leven met de beperkingen.

Vanaf een maand of vier na de beroerte neemt de steun die patiënten van hun omgeving ondervinden in veel gevallen geleidelijk af. Contacten met familie en vooral met anderen buiten de familie verminderen en de patiënt heeft vaak moeite zijn vroegere sociale activiteiten op te pakken.

In deze fase spelen veel problemen van psychische en relationele aard. Partners ervaren waarschijnlijk evenveel aanpassings- en psychosociale problemen als patiënten. Seksualiteit en intimiteit worden vaak in negatieve zin beïnvloed. Illustratief is een onderzoek onder 55 gehuwde patiënten, jonger dan vijftig jaar. Acht van de paren, bijna vijftien procent, scheidden binnen drie maanden na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.²⁰ Ook patiënten zonder ernstige cognitieve en communicatiestoornissen hebben vaak een gewijzigd zelfbeeld en zien zichzelf als minder geïnteresseerd, minder bekwaam en minder onafhankelijk. Na anderhalf jaar is er bij een derde van de patiënten sprake van sociale isolatie.

Ook op de lange duur is er niet altijd sprake van een stabiele toestand. Bij ongeveer twintig procent van de CVA-patiënten nemen loop- en handvaardigheid tussen de een en drie jaar weer af, ondanks een stabiel neurologisch functioneren.²¹ Voorspellende factoren hiervoor zijn inactiviteit na het eerste jaar, cognitieve problemen, vermoeidheid en depressie. Er zijn echter ook patiënten bij wie het aanpassingsproces zeer geleidelijk verloopt en lang kan duren.

4.2.4 Revalidatie in perspectief

Van de CVA-patiënten die hun beroerte overleven, gaat ongeveer de helft direct naar huis; ongeveer een derde wordt in een verpleeghuis opgenomen en tussen de zes en tien procent wordt vanuit het ziekenhuis in een revalidatiecentrum opgenomen. Een groot deel van de mensen die met ontslag naar huis gaan krijgt een paramedische of een poliklinische multidisciplinaire nabehandeling in een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Tussen de zestig en zeventig procent van de CVA-patiënten wordt zelfstandig in de uitvoering van primaire taken als persoonlijke verzorging en verplaatsing over korte afstanden.

CVA-patiënten die in een revalidatiecentrum worden opgenomen zijn gemiddeld ongeveer twintig jaar jonger dan degenen die in een verpleeghuis worden opgenomen (respectievelijk ongeveer 58 jaar en ongeveer 75 jaar). Zij hebben ook minder comorbiditeit. Meer dan negentig procent van hen keert naar huis terug. De revalidatiemogelijkheden in verpleeghuizen nemen de laatste jaren toe, wat tot gevolg kan hebben dat meer jongere patiënten in een verpleeghuis zullen revalideren.

Veel patiënten die behandeld worden in een revalidatiecentrum namen deel aan het arbeidsproces toen zij een beroerte kregen. Neuropsychologische revalidatie is in deze centra een belangrijk aandachtspunt, naast fysieke revalidatie. Zo mogelijk wordt vanuit de instelling plaatsing in het arbeidsproces nagestreefd. De financiering daarvoor is echter niet altijd aanwezig.

5 Werkhervatting

In de literatuur wordt een grote spreiding gevonden in het percentage patiënten dat na een beroerte weer aan het werk komt. De verschillende onderzoeken zijn echter niet altijd vergelijkbaar, door verschillen in leeftijd, de definitie van het begrip werkhervatting, de neurologische diagnoses en de follow-up periode. Kappelle en collega's verrichten in 1994 een follow-up onderzoek onder 296 patiënten met een herseninfarct in de leeftijd van 15 tot 45 jaar. Van de overlevenden keerde 42 procent terug naar werk.¹² Een vergelijkbaar percentage, 43 procent, werd gevonden in 1990 bij een groep van 56 patiënten in de leeftijd van 17 tot 45 jaar. Andere onderzoekers vonden in vergelijkbare leeftijdsgroepen percentages van 53 tot 73 procent.^{13,22-24} Milandre en anderen onderzochten een groep van 52 patiënten met een herseninfarct in de leeftijd van 16 tot 35 jaar.¹⁰ Van deze groep keerde 74 procent terug naar het werk. Onderzoek onder oudere werknemers laat lagere percentages zien. Wozniak en medewerkers vonden in een groep van 109 werknemers met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar een hervattingspercentage van 53 procent, waarvan 85 procent full-time.²⁵ Zij namen een positieve correlatie waar tussen jongere leeftijd en werkhervatting. In geen van de onderzoeken wordt gerapporteerd hoe de re-integratie had plaatsgevonden. In artikelen waarin melding gemaakt wordt van werkaanpassingen, was daarvan sprake in ongeveer een kwart van de gevallen.^{13,15,22} Slechts de helft van de werknemers keerde terug in zijn oude werk.²² Als positieve factoren voor werkhervatting worden genoemd: normale spierkracht, zelfstandig kunnen lopen, het ontbreken van cognitieve stoornissen, het verrichten van bureau-werkzaamheden en een goede medewerking aan de revalidatie.^{26,27} Depressie is negatief geassocieerd met werkhervatting.²⁷ Er werd geen verband aangetoond tussen de lokalisatie van de ischemie en werkhervatting.²⁵ Ook bij een focaal letsel kunnen meer algemene beperkingen voorkomen dan vroeger werd aangenomen. De gemiddelde tijdsduur tussen beroerte en werkhervatting loopt in verschillende onderzoeken uiteen van acht tot achttien maanden, met een spreiding van enkele dagen tot veertig maanden.^{22,27}

Gezien de grote verschillen in aard en ernst van de stoornissen bij patiënten die een beroerte hebben doorgemaakt, kunnen geen algemene richtlijnen worden geformuleerd voor de re-integratie en werkhervatting. Maar op basis van praktijkervaring kunnen wel enkele aandachtspunten en handvatten gegeven worden.*

Cognitieve stoornissen vormen in het algemeen de belangrijkste belemmeringen voor een goed verlopende re-integratie, met name als een werknemer zijn eigen stoornis(sen) niet goed kan inschatten en zijn mogelijkheden overschat. In veel gevallen is er in het begin bij alle betrokkenen veel begrip en inzet om van de terugkeer een succes te maken. Deze steun kan echter afbrokkelen als de aanvankelijke verwachtingen niet uitkomen. De arbeidsprestaties en de hoeveelheid tijd die met de begeleiding gemoeid is, kunnen tegenvallen. Ook relationele aspecten kunnen een rol spelen. Er kunnen bijvoorbeeld (subtiele) karakterveranderingen hebben plaatsgevonden die de scherpe kantjes van de premorbide persoonlijkheid van de werknemer versterken. Of er zijn gedragsveranderingen die vervreemdend werken of irritatie opwekken bij leidinggevenden en collega's. Ook een niet herkende depressieve episode kan de arbeidsverhoudingen onder druk zetten. Geadviseerd wordt om in de gevallen waarin een neuropsychologische stoornis aanwezig is of vermoed wordt, gebruik te maken van neuropsychologisch onderzoek. Als er al een onderzoek in de revalidatiefase heeft plaatsgevonden, kan de bedrijfsarts dit, in overleg met betrokkene, raadplegen. Is dat niet het geval, dan zal een expertise moeten worden aangevraagd. Helaas blijkt in de praktijk dat financiering door de werkgever problemen kan opleveren. De bedrijfsarts en ook de verzekeringsarts dienen zich te realiseren dat een neuropsychologisch onderzoek niet alle cognitieve, emotionele en gedragsmatige problemen nauwkeurig in kaart kan brengen en dat het beeld in de loop der tijd niet stabiel is. Voor een zorgvuldig gebruik van de onderzoeksresultaten is een vergelijking met het feitelijk functioneren in de praktijk noodzakelijk. Bedrijfsfysiotherapeut, ergotherapeut of arbeidsdeskundige kunnen de werknemer observeren in zijn werksituatie. Bovendien kunnen zij advies uitbrengen over wenselijke aanpassingen in het werk. Vermoeidheidsklachten en gering uithoudingsvermogen kunnen in de loop van een werkdag of bij te zware belasting, de prestaties negatief beïnvloeden. In de begeleiding dient hiermee rekening gehouden te worden. Aandachtspunten bij de re-integratie zijn:

- Overleg en samenwerking binnen de behandelende sector en met belanghebbenden en bedrijfsarts zijn noodzakelijk.

Met name degenen die bij revalidatie en re-integratie betrokken zijn moeten hierin participeren. Cognitieve en fysieke trainingen in de revalidatiesetting(s) generaliseren niet altijd naar relevante andere situaties. Om die reden moeten bepaalde aspecten soms opnieuw of specifiek getraind worden in de beoogde werksituatie (4.2.2).

- De percepties en verwachtingen van alle betrokkenen ten aanzien van de re-integratie verdienen de aandacht van de bedrijfsarts. Als ze op onjuiste veronderstellingen berusten, moet dat aan de orde worden gesteld. Het beloop en de uitkomst van het re-integratieproces kunnen niet altijd voorspeld worden. Door zich vroegtijdig aan voorspellingen te wagen kan de bedrijfsarts, als zijn uitspraken niet bewaarheid worden, de werknemer ontmoedigen en zijn krediet bij werkgever en collega's verspelen.
- Tijdige en deskundige advisering over aanpassingen in de werksituatie is aangewezen.
- Als verwijzing naar een psycholoog noodzakelijk is, dient gekozen te worden voor een psycholoog die ervaring heeft in het behandelen van patiënten met hersenletsel.

* Er is geen richtlijn voor bedrijfsartsen voor de begeleiding en re-integratie van patiënten met hersenletsel of CVA.

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met een beroerte voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een werknemer met een beroerte vormt de verzekeringsarts zich aan de hand van het re-integratieverslag en andere beschikbare gegevens een oordeel over aard en ernst van de stoornissen, comorbiditeit, revalidatie en begeleiding, in de wetenschap dat er grote verschillen tussen patiënten zijn, maar dat slechts bij een minderheid van de patiënten jonger dan 65 jaar de zelfredzaamheid blijvend verloren gaat. De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.²⁸ De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat bij een werknemer belangrijke kansen voor de re-integratie zijn gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

De doorsnee CVA-patiënt bestaat niet. Het beoordelen van de functionele mogelijkheden van een CVA-patiënt kan voor de verzekeringsarts een zeer moeilijke, maar uitdagende taak zijn. Naast kennis van de stoornissen zijn geduld, belangstelling, nieuwsgierigheid en creativiteit van belang om deze taak goed te volbrengen.

De verzekeringsarts dient zich te realiseren dat veel CVA-patiënten niet alleen blijvende beperkingen hebben van neuropsychologische of motorische aard, maar vaak ook te kampen hebben met comorbiditeit en met verstrekkende gevolgen van psychosociale aard. Hij moet zich ervan bewust zijn dat een eenmalig gesprek met de patiënt voor een goede taxatie van de fysieke, cognitieve, emotionele en gedragsmatige beperkingen niet altijd toereikend is. Goede aanvullende informatie, die in de praktijk getoetst is, kan voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van doorslaggevend belang zijn. Hij moet verder bedenken dat cognitieve en fysieke trainingen het meest succesvol zijn in de concrete arbeidssituatie.

Schijnbaar overwonnen beperkingen kunnen bij re-integratie opnieuw aan de dag treden en nieuwe beperkingen kunnen zich onverwacht openbaren. Ook vermoeidheid kan de functionele mogelijkheden negatief beïnvloeden. Met het oog op de secundaire preventie kan het verder nodig zijn om rekening te houden met factoren in het werk waarvan bekend is dat ze de bloeddruk kunnen verhogen, zoals onregelmatige werktijden, emotionele stress, deadlines, lawaai en zware fysieke inspanning.^{29, 30}

De beperkingen kunnen zich voordoen in alle rubrieken van de Functionele mogelijkhedenlijst. Er kunnen ook beperkingen zijn die niet op de gebruikelijke manier in de Functionele mogelijkhedenlijst kunnen worden weergegeven en die de verzekeringsarts apart moet vermelden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij apraxie en neglect. Ook kunnen er stoornissen zijn, bijvoorbeeld een specifieke aandachtsstoornis, die niet gedekt worden door de definities in de Functionele mogelijkhedenlijst. Ook die zal de verzekeringsarts apart moeten vermelden. Daar komt bij dat er vaak een samenhang is tussen de beperkingen in de verschillende rubrieken. Om al deze redenen zal het vaak nodig zijn de verzekeringsarts te betrekken bij de professionele eindselectie.

6.3 Te verwachten beloop

In de regel is twee jaar na een beroerte geen herstel meer te verwachten van de direct uit de beroerte voortvloeiende stoornissen. Dat neemt niet weg dat zich bij een deel van de patiënten nog veranderingen in de functionele mogelijkheden kunnen voordoen. Sommige patiënten maken een lang aanpassings-

proces door dat na twee jaar nog niet is afgerond. Bepaalde vaardigheden kunnen bovendien ook na die tijd nog worden aangeleerd worden, al moeten de verwachtingen wel realistisch zijn. Anderzijds zijn er patiënten die in een latere fase juist meer vermoeidheidsklachten en klachten van depressieve aard krijgen en geleidelijk slechter gaan functioneren. Ongeveer twintig procent van de patiënten verslechtert nog in de chronische fase. Bij de inschatting van het te verwachten beloop moet rekening worden gehouden met de bekende risicofactoren, het verloop van het herstel tot op heden, de nog te benutten revalidatiemogelijkheden en werk(plek) aanpassingen, relevante comorbiditeit en de samenhang tussen de verschillende ziektebeelden.

Als sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid die voortvloeit uit de directe gevolgen van de beroerte, dan kan in redelijkheid geen herstel verwacht worden. Komt de volledige arbeidsongeschiktheid mede voort uit behandelbare comorbiditeit, dan dient de prognose te worden beoordeeld.

6.4 Behandeling en begeleiding

Als verder herstel van de functionele mogelijkheden, aanpassingen of behandeling van comorbiditeit mogelijk zijn, dan verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleidt en dat de mogelijkheden van voorzieningen of aanpassingen onderzocht worden.

Komt hij tot de conclusie dat de behandel mogelijkheden (waarschijnlijk) onvoldoende benut worden of dat sprake is van niet eerder gediagnosticeerde comorbiditeit, dan overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar (s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Verhoeven S, Beusmans GHMI, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J e.a. NHG-Standaard CVA. Huisarts & Wetenschap 2004; 47(10): 458-467.
- 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Beroerte. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2000.
- 3 Commissie CVA-Revalidatie. Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2001.

4 Van Peppen RPS, Kwakkel G, Harmeling-van der Wel BC, Kollen BJ, Hobbelen JSM, Buurke JH e.a. KNGF-richtlijn Beroerte. Amersfoort: KNGF; 2004.

5 Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHMI, Pleumeekers HJCM e.a. NHG-standaard TIA (eerste herziening). Huisarts & Wetenschap 2004; 47(10): 458-467.

6 Bots ML, Van Dis SJ. Beroerte. Cijfers en feiten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006.

7 Bots ML, Berger-van Sijl M, Jager-Geurts MH, Bos M, Reitsma JB, Breteker MMB e.a. Incidentie van cerebrovasculaire ziekte in Nederland in 2000. In: Jager-Geurts MH, Peters RJG, Van Dis SJ, Bots ML, editors. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2006, cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006: 35-56.

8 van den Berg Jeths A, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Bilthoven: RIVM/SCP; 2004: RIVM 270502001.

9 Leys D. [Ischemic strokes in young adults]. Rev Med Interne 2003; 24(9): 585-593.

10 Milandre L, Brosset C, Habib G, Graziani N, Khalil R. [Cerebral infarction in patients aged 16 to 35 years. Prospective study of 52 cases]. Presse Med 1994; 23(35): 1603-1608.

11 Prevo AJH, Kappelle LJ. CVA. In: Willems JHBM, Croon NHTh, Kolen JW, editors. Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.

12 Kappelle LJ, Adams HP, Jr., Heffner ML, Torner JC, Gomez F, Biller J. Prognosis of young adults with ischemic stroke. A long-term follow-up study assessing recurrent vascular events and functional outcome in the Iowa Registry of Stroke in Young Adults. Stroke 1994; 25(7): 1360-1365.

13 Musolino R, La Spina P, Granata A, Gallitto G, Leggiadro N, Carerj S e.a. Ischaemic stroke in young people: a prospective and long-term follow-up study. Cerebrovasc Dis 2003; 15(1-2): 121-128.

14 Marini C, Totaro R, Carolei A. Long-term prognosis of cerebral ischemia in young adults. National Research Council Study Group on Stroke in the Young. Stroke 1999; 30(11): 2320-2325.

15 Varona JF, Bermejo F, Guerra JM, Molina JA. Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. Study of 272 cases. J Neurol 2004; 251(12): 1507-1514.

16 Van Bennekom CAM, Van Heugten CM. Revalidatie na een beroerte 1: Lange termijn gevolgen. In: Franke C, Limburg M, editors. Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen. Utrecht: De Tijdstroom; 2006: 317-331.

17 Prevo AJH, Dijkman MMTT, Le Fèvre FAM. Stoornissen en beperkingen door een ernstig invaliderend herseninfarct bij opname in een revalidatiecentrum en een halfjaar na de beroerte. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142(12): 637–640.

18 Van Heugten C, Rasquin S, Winkens I, Beusmans GHMI, Verhey F. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA. Signaleringslijst voor zorgverleners. In: Visser-Meily A, Van Heugten C. Zorg voor de mantelzorg. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004:

19 Nederlandse Hartstichting. Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. Hartfalen, coronaire hartziekten en cerebrovasculair accident. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006.

20 Teasell RW, McRae MP, Finestone HM. Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(2): 205–209.

21 van de Port I, Kwakkel G, van W, I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. Stroke 2006; 37(1): 167–171.

22 Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A e.a. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc Dis 1998; 8(5): 296–302.

23 Alfassa S, Ronen R, Ring H, Dynia A, Tamir A, Eldar R. [Quality of life in younger adults (17–49) after first stroke—a two year follow-up]. Harefuah 1997; 133(7–8): 249–54, 336.

24 Rodriguez J, Exposito JA, Salvador J, Ferrand P, Perez JC, del Pino R. [Functional recovery and return to work in the young patient after a stroke]. Neurologia 2004; 19(4): 160–167.

25 Wozniak MA, Kittner SJ, Price TR, Hebel JR, Sloan MA, Gardner JF. Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. Stroke 1999; 30(12): 2568–2573.

26 Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. J Rehabil Med 2003; 35(3): 127–131.

27 Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Return to work after stroke. A follow-up study. Stroke 1995; 26(3): 399–401.

28 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34–44.

29 Tofler GH, Muller JE. Triggering of acute cardiovascular disease and potential preventive strategies. Circulation 2006; 114(17): 1863–1872.

30 Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. Why the workplace and cardiovascular disease? Occup Med 2000; 1(1): 1–6, iii.

Bijlage 9

Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom

– Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.

– Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.

– Waar ‘hij’ en ‘zijn’ staat kan ook ‘zij’ en ‘haar’ gelezen worden.

Het belangrijkste kenmerk van het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) is een ernstige vermoeidheid, die ten minste zes maanden aanwezig is of steeds terugkeert, die betrokkene aanzienlijk beperkt in zijn dagelijks functioneren en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. In veel gevallen is ook sprake van vertraagd herstel na inspanning, verspreide pijnklachten, klachten over de kwaliteit van het geheugen, de concentratie en de slaap. In dit protocol wordt uitgegaan van de definitie van de Amerikaanse Centres for Disease Control uit 1994.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens gaat de verzekeringsarts na:

– Aard en ernst van de klachten en symptomen:

- Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen, voorafgaand aan en aan het begin van het verzuim, en wat was het beloop? (3.5)*

- Wat was de directe aanleiding voor de werknemer om zich ziek te melden?

– Diagnostiek:

- Welke diagnose is bij aanvang van het verzuim gesteld naar aanleiding van de klachten en symptomen? (4.3) Was ook sprake van comorbiditeit? (4.4)

- Is de diagnose gedurende het verzuim geëvalueerd en zo nodig herzien? Zo ja, op welke gronden?

- Heeft overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Zo ja, wanneer?

– Behandeling:

- Is de werknemer verwezen voor behandeling of begeleiding naar tweedelijnszorg? Zo ja, hoeveel weken na het begin van het verzuim en naar wie? (4.5)

- Indien betrokkene verwezen is, is er dan sprake geweest van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor CVS? (4.5)

- Hebben de behandelaren geadviseerd inzake stapsgewijze uitbreiding van

dagelijkse activiteiten en werkzaamheden?

- Heeft de patiënt gebruik gemaakt van alternatieve geneeswijzen en, zo ja, in welke mate en waarom?

– Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:

- Welke verklaring heeft de patiënt zelf voor zijn klachten?

- Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij verwijzing en zijn de behandeladviezen opgevolgd? Heeft de werknemer de behandeling op eigen initiatief voortijdig beëindigd?

- Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (3)

- Was in het werk sprake van bekende factoren die de CVS-klachten kunnen uitlokken, verergeren of in standhouden, zoals acute psychologische stress en emotioneel belastende gebeurtenissen?

- Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?

– Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer: (3)

- Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan of voortbestaan van CVS?

- Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

– Werkhervatting: (5)

- Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?

- Was sprake van verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer over belastbaarheid of diagnose? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?

- Wat hebben werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?

- Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

2 Beoordelingsgesprek

Als de verzekeringsarts weet of kan vermoeden dat er sprake is van een CVS realiseert hij zich dat er bij zowel artsen als patiënten verschillende opvattingen over deze aandoening bestaan, die regelmatig aanleiding zijn voor contro-verses. Dit kan op de communicatie tussen arts en patiënt zijn weerslag hebben. Binnen het kader van het door de verzekeringsarts gehanteerde gespreksmodel creëert hij voldoende ruimte om de verzekerde ook zijn eigen verhaal te laten vertellen.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot een multi-

factoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in eigen werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
 - wat hij (nog) zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
 - belemmeringen van herstel en hervatting in het werk
 - de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- de zorg en hulp die hij ontvangt van anderen, bijvoorbeeld partner, gezinsleden, kennissen, thuiszorg, en wat, volgens betrokkene, hun visie is op de klachten en symptomen
- de door betrokkene ervaren beperkingen, waaronder die van cognitieve aard
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

De verzekeringsarts observeert tijdens het gesprek de cliënt. Indien hij de indruk heeft dat er sprake is van discrepanties tussen de klachten en het geobserveerde gedrag, verdiept hij de anamnese op dit punt en bespreekt hij zijn bevindingen met onderzochte.

3 Medisch onderzoek

Het onderzoek is gericht op:

- Diagnostiek van het CVS (4.2): de verzekeringsarts gaat door middel van eigen anamnestic onderzoek na of de diagnose CVS op de werknemer van toepassing is. Hij weegt af of een lichamelijk onderzoek aangewezen is.
- Differentiële diagnostiek (4.4): de verzekeringsarts stelt door middel van eigen anamnestic onderzoek vast of sprake is van:
 - depressieve stoornis
 - somatisatiestoornis
 - angststoornis
 - overspanning.
- Comorbiditeit (4.4): de comorbiditeit kan zowel somatisch als psychisch van aard zijn. Bij aanwijzingen in de anamnese voor comorbiditeit verricht de verzekeringsarts gericht anamnestic, lichamelijk of aanvullend onderzoek.

4 Overleg met derden

– De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

– Indien de patiënt ten tijde van de beoordeling in behandeling is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij informeert naar de aard van de behandeling, de behandeldoelen en het beloop van het behandelproces.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een expertise in geval van:

- twijfel over de diagnostiek van CVS en comorbiditeit
- gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelings- en re-integratiemogelijkheden.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

– De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over aard en ernst van de aandoening, behandeling en begeleiding. Hij doet dat in de wetenschap dat het bij CVS van belang is dat alle betrokken zorgverleners en de bedrijfsarts eenzelfde beleid voeren en dat werkhervatting een van de doelen is. Hij vormt zich een oordeel over de aanwezigheid van factoren die de klachten in stand kunnen houden en de wijze waarop daarmee rekening is gehouden. (3.4)

– Hij betreft zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwacherttoets.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

Indien de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van CVS, dan betreft hij in zijn overwegingen dat dit een reële en invaliderende aandoening is. Hij realiseert zich dat het CVS weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat op individueel niveau sprake is van grote verschillen, in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan. De beperkingen zijn in het algemeen zowel fysiek als cognitief van aard. Hij betreft zijn observaties en de visie van de cliënt in zijn beoordeling of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met CVS zijn:

- Persoonlijk functioneren:
 - hoog handelingstempo
 - veelvuldige storingen, contacten met verschillende personen tegelijk

- deadlines en productiepieken
- langer durende mentale inspanning
- verhoogd veiligheidsrisico.
- Fysieke belasting:
 - tempodwang
 - energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
 - energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
- Fysieke omgevingseisen:
 - Geluid.
 - Werktijden en verdeling van werkzaamheden en rust:
 - perioden per etmaal
 - uren per dag
 - uren per week
 - overige beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voor CVS-patiënten kan het van belang zijn fysieke en mentale werkzaamheden en rust regelmatig af te wisselen. Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het Schattingsbesluit. In het algemeen zijn er echter wel benutbare mogelijkheden.

3 Te verwachten beloop (6.3)

De prognose van een al langere tijd bestaand CVS is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden.

– Indien CGT voor CVS heeft plaatsgevonden en na twee jaar is nog sprake van volledige arbeidsongeschiktheid, dan is de prognose niet gunstig.

– Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben bij adequate behandeling een relatief goede prognose.

Voorts betreft de verzekeringsarts in zijn beoordeling de instandhoudende factoren (3.4) en de mate waarin deze te beïnvloeden zijn.

Behandeling en begeleiding (6.4)

– Indien betrokkene ten tijde van de beoordeling in CGT voor CVS is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij maakt een inschatting van het verdere beloop en plant een heronderzoek om het herstel te evalueren.

– Indien betrokkene niet in behandeling is, maar er is sprake van een opgaande lijn van herstel, maakt de verzekeringsarts een inschatting van het verdere beloop en plant hij een heronderzoek.

– Indien betrokkene geen opgaande lijn van herstel vertoont of een behandeling volgt waarvan de effectiviteit niet is aangetoond en nog niet met CGT behandeld is, informeert de verzekeringsarts betrokkene over CGT voor CVS. Hij overlegt met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: welke doelen zijn haalbaar,

op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

– Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol

Chronische-vermoeidheidssyndroom

1 Inleiding

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

2.2 Epidemiologie

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

3.2 Predisponerende factoren

3.3 Uitlokkende factoren

3.4 Instandhoudende factoren

3.5 Beloop

4 Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

4.2 Diagnostiek

4.3 De CDC-94 definitie

4.4 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

4.5 Behandeling

5 Werkhervatting

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

6.2 Functionele mogelijkheden

6.3 Te verwachten beloop

6.4 Behandeling en begeleiding

Literatuur

1 Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met CVS. Het behandelt in deel A Onderzoek de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B Beoordeling de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij het Gezondheidsraadadvies Het chronische-vermoeidheidssyndroom, de NHG-standaarden Depressieve stoornis (depressie) en Angststoornissen en de multidisciplinaire richtlijnen Depressie 2005 en Angststoornissen 2003.¹⁻⁵ Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed

begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkherleving, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitvoert, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

CVS wordt gekenmerkt door ernstige vermoeidheid die voordien niet aanwezig was, die met inspanning aanzienlijk in hevigheid toeneemt en niet aanzienlijk vermindert door rust. Als bijkomende klachten kunnen onder andere hoofd-, spier- en gewrichtspijnen, cognitieve problemen (geheugen, concentratie) en slaap- en herstelproblemen aanwezig zijn. De klachten moeten zes maanden of langer bestaan en het dagelijks functioneren aanzienlijk beperken. CVS wordt wel afgeschilderd als een 'moderne' ziekte. Het samenstel van klachten, symptomen en verschijnselen bij deze aandoening is echter al lange tijd onder verschillende namen bekend. Definitie en classificatie van ziekten berusten idealiter op kennis van de oorzakelijke ziektemechanismen. Bij CVS zijn er over het ontstaan van de aandoening slechts hypothesen. Er is geen overeenstemming over het ziektemechanisme. CVS is om die reden geen ziekte in de beperkte biomedische betekenis van het woord, maar voldoet wel aan de definitie die de WHO voor ziekte hanteert, te weten: 'een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicaps'. De onduidelijkheid over aard en oorzaak van de aandoening is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden niet van doorslaggevend belang. Ten behoeve van de duidelijkheid in wetenschappelijk onderzoek en communicatie is een algemeen geaccepteerde casusdefinitie echter van groot belang. In het protocol wordt uitgegaan van de definitie van de Amerikaanse Centres for Disease Control uit 1994 (de CDC-94 definitie), die een groot draagvlak heeft in wetenschappelijke kringen en te beschouwen is als de actuele standaard (zie 4.3). In de praktijk doen zich ook verwante beelden voor en beelden die niet volledig aan de definitie voldoen. Het protocol Chronische-vermoeidheidssyndroom kan ook bij de beoordeling hiervan goede diensten bewijzen.

Voor het classificeren van CVS wordt de CAS-code N690 gebruikt.

2.2 Epidemiologie

Betrouwbare epidemiologische gegevens over CVS zijn schaars. De waargenomen prevalenties hangen onder ande-

re af van de toegepaste definitie, de gebruikte onderzoeksmethode en de onderzochte populatie. De in buitenslands onderzoek gevonden prevalenties in de algemene populatie liggen meestal tussen de 225 en 425 gevallen per 100 000 mensen. In Nederland zijn er vermoedelijk tussen de 30 000 en 40 000 patiënten met CVS. Deze cijfers zijn gebaseerd op extrapolaties van onderzoek onder huisartsen. De schattingen van de incidentie in Nederland lopen uiteen van 2900 tot 9800 nieuwe gevallen per jaar.¹

In de meeste onderzoeken zijn vrouwelijke patiënten in de meerderheid; vaak is hun aandeel driekwart of meer. De leeftijdspecifieke prevalentie is het hoogst tussen de 40 en 49 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de klachten ontstaan, varieert in de diverse onderzoeken tussen 29 en 35 jaar. CVS kan echter ook bij jongeren en bij 65-plussers voorkomen.¹

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Hoewel CVS de afgelopen vijftien jaar vaak onderwerp van studie is geweest, zijn precieze aard en herkomst van de aandoening nog onduidelijk. Onder wetenschappers is wel een breed draagvlak voor de opvatting dat een strikt medisch biologische verklaring niet volstaat en dat een biopsychosociale benadering noodzakelijk is voor een goed begrip van het syndroom. Dat wil zeggen dat biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen in ontstaan en voortbestaan van de aandoening. Goed onderbouwde verklaringsmodellen uit de moderne neurowetenschappen ondersteunen deze gedachtegang. Er zijn aanwijzingen dat op centraal niveau in de hersenen sprake is van een disregulatie van het neuro-endocriene systeem. Daarnaast zijn er steeds meer aanwijzingen voor een neurofunctioneel anatomisch substraat. Functioneel MRI onderzoek laat zien dat bij patiënten met CVS bij de uitvoering van eenvoudige opdrachten andere hersengebieden geactiveerd worden dan bij gezonde mensen.

De biopsychosociale benadering impliceert dat in de pathofysiologie van CVS verschillende factoren een rol spelen. Op grond van het moment waarop zij hun invloed doen gelden wordt onderscheid gemaakt tussen predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren. Predisponerende factoren bepalen de verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen, uitlokkende factoren brengen bij mensen die daar gevoelig voor zijn CVS op gang en instandhoudende factoren houden de klachten in stand en staan herstel in de weg. De gedachte is dat CVS alleen ontstaat als predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren in één persoon samenkomen.^{1,6}

3.2 Predisponerende factoren

– Familiaire factoren. Er zijn aanwijzingen dat CVS familiale aspecten heeft en dat genetische aanleg van belang zou kunnen zijn.¹

– Geslacht. CVS wordt drie tot vier keer zo vaak gezien bij vrouwen als bij mannen.

– Leergeschiedenis. Mensen met traumatische ervaringen in hun jeugd, zoals verwaarlozing, geweld of misbruik, ernstige ziekte van henzelf of naaste familieleden, lijken een grotere kans op CVS te hebben dan anderen.^{1, 7, 8}

– Persoonlijkheid. Er zijn aanwijzingen dat neuroticisme, dwangmatigheid, faalangst, en sub-assertiviteit tot een chronisch verhoogd stressniveau leidt. Dat zou mensen gevoeliger kunnen maken voor CVS. De resultaten van onderzoek naar het belang van de persoonlijkheid voor het ontstaan van CVS laten echter geen eenduidige conclusies toe.^{1, 9}

– Levensstijl. CVS-patiënten maken dikwijls melding van een overactief leven vóór ze CVS kregen, zoals mate-loos (over)werken of excessief sporten. Dit kan samenhangen met de hiervoor genoemde persoonlijkheidsstructuur. De melding van eerdere activiteit komt waarschijnlijk voort uit reële feiten en niet uit een idealisering van de vroegere toestand.¹

– Geringe lichamelijke activiteit. Na het doormaken van de ziekte van Pfeiffer hebben mensen die daarvoor een leven met weinig lichamelijke beweging leidden, meer kans op het ontwikkelen van CVS. Ook is er een aanwijzing dat weinig lichaamsbeweging in de jeugd de kans op CVS op latere leeftijd vergroot.¹

3.3 Uitlokkende factoren

– Acute fysieke stress. Ernstige verwondingen, langdurige slaapproblemen, een zware operatieve ingreep of een zwangerschap en bevalling kunnen aan CVS voorafgaan. Driekwart van de patiënten geeft aan dat de klachten met een infectie zijn begonnen. Om die reden is hier veel onderzoek naar gedaan, met de volgende bevindingen:¹

• Ziekte van Pfeiffer. Alleen voor deze infectie is een causaal verband aangetoond met een langer dan zes maanden durende vermoeidheid. In aansluiting aan de ziekte van Pfeiffer ontwikkelt ongeveer tien tot twintig procent van de patiënten CVS. Virusactiviteit en afweerreactie tegen het virus van mensen die wel en mensen die geen CVS ontwikkelen, verschillen niet aantoonbaar.

• Alledaagse infecties (luchtweginfecties, griep). Veel patiënten geven aan dat de klachten begonnen na een luchtweginfectie (verkoudheid, griep) of een darminfectie. Op groepsniveau kon echter geen relatie worden aangetoond tussen deze infecties en de kans op het ontwikkelen van CVS.

• Andere infecties. Na hepatitis C, Q-koorts en ziekte van Lyme wordt een relatief hoog percentage CVS waargenomen; vergelijkbaar met dat na de ziekte van Pfeiffer.

– Acute psychologische stress. Ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het sterven van een dierbare of verlating door een partner, kunnen CVS uitlokken. Hetzelfde geldt voor andere, al of niet aan arbeid gerelateerde, emotioneel belastende gebeurtenissen of situaties, zoals het gevoel niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen van anderen. De CVS-achtige klachten na rampen en oorlogshandelingen moeten wellicht ook in dit licht bezien worden.¹

3.4 Instandhoudende factoren

– Fysieke inactiviteit. Bewegingsarmoede levert waarschijnlijk een belangrijke bijdrage aan de instandhouding van de klachten. Voor CVS na de ziekte van Pfeiffer is dit aangetoond.¹

– Periodieke overactiviteit. Sommige CVS-patiënten zijn geneigd, zodra ze zich goed voelen, te veel te ondernemen met als gevolg toename van de vermoeidheid, toenemend malaisegevoel en pijn, en herstelproblemen.¹

– Somatische attributie. Veel CVS-patiënten schrijven hun klachten toe aan strikt lichamelijke oorzaken. Somatische attributies kunnen leiden tot vermindering van lichamelijke activiteit en tot frequent doktersbezoek. Het idee dat men zelf geen invloed kan uitoefenen op de klachten, houdt deze in stand.¹

– Verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties. Fysiologische signalen die men normaal negeert, kunnen onder stresserende omstandigheden leiden tot een verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties, waardoor deze als bedreigend ervaren worden. Deze bedreigende ervaring kan leiden tot een verheving van de vermoeidheidsklachten en tot gedrag dat beperkingen instandhoudt.¹ Het is echter niet zo dat de patiënten zich hun klachten inbeelden of dat zij hun klachten hierdoor bewust instandhouden. Voor de patiënt zelf is de waarneming een realiteit.

– Gedrag van hulpverleners. Er zijn aanwijzingen dat de benadering van de patiënt door artsen en andere zorgverleners, van invloed is op het instandhouden van CVS. Eenzijdige gerichtheid op somatische aspecten, bijvoorbeeld het overdreven vaak doen van lichamenlij onderzoek, of op psychologische aspecten, bijvoorbeeld het steeds weer onderstrepen van psychologische oorzaken, kan ertoe leiden dat patiënten zich niet (h)erkend voelen.¹ Onbegrip en ongelooft van de arts kunnen ertoe leiden dat een patiënt zich min of meer gedwongen voelt om te bewijzen dat hij ziek is. Door zijn klachten en beperkingen te accentueren versterkt hij echter de scepsis van de arts, met als gevolg een toenemend falende communicatie.

– Sociale factoren. Mensen in de omgeving van de patiënt kunnen zijn rol als zieke versterken door ziektegedrag en niet-functionele opvattingen te bevestigen.¹ Anderzijds kan de patiënt die in zijn omgeving op weerstand en onbegrip stuit, gedemoraliseerd raken en opstandig worden, hetgeen het ziektegedrag kan versterken.

Afgezien van bovengenoemde factoren kan de wijze waarop de werknemer zijn werksituatie en de relatie tussen zijn werk en zijn gezondheid percipieert, een rol spelen. Enkele percepties die herstel en werkhervatting kunnen belemmeren zijn:

- fysieke of mentale veeleisendheid van het werk
- ‘stress’ op het werk
- ontevredenheid over het werk
- een ervaren gebrek aan sociale steun op het werk, moeilijke verhoudingen met collega’s en leidinggevend
- toeschrijven van CVS aan een oorzaak in het werk, bijvoorbeeld aan overgevoeligheid voor of schadelijkheid van bepaalde stoffen.

3.5 Beloop

3.5.1 Moeheidsklachten

Vermoeidheid is een universeel en alledaags verschijnsel.¹⁰⁻¹² Huisartsen en bedrijfsartsen zien veel patiënten met moeheidsklachten. Slechts in een gering percentage zijn deze klachten de voorbode van CVS. Als er bij aanvang van de vermoeidheidsklachten geen specifieke aanknopingspunten voor een oorzaak zijn, is het gerechtvaardigd om de eerste maand een afwachtende houding aan te nemen en om leefadviezen met een algemeen karakter te geven.

Bij aanhoudende moeheid, tot zes maanden, ligt het accent op het uitsluiten van een specifieke oorzaak. Begeleiding is in dit stadium echter ook van belang. Voorlichting over de noodzaak om lichamenlij actief te blijven, zonder overbelasting, kan mogelijk chroniteit voorkomen. Slechts een klein deel van de patiënten met aanhoudende moeheid zal CVS ontwikkelen en ook de mensen die langer dan zes maanden moeheidsklachten hebben, voldoen lang niet allemaal aan de criteria voor CVS.

3.5.2 CVS

Het natuurlijk beloop van CVS in ons land is onderzocht bij drie groepen patiënten met verschillende klachtenduur. De observatietijden lopen vrij sterk uiteen, van zestien maanden tot ruim acht jaar. Verbetering wordt gesignaleerd bij twintig tot veertig procent van de patiënten. Bij 55 tot 80 procent blijft de toestand gelijk of treedt verdere verslechtering op. Minder dan tien procent van de patiënten herstelt spontaan zo ver dat ze weer functioneren als vroeger.¹ De kans op spontaan

herstel na twee jaar is zeer gering. In andere landen zijn vergelijkbare getallen gevonden.¹¹

4 Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

In het protocol wordt ervan uitgegaan dat ook bij een beoordeling na twee jaar ziekteverzuim niet in alle gevallen de diagnose CVS al gesteld is, terwijl wel sprake kan zijn van CVS. De reden hiervoor kan zijn dat sprake is van overschaduwende comorbiditeit of dat de klachten en symptomen aan andere somatische of psychische oorzaken worden toegeschreven.¹³ Ook kan CVS ontstaan in een periode van arbeidsongeschiktheid die door een andere ziekte is veroorzaakt. Als de bedrijfsarts zijn oorspronkelijke diagnose niet evalueert en zonodig bijstelt, kan ook de verzekeringsarts op het verkeerde been gezet worden. Anderzijds dient de verzekeringsarts rekening te houden met de mogelijkheid dat de diagnose CVS ten onrechte gesteld is.

Als de verzekeringsarts weet of kan vermoeden dat er sprake is van CVS realiseert hij zich dat, zowel bij artsen als patiënten, verschillende opvattingen over dit syndroom bestaan die regelmatig aanleiding zijn voor controverses en dat dit zijn weerslag kan hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. Sommige artsen hebben weerstand tegen het stellen van de diagnose, ook uit vrees dat de diagnose een self-fulfilling prophecy wordt. CVS-patiënten hebben vaak een uitgesproken opvatting over de oorzaak van hun klachten en over de wijze waarop zij daar het beste mee om kunnen gaan. Het verschil in attributie van de klachten tussen de arts en betrokkene, bijvoorbeeld 'lichamelijk onverklaard' versus 'als gevolg van een infectie', kunnen een bron van onenigheid of irritatie vormen. In het slechtste geval kan dat leiden tot een situatie waarin arts en patiënt elkaar proberen te overtuigen van het gelijk van het eigen standpunt.^{1, 11, 14, 15}

Neuropsychologisch onderzoek en methoden die beogen de functionele capaciteiten te meten zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij CVS van weinig waarde.^{1, 16}

Twee typen patiënten

Globaal kunnen twee typen patiënten onderscheiden worden. Ten eerste zijn er de relatief overactieve of fluctuerend actieve patiënten. Dit zijn patiënten die vaak lichamelijk actief zijn of die periodiek actief zijn gedurende de dagen dat zij relatief weinig klachten hebben en die vervolgens een terugslag ervaren. Dit type patiënten kan de verzekeringsarts makkelijk op het verkeerde been zetten omdat hun gedrag ogenschijnlijk inconsistent is. Zij rapporteren goede en slechte dagen en/of vertellen dat zij na

hun werkzaamheden nergens meer toe in staat zijn en naast hun werk een beperkt sociaal leven te leiden. De patiënten die alleenstaand zijn, of veel zorg aan anderen moeten geven, bijvoorbeeld alleenstaande moeders, kunnen ook makkelijk de indruk wekken dat zij tot meer in staat zijn dan zij zeggen. Zij blijven die activiteiten verrichten die ondanks de klachten en beperkingen in hun omstandigheid noodzakelijk en niet te vermijden zijn. Voor de duidelijkheid dient vermeld te worden, dat het lichamelijke activiteitsniveau van deze patiënten gemiddeld lager is dan dat van gezonden en waarschijnlijk ook lager dan in de tijd voordat zij klachten kregen. Een ongecontroleerde, of gedwongen uitbreiding van lichamelijke activiteiten zal de klachten verergeren. Het tweede type is dat van de laagactieve of passieve patiënten. Deze patiënten ondernemen door hun angst voor verergering van hun klachten zo weinig mogelijk. In potentie zijn hier meer mogelijkheden aanwezig. Voor deze groep is een geleidelijke uitbreiding van activiteiten wel zinvol. In veel gevallen is een professionele therapeutische begeleiding hiervoor noodzakelijk. De praktijk leert dat het overgrote deel van de patiënten tot de relatief overactieve of fluctuerend actieve groep behoort. Het onderscheid is van belang voor zowel de behandeling en begeleiding als voor het inschatten van de belastbaarheid.

4.2 Diagnostiek

Anamnese

De kwaliteit van het onderzoek is voor een belangrijk deel afhankelijk van de gespreksvaardigheid en een respectvolle houding van de arts. Hij vraagt niet uitsluitend naar klachten, symptomen en beperkingen, maar laat de verzekeringsarts realiseren zich dat symptomen zeer divers van aard en ernst kunnen zijn, dat patiënten goede en slechte dagen kunnen hebben en dat er een grote variatie is in de wijze waarop zij met hun klachten en beperkingen omgaan. Het aantal symptomen dat de patiënt noemt, wordt sterk bepaald door de gesprekstechniek van de arts en is geen criterium voor de ernst van de stoornis. Als een patiënt concentratie- en geheugenstoornissen heeft, dan kunnen deze tijdens het gesprek vaak niet waargenomen worden. De beperkingen die hier het gevolg van zijn, kunnen wel tot uiting komen bij langdurige belasting en in andere situaties, waaronder het werk. Als de verzekeringsarts tijdens het onderzoek op grond van zijn waarnemingen van mening is dat er discrepanties of inconsistenties zijn in het gedrag of het verhaal van onderzochte, verdiept hij de anamnese op dit punt en bespreekt hij zijn bevinding met de cliënt.

Lichamelijk onderzoek

Het al dan niet doen van gericht of algemeen lichamelijk onderzoek moet gebaseerd zijn op een afweging van de voor- en nadelen bij de patiënt in kwestie. De verzekeringsarts betreft bij zijn afweging dat lichamelijk onderzoek:

- de afstand tussen arts en patiënt kan verkleinen
- kan bijdragen aan het gevoel van de patiënt dat zijn problematiek serieus onderzocht wordt
- zinvol kan zijn om een specifieke lichamelijke oorzaak uit te sluiten, met name bij een korte ziekte duur
- somatische attributie kan versterken.

Zoeken naar spieratrofie en het laten verrichten van inspanning door de patiënt is niet zinvol bij CVS. Als bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden worden, dan is dat geen grond voor uitspraken die opgevat kunnen worden als: 'Er is niets aan de hand'.

4.3 De CDC-94 definitie

De Amerikaanse Centres for Disease Control definieerden CVS in 1994 als volgt:

- Minstens 6 maanden aanhoudende of steeds terugkerende vermoeidheid waarvoor geen lichamelijke verklaring is gevonden en die
 - nieuw is, dat wil zeggen niet levenslang aanwezig
 - niet het gevolg is van voortdurende inspanning
 - nauwelijks verbetert met rust
 - het functioneren ernstig beperkt.
- In combinatie met vier of meer van de volgende symptomen, gedurende zes maanden aanhoudend of regelmatig terugkerend en die er niet waren vóór de vermoeidheid begon:
 - zelfgerapporteerde verslechtering van geheugen of concentratievermogen
 - keelpijn
 - gevoelige hals- of okselklieren
 - spierpijn
 - gewrichtspijnen
 - hoofdpijn
 - niet-verfrissende slaap
 - na inspanning gevoel van uitputting (malaise) gedurende 24 uur of langer.
- Exclusiecriteria:
 - een andere aandoening of ziekte die de vermoeidheid (vermoedelijk) verklaart
 - een psychotische of bipolaire depressie (een depressieve episode is geen exclusiecriteria)
 - dementie
 - anorexia of bulimia nervosa
 - actueel alcoholmisbruik of gebruik van drugs
 - ernstig overgewicht.

Anorexia of boulimia nervosa waarvan de betrokkene langer dan vijf jaar hersteld is en misbruik van alcohol of drugs dat twee jaar of langer geleden gestopt

is, gelden niet als exclusiecriteria. Van ernstig overgewicht is sprake bij een BMI groter dan 40.

In wetenschappelijk onderzoek wordt de CDC-94 definitie over het algemeen als de standaard beschouwd. In het individuele geval kan ook sprake zijn van CVS als de klachten en symptomen niet geheel overeenkomen met deze criteria. Het belangrijkste kenmerk van CVS is een ernstige vermoeidheid, die tenminste zes maanden aanwezig is of steeds terugkeert, die betrokkene aanzienlijk beperkt in zijn dagelijks functioneren en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. In veel gevallen is daarnaast sprake van vertraagd herstel na inspanning, verspreide pijnklachten, klachten over de kwaliteit van het geheugen, de concentratie en de slaap, en een overgevoeligheid voor (hard) geluid. Ook genoemd worden problemen met temperatuurregeling, overgevoeligheid voor licht of geuren, allergieën en klachten als duizeligheid en misselijkheid.

4.4 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

In de praktijk is er een grote overlap tussen CVS en fibromyalgie. Bij CVS staat vermoeidheid op de voorgrond, bij fibromyalgie de pijn.

Comorbiditeit in de vorm van psychische stoornissen of somatische aandoeningen sluit de diagnose CVS niet uit, maar maakt het stellen van de diagnose wel moeilijker. Bekend is dat tien tot dertig procent van de CVS-patiënten gelijktijdig een depressieve stoornis heeft. Bij vijftig tot dertig procent van de CVS-patiënten is sprake van somatische comorbiditeit. De vraag die zich in het individuele geval voordoet is: zijn de gevonden chronische vermoeidheidsklachten secundair aan een chronische ziekte, of heeft de patiënt tevens CVS? Duidelijk is: de aanwezigheid van een andere ziekte beschermt niet tegen CVS en CVS beschermt niet tegen comorbiditeit.

Een viertal psychiatrische diagnoses die niet alleen van belang zijn voor differentiële diagnostiek, maar ook voor het vaststellen of uitsluiten van comorbiditeit, wordt in deze paragraaf kort besproken.

4.4.1 Depressieve stoornis

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door twee kernsymptomen – depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier in bijna alle activiteiten (verlies van levenslust) – en zeven aanvullende symptomen. Bij depressie is vermoeidheid vaak een prominent aanwezig symptoom. Bruikbare vragen om op de kernsymptomen te screenen zijn:

- bent u somber, depressief, is uw stemming bedrukt?

– bent u uw interesse of plezier kwijt in (bijna) alles wat u doet?

Als kernsymptomen van een depressieve episode gelden deze symptomen alleen als ze tenminste twee aaneengesloten weken aanwezig zijn, het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Voor de diagnostiek van de depressieve stoornis wordt verder verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis.

Een depressieve of gedrukte stemming als reactie op bijvoorbeeld CVS hoeft nog niet te betekenen dat er ook sprake is van een depressie. Voor de differentiële diagnostiek is van belang dat in een depressieve episode het zelfvertrouwen en het zelfbeeld zijn aangetast.

Bij een depressieve stoornis die gepaard gaat met vermoeidheid blijft de diagnose depressieve stoornis (depressieve episode) behouden. Omgekeerd kan CVS wel gecompliceerd worden door een depressieve episode. In dat geval wordt de diagnose depressieve episode als comorbiditeit toegevoegd.

4.4.2 Somatiestoornis

Een somatisatiestoornis wordt gekenmerkt door:¹⁷

- een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste jaar en een aantal jaren aanwezig, die geleid hebben tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren
- tenminste acht lichamelijke klachten in vier verschillende domeinen, te weten pijnklachten, gastro-intestinale symptomen, seksuele symptomen en pseudo-neurologische symptomen
- een onvoldoende verklaring bij adequaat medisch onderzoek.

Bij een somatisatiestoornis zoeken mensen veelvuldig medische hulp met telkens nieuwe, niet te verklaren symptomen.

4.4.3 Angststoornissen

Het herkennen van angststoornissen is moeilijk. Veel patiënten spreken, al of niet uit schaamte, niet spontaan over hun angst(en), maar presenteren vaak wisselende, onderling niet samenhangende klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, slaapstoornissen, lichamelijke klachten waaronder vermoeidheid. Voor de differentiële diagnose met CVS zijn de volgende angststoornissen het meest van belang: paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis.⁷

De verzekeringsarts die een angststoornis vermoedt, moet daar gericht naar vragen. Bruikbare vragen zijn: voelt u

zich angstig, heeft u onbestemde angstgevoelens, maakt u zich veel zorgen, heeft u wel eens paniekgevoelens?

Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen.

4.4.4 Overspanning

Diagnostische kenmerken van dit beeld zijn:

- ernstige distress-klachten: gevoelens van onmacht en demoralisatie
- niet in staat zijn normaal te functioneren; de patiënt heeft belangrijke (delen van) sociale rollen laten vallen
- er is een relatie met stress die het gevolg is van een belasting die de belastbaarheid overstijgt
- afgezien van spanningsklachten en eerdere overspanning, is er in de regel een voorgeschiedenis van normaal functioneren
- het beeld is niet toe te schrijven aan directe fysiologische effecten van een middel of van een somatische aandoening, aan rouw of aan een psychiatrische stoornis (anders dan een aanpassingsstoornis).

Bij overspanning worden de klachten ook door de patiënt in eerste instantie psychologisch geduid. Bij CVS staan de lichamelijke klachten meer op de voorgrond. Desondanks is er in de symptomatologie een grote overlap. Beide categorieën patiënten kunnen de oorzaak van hun klachten bijvoorbeeld ook aan de arbeidsomstandigheden toeschrijven of aan andere situaties die als stresserend ervaren worden.

Voor nadere informatie over de diagnostiek, behandeling en prognose van overspanning wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning.

4.5 Behandeling

4.5.1 Algemeen

De arts-patiënt relatie is niet alleen van invloed op het diagnostische proces, maar ook op het verloop van CVS. Zowel het instrumentele handelen, als het affectief handelen van de arts bepaalt mede het beloop. Artsen dienen respect te hebben voor de opvattingen en de betekenisverlening van de patiënt en diens lijden te erkennen. Dat betekent: het verhaal van de patiënt centraal stellen, hem serieus nemen, actief luisteren en uitleg geven over de diverse kanten van vermoeidheid.^{1, 11, 14}

Een gezamenlijk perspectief is een voorwaarde voor effectieve samenwerking tussen arts en patiënt. Het perspectief is herstel van autonomie en, als autonomie niet bereikbaar is, verlichting van het lijden. Tekortschietende communicatievaardigheden van artsen en stellige opvattingen van patiënten en

hun organisaties over de etiologie en de behandeling kunnen dat gezamenlijke perspectief in de weg staan. Dit streven naar een gezamenlijk perspectief sluit een kritische en professionele houding van de arts ten aanzien van de oorzaak van de klachten en de effectiviteit van behandelingen niet uit.

Uitgangspunt bij de behandeling is niet rust, maar (geleidelijk) herstel van het functioneren op een haalbaar niveau. Rust zonder meer kan een eventuele neiging van de patiënt versterken om situaties te vermijden die hij als problematisch, of als de oorzaak van zijn klachten ervaart. Op die manier worden de stoornis en het proces van maatschappelijke marginalisatie in stand gehouden. Met deelname aan sociale activiteiten, waaronder werkhervatting, moet dan ook niet gewacht worden tot de patiënt volledig klachtenvrij is.¹ Tot nu toe is alleen cognitieve gedragstherapie (CGT) met een speciaal voor CVS-patiënten ontwikkeld behandelprotocol bij een selecte groep patiënten aantoonbaar effectief gebleken.^{6, 18, 18} Andere vormen van behandeling, zoals pacing zijn in onderzoek, maar eensluitende resultaten zijn nog niet bekend. De effectiviteit van voedingssupplementen, teunisbloemolie, magnesiuminjecties en antidepressiva is onvoldoende onderzocht. Immunotherapie en langdurig rusten zijn niet werkzaam. Langdurig rusten houdt de vermoeidheid en bijkomende symptomen in stand houdt of verergert deze.

Een groot percentage patiënten met CVS consulteert of stelt zich (ook) onder behandeling van een alternatieve genezer.

4.5.2 Cognitieve gedragstherapie voor CVS-patiënten

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een vorm van psychotherapie die ten doel heeft veranderingen aan te brengen in cognities en gedragingen van patiënten. Wil CGT bij CVS succesvol zijn, dan moet de deelname vrijwillig zijn. De volgende elementen maken altijd deel uit van CGT voor CVS:

- instructies/adviezen ten aanzien van het slaap-waakritme,
- een programma voor de opbouw van lichamelijke activiteiten, bijvoorbeeld lopen of fietsen, waarbij rekening is gehouden met het onderscheid tussen de twee typen patiënten: de relatief overactieve of fluctuerend actieve en de laagactieve patiënten
- cognitieve herstructurering
- evaluatie van de behandelresultaten: de ernst van vermoeidheid en beperkingen dienen door middel van vragenlijsten bij aanvang en einde van de behandeling te worden vastgesteld.

Van de behandelaar wordt verwacht dat hij het model van instandhoudende factoren hanteert, dat hij (aspirant) lid is

van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapie (VGCT) en dat hij verschillende CVS-patiënten in behandeling heeft. In de praktijk worden ook andere vormen van CGT dan CGT voor CVS toegepast. Deze blijken minder effectief of de effectiviteit is nog niet onderzocht.

CGT voor CVS is gericht op herstel. Dit houdt onder andere in dat er volgens de CDC-94 criteria geen sprake meer is van CVS en dat de vermoeidheidsklachten na de therapie niet meer afwijkend zijn van normaalwaarden. Werkhervatting is een van de behandeldoelen. Herstel impliceert niet in alle gevallen dat de patiënt weer tot het oude activiteitsniveau terugkeert of zijn werkzaamheden weer volledig op het oude niveau hervat. De behandeling duurt zelden langer dan zes tot acht maanden, de follow-up niet meegerekend.

Van alle patiënten die actief en op vrijwillige basis aan de therapie deelnemen meldt ongeveer zeventig procent na de behandeling geen klachten meer te hebben of aanzienlijk minder klachten dan voor de behandeling. Bij ongeveer dertig procent heeft de behandeling geen effect.¹ Het behandelresultaat blijkt duurzaam te zijn en is na vijf jaar nog aantoonbaar. Verslechtering van de gezondheidstoestand door CGT is nooit aangetoond. Er is geen relatie gevonden tussen de duur van de klachten vóórdat met de behandeling begonnen werd en de resultaten van de behandeling. Met andere woorden: de behandeling is ook voor patiënten die al lange tijd klachten hebben in de meeste gevallen succesvol. De behandeling is intensief en vraagt veel van de patiënt. Als patiënten geen baat hebben bij de CGT of voortijdig stoppen, dan is dat in veel gevallen niet het gevolg van een verwijtbaar gebrek aan medewerking. CGT is niet voor elke patiënt een optie. Patiënten die in een beroepsprocedure verwickeld zijn, komen pas na afloop hiervan voor de behandeling in aanmerking.

Een reëel probleem is de beperkte beschikbaarheid van de specifiek op CVS gerichte CGT.

Omdat heterogeniteit door comorbiditeit bij CVS-patiënten niet volledig is uit te sluiten, dient de behandelaar aanvullende vormen van behandeling en begeleiding te overwegen.^{11, 16, 19, 20}

5 Werkhervatting

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat adequate advisering gedurende de eerste twee ziektejaren van een werknemer bij wie na verloop van tijd de diagnose CVS wordt gesteld, lastig kan zijn. De aard van de klachten, de somatische attributies en andere cognities, het onvoorspelbare beloop van de vermoeidheid, de moeilijke differentiële diagnostiek en diagnostiek van comorbiditeit en de kwaliteit van de relatie met betrokkene spelen daarbij een rol.

Bij een werknemer die al langere tijd vermoeidheidsklachten heeft voordat hij zich ziek meldt en bij wie voldoende onderzoek naar de mogelijke oorzaak is gedaan, zullen advisering en begeleiding anders verlopen dan bij een werknemer die zich kort na het ontstaan van zijn vermoeidheidsklachten ziek meldt. Weer anders verloopt de begeleiding van een werknemer bij wie de vermoeidheidsklachten pas in de loop van de arbeidsgeschiedenis ontstaan. In het eerste geval kan de diagnose CVS al in een vroeg stadium bekend zijn en kan de begeleiding daarop worden afgestemd. In het laatste geval zal de diagnose pas na een zorgvuldige evaluatie gesteld kunnen worden.

Als de diagnose CVS met voldoende zekerheid gesteld is, zijn zowel de beoordeling van de functionele mogelijkheden als de beoordeling van onderhoudende en herstelbelemmerende factoren van belang. Uitgangspunt bij de begeleiding is dat activiteiten in veel gevallen mogelijk zijn. De wenselijke verdeling van activiteiten en rust moet individueel bepaald te worden.¹⁴ Voor veel CVS-patiënten is het belangrijk om tijdens de werkzaamheden regelmatig rustpauzes in te lassen. Een volledige werkdag is dan niet altijd mogelijk. Een aantal werknemers zal, als gevolg van de ernst van hun klachten en beperkingen, het werk in het geheel niet kunnen hervatten.

Uit onderzoek is gebleken dat bij werknemers met CVS die in eigen of ander werk re-integreerden, in 77 procent van de gevallen aanpassingen nodig waren.¹³ Het ging om de volgende aanpassingen:

- vermindering van het aantal gewerkte uren per week
- afstand doen van een leidinggevende functie
- toename van beeldschermwerkzaamheden
- verruiming van regelmogelijkheden
- verlaging kwantitatieve taakeisen
- toename van sociale steun.

De patiënten die werkten meldden vaak dat zij, wanneer ze hun energie moesten verdelen tussen werk enerzijds en privé en sociaal leven anderzijds, prioriteit gaven aan hun werk. Een deel van hen was na het werk zo vermoeid dat ze tot andere activiteiten niet meer in staat waren.

De praktijk leert ook dat afwisseling van fysieke en mentale inspanning een gunstige invloed kan hebben. Patiënten kunnen soms herstellen van mentale inspanning door het verrichten van lichte fysieke taken of door een stukje te gaan lopen. Verruiming van regelmogelijkheden kan daardoor gunstig zijn voor behoud van werk en werkhervatting.

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij het CVS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de stoornis, de behandeling en de begeleiding. Hij doet dat in de wetenschap dat de mogelijkheid om werkzaamheden te kunnen verrichten in een groot aantal gevallen aanwezig is. Hij realiseert zich dat richtlijnen voor de behandeling van CVS ontbreken en dat de aangetoonde effectieve behandelingen beperkt beschikbaar zijn, maar dat het van belang is dat alle betrokken zorgverleners en de bedrijfsarts eenzelfde beleid voeren en dat daarbij werkherwinning een van de doelen dient te zijn. Hij vormt zich een oordeel over de aanwezigheid van factoren die de klachten in stand kunnen houden en de wijze waarop daarmee rekening is gehouden. Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

De verzekeringsarts betreft de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.²¹

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van een werknemer met CVS geeft het protocol de verzekeringsarts houvast door, aansluitend bij het Gezondheidsraadadvies over CVS, vast te stellen dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is of, in de woorden van de minister van VWS in een brief aan de Tweede kamer: 'een weliswaar onverklaarde, maar toch ernstige aandoening [...], die serieus genomen moet worden'.²²

Omdat CVS een aandoening is die, per definitie, het functioneren ernstig beperkt (zie 4.3), is de vaststelling dat inderdaad van CVS sprake is, voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van groot belang. De verzekeringsarts realiseert zich dat het CVS weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat er op individueel niveau grote verschillen zijn, in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan. De beperkingen zijn in het algemeen zowel fysiek als cognitief

van aard. Hij betreft zijn observaties en de visie van de cliënt in zijn beoordeling of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

Neuropsychologisch onderzoek en methoden die beogen de functionele capaciteiten te meten zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij CVS van weinig waarde.^{1,16}

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met CVS zijn:

- Persoonlijk functioneren:
- hoog handelingstempo
- veelvuldige storingen, contacten met verschillende personen tegelijk
- deadlines en productiepieken
- langer durende mentale inspanning
- verhoogd veiligheidsrisico.
- Fysieke belasting:
- tempodwang
- energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
- energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
- Fysieke omgevingseisen:
- geluid.
- Werktijden en verdeling van werkzaamheden en rust:
- perioden per etmaal
- uren per dag
- uren per week
- overige beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voor CVS-patiënten kan het van belang zijn fysieke en mentale werkzaamheden en rust regelmatig af te wisselen.

Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het Schattingsbesluit. In het algemeen zijn er echter wel benutbare mogelijkheden.

6.3 Te verwachten beloop

De prognose van een al langere tijd bestaand CVS is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden:

- Indien CGT voor CVS heeft plaatsgevonden en na twee jaar is nog sprake van volledige arbeidsongeschiktheid, dan is de prognose niet gunstig.
- Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben bij adequate behandeling een relatief goede prognose.

Voorts betreft de verzekeringsarts in zijn beoordeling de instandhoudende factoren (3.4) en de mate waarin deze te beïnvloeden zijn.

6.4 Behandeling en begeleiding

Indien betrokkene ten tijde van de beoordeling in CGT voor CVS is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij maakt een inschatting van het

verdere beloop en plant een heronderzoek om het herstel te evalueren. Ook als de betrokkene niet in behandeling is, maar een opgaande lijn van herstel vertoont, plant de verzekeringsarts een heronderzoek op grond van het verwachte verdere beloop.

Indien betrokkene geen opgaande lijn van herstel vertoont of een behandeling volgt waarvan de effectiviteit niet is aangetoond en nog niet met CGT behandeld is, informeert de verzekeringsarts betrokkene over CGT voor CVS. Hij overlegt met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken? Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Het chronische vermoeidheidssyndroom. De Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/ 02.
- 2 van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, van Gelderen M, e.a. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 614–633.
- 3 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). Huisarts Wet 2004; 47: 26–37.
- 4 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
- 5 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2003. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- 6 Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. Lancet 2006; 367: 346–355.
- 7 Heim C, Wagner D, Maloney E, Papanicolaou DA, Solomon L, Jones JF e.a. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 1258–1266.
- 8 Van Houdenhove B, Neerinx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P e.a. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. Psychosomatics 2001; 42: 21–28.

9 Luyten P, van Houdenhove B, Cosyns N, van den Broeck A-L. Are patients with chronic fatigue syndrom perfectionistic-or were they? A case-control study. *Personality and Individual Differences* 2007; in press.

10 Sharpe M, Wilks D. ABC of psychological medicine: Fatigue. *BMJ* 2002; 325: 480-483.

11 Working Group of the Royal Australasian College of Physicians. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines--2002. *Med J Aust* 2002; 176 Suppl: S17-S56.

12 Cardol M, Bensing J, Verhaak P, De Bakker D. Moehheid: determinanten, beloop en zorg. Utrecht: NIVEL; 2005.

13 Blatter B, van den Berg R, van Putten D. ME/CVS en werk. Hoofddorp: TNO Arbeid; 2003.

14 CFS/ME Working Group. Report to the Chief Medical Officer of an Independent Working Group. 2002. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4064840, 15-06-2006.

15 Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. Wat gaat er mis bij de (her) keuring van mensen met ME/ CVS? Groningen: Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid; 2006.

16 Pardaens K, Haagdoorens L, Van Wambeke P, Van den BA, Van Houdenhove B. How relevant are exercise capacity measures for evaluating treatment effects in chronic fatigue syndrome? Results from a prospective, multidisciplinary outcome study. *Clin Rehabil* 2006; 20: 56-66.

17 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

18 Chambers D, Bagnall AM, Hempel S, Forbes C. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review. *J R Soc Med* 2006; 99: 506-520.

19 van Houdenhove B. What is the aim of cognitive behaviour therapy in patients with chronic fatigue syndrom? *Psychother Psychosom* 2006; 75: 396-397.

20 Jonker K, van Hemert AM. Behandeling van patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 2067-2068.

21 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie- spanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.

22 Hoogervorst JF. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de Voorzitter van de Tweede

Kamer der Staten Generaal. Den Haag, 9 juni 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 800, XVI, nr. 180.

Bijlage 10

Verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.

- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.

- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

Het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is het klinisch beeld dat wordt gekenmerkt door uitstralende pijn in het been of de bil, in het verzorgingsgebied van een of meer van de lumbosacrale zenuwwortels, al dan niet gepaard gaand met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). Het LRS gaat vaak samen met lage rugpijn. Dit is echter niet kenmerkend: de beenklachten staan op de voorgrond. Het beloop is in het algemeen gunstig.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens tracht de verzekeringsarts te achterhalen waarom herstel en werkhervatting gestagneerd zijn. Hij gaat na:

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:

- Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- Diagnostiek: (4.1)*
- Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld en door wie?
- Is er overeenstemming over de diagnose(n) tussen de betrokken disciplines?
- Is de werknemer bij onvoldoende herstel na zes tot acht weken door de huisarts naar een neuroloog verwezen?
- Heeft nadere diagnostiek plaatsgevonden, zoals beeldvormend onderzoek?
- Is sprake van comorbiditeit?
- Behandeling: (4.3)
- Welke behandeling(en) heeft (hebben) plaatsgevonden?
- Heeft de cliënt voldoende en juiste voorlichting gekregen over de aandoening, het te verwachten beloop en de mogelijke behandeling?
- Zijn in de loop der tijd tegenstrijdige (behandel)adviezen gegeven? Zo ja, hoe is hierop gereageerd door de betrokkenen?
- Indien operatieve behandeling heeft plaatsgevonden: wat was de indicatie?

- Heeft de werknemer na de operatie deelgenomen aan een oefenprogramma?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
- Kon de cliënt zich verenigen met de behandeladviezen?
- Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij verwijzing en zijn de behandeladviezen opgevolgd?
- Heeft de werknemer zelf (herhaald) aangedrongen op medisch-technisch onderzoek of operatieve behandeling zonder dat hiervoor een medische indicatie was?
- Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
- Was in het werk sprake van factoren die het LRS kunnen doen toenemen of instandhouden, zoals tillen en dragen van lasten, veelvuldig buigen of draaien van de romp of lichaamstrillingen?
- Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
- Is sprake van factoren bij de werknemer zelf of in diens omgeving die de re-integratie bemoeilijken?
- Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Werkhervatting:
- Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
- Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
- Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
- Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

2 Beoordelingsgesprek

Als de verzekeringsarts weet dat er sprake is of is geweest van een LRS, realiseert hij zich dat de prognose van de uitstralende pijn in het been in het algemeen goed is. Paresen en gevoelstoornissen kunnen echter blijven bestaan. Een vertraagde re-integratie kan veroorzaakt worden door de resterende verschijnselen van het LRS, maar ook door de bijkomende lage rugpijn of door andere, bijvoorbeeld psychische of sociale, factoren.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:

- zijn mogelijkheden en beperkingen in werk en persoonlijk en sociaal functioneren
- de oorzaken van de klachten en van het uitblijven van herstel en (volledige) werkhervatting
- de mate waarin bewegen en belasten zijn gezondheid schaden
- wat hij nog zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- de betekenis van betaalde arbeid in zijn levensplan
- de lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- de actuele herstelbelemmerende factoren in privé, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek (4)

Het medisch onderzoek bestaat uit anamnese en lichamelijk onderzoek en is gericht op:

- het toetsen en zo nodig zelf stellen van de juiste diagnose(n), inclusief comorbiditeit
- het bepalen van de ernst van de klachten en stoornissen.
- De verzekeringsarts is alert op:
 - lokalisatie van de pijn: wel of niet volgens een dermatomaal patroon?
 - de aanwezigheid en ernst van paresthesieën
 - houdingsafhankelijkheid van de pijnklachten
 - (psychische) comorbiditeit.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt onderzoek door derden in geval van:

- gefundeerde twijfel over de diagnostiek, met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor de beoordeling van de belastbaarheid en de prognose
- gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelingsmogelijkheden.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces.
- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

Twee jaar na het ontstaan van een LRS, waarbij geen comorbiditeit is aangetoond, zullen beperkingen van de functionele mogelijkheden vooral voortkomen uit de resterende neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen, te weten sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies en de blijvende gevolgen van een cauda-syndroom (defecatie- en mictiestoornissen). Rugklachten die het functioneren beperken en die niet aanwijsbaar het gevolg zijn van een specifieke oorzaak dienen beschouwd te worden als specifieke lage rugpijn.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met een LRS zijn:

- aanpassing aan fysieke omgevingseisen
- trillingsbelasting
- dynamische handelingen
- getordeerd buigen en tillen
- lopen, trappenlopen en klimmen
- statische houdingen
- geknield of gehurkt actief zijn
- zitten
- staan tijdens het werk
- gebogen en/of getordeerd actief zijn
- sociaal functioneren
- specifieke voorwaarden in verband met mictie- en defecatiestoornissen.

Paresthesieën kunnen leiden tot beperkingen voor specifieke vormen van arbeid, bijvoorbeeld autorijden.

Beperkingen die niet of niet alleen het gevolg zijn van neurologische stoornissen, kunnen voortkomen uit comorbiditeit, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zoals chronische specifieke lage rugpijn.

3 Te verwachten beloop (6.3)

- De prognose van langer bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen is ongunstig.
- Voor de prognose van specifieke lage rugpijn na twee jaar ziekteverzuim wordt verwezen naar het desbetreffende protocol.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

– Als sprake is van reeds lang bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen, gaat de verzekeringsarts na of de functionele mogelijkheden door voorzieningen en aanpassingen nog kunnen verbeteren en overlegt en adviseert hij dienaangaande.

– Wanneer (volledige) re-integratie is uitgebleven door andere oorzaken dan de neurologische stoornissen van het LRS, bijvoorbeeld door een chronisch pijnsyndroom, specifieke lage rugpijn of door andere comorbiditeit, overlegt de verzekeringsarts met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie en zijn actuele onderzoeksbevindingen.

– Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom

1 Inleiding

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

2.2 Epidemiologie

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

3.2 Risicofactoren

3.3 Beloop

4 Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

4.2 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

4.3 Behandeling

5 Werkhervatting

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

6.2 Functionele mogelijkheden

6.3 Te verwachten beloop

6.4 Behandeling en begeleiding

Literatuur

1 Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met het LRS. Het behandelt in deel A Onderzoek de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B Beoordeling de vier beoordelingsstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met LRS, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom, het Gezondheidsraadadvies Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom, de Consensus Het lumbosacrale radiculair syndroom van het CBO, de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten van de NVAB, de NHG-Standaard Aspecifieke lage rugpijn, de multidisciplinaire Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het verzekeringsgeneeskundig protocol Aspecifieke lage rugpijn.¹⁻⁷ De herziening van de Consensus Het lumbosacraal radiculair

syndroom uit 1995, die thans gaande is, zal mogelijk aanleiding kunnen geven tot aanpassingen van het protocol. Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Lumbosacraal radiculair syndroom geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkherwinning, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitvoert, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

2 De aandoening

2.1 Kenmerken

Het LRS is het klinisch beeld dat wordt gekenmerkt door uitstralende pijn in het been of de bil, in het verzorgingsgebied van een of meer van de lumbosacrale zenuwwortels, al dan niet gepaard gaand met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesiën) en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). De uitvalsverschijnselen (sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies, reflexafwijkingen of mictiestoornissen) worden toegeschreven aan compressie en/of tractie van de geïrriteerde wortel.

Eén van de vormen die het LRS kan aannemen is het cauda equinasyndroom of, kortweg, caudasyndroom. Het caudasyndroom ontstaat door motorische of sensibele uitval in meer dan één segment vanaf S1 ('rijbroek-anesthetie') en kan gepaard gaan met incontinentie voor urine of feces.

Het LRS dient onderscheiden te worden van andere klinische beelden waarbij de pijn niet radiculair van aard is, dat wil zeggen: niet uitstraalt in het verzorgingsgebied van een of meer zenuwwortels. Wanneer de pijn niet duidelijk uitstraalt in een of meer dermatomen, kan de diagnose LRS alleen gesteld worden als er sprake is van duidelijke tekenen van prikkeling van de aangedane zenuwwortel(s) (positieve test van Lasègue) of neurologische uitvalsverschijnselen.

Een LRS wordt meestal veroorzaakt door een discushernia (hernia nucleii pulposi (HNP)), door een vernauwing van het wervelkanaal (kanaal- of spinale stenose) of van een zenuwwortelkanaal (laterale stenose) of door een combinatie hiervan. Zeldzame oorzaken van het LRS zijn spondylolisthesis, inzakkingsfractuur, goed- en kwaadaardige tumoren en ontsteking van de zenuwwortel (radiculitis), zoals die kan voorkomen bij diabetes mellitus, herpes zoster, lues en de ziekte van Lyme. Het LRS ten gevolge van deze zeldzame oorzaken komt in het protocol en deze toelichting alleen ter sprake waar het gaat over diagnostiek. Daarbij is het uitgangspunt

dat de diagnostiek van deze zeldzame oorzaken niet tot de competentie van de verzekeringsarts behoort. Voor het overige is het protocol geheel gewijd aan het LRS als gevolg van een HNP of vernauwingen in en rond het wervelkanaal. Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie van LRS wordt gebruik gemaakt van de volgende CAS-code: L621 Hernia lage rug (HNP L4-L5/L5-S1).

2.2 Epidemiologie

Over de frequentie van nieuwe gevallen van LRS in de huisartsenpraktijk in Nederland zijn geen betrouwbare gegevens bekend. De incidentie van de door de huisarts gestelde diagnose 'lage rugpijn met uitstraling' is negen per duizend patiënten per jaar. Hierbij gaat het waarschijnlijk bij een (onbekend) deel van de gevallen om niet-radiculaire pijn en niet om het LRS.¹ Bij mannen wordt de diagnose 'lage rugpijn met uitstraling' bijna even vaak gesteld als bij vrouwen. De incidentie neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie van 45 tot 64 jaar, namelijk zestien per duizend patiënten per jaar. Na het 65e levensjaar ligt de incidentie rond de elf per duizend personen per jaar. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is vijftien per duizend patiënten en vertoont dezelfde trend naar leeftijd als de incidentie.

In 2004 werd bij 2,7 procent van de instroom in de WAO, dat wil zeggen in 1 359 gevallen, 'Hernia lage rug' als eerste diagnose genoemd.*

* Deze cijfers van het UWV betreffen 85 procent (50.071 personen) van de totale WAO-instroom, namelijk de totale instroom met uitzondering van overheidssectoren en agrarische sectoren.

3 Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Op het eerste gezicht lijkt het LRS een eenvoudig mechanisch probleem: compressie van een zenuwwortel door discushernia of kanaalvernauwing geeft aanleiding tot uitstralende pijn, die soms gepaard gaat met motorische en sensibele uitvalsverschijnselen. De echte pathogenese is echter ingewikkelder en nog niet geheel opgehelderd. Tractie aan een intacte zenuwwortel veroorzaakt paresthesiën, maar geen radiculaire pijn. Pijn is alleen op te wekken door tractie of compressie van een reeds uitgerekte, gecompriëerde of gezwollen wortel.² Uit beeldvormend onderzoek tijdens de fase van radiculaire prikkeling én na herstel (spontaan of na operatie) blijkt dat de omvang van de hernia vaak niet waarneembaar afgenomen is. Kennelijk kan de irritatie van de zenuwwortel afnemen, terwijl de mechanische omstandigheden rond de wortel nauwelijks veranderen. Bij gezonde mensen,

zonder LRS en zonder rugklachten, worden met MRI-onderzoek in een aanzienlijk percentage – in de verschillende onderzoeken variërend van twintig tot ruim vijftig procent – verschillende soorten discusafwijkingen gevonden, uiteenlopend van protrusie tot hernatie. Ook blijkt dat een discushernia slechts bij ongeveer een derde van de geopereerde patiënten de enige oorzaak is voor de uitstralende pijn. Het gaat vaak om wisselende combinaties van een discushernia, spondylartrose, facetgewrichtshypertrofie en verdikking van het ligamentum flavum. Bij een vernauwd wervelkanaal kan een kleine discusprotrusie al voldoende zijn om een symptomatische wortelcompressie te veroorzaken.

3.2 Risicofactoren

Niet beïnvloedbare risicofactoren voor het ontstaan van het LRS zijn leeftijd en lichaamslengte.² De incidentie van het LRS stijgt tot het 65e jaar en neemt nadien weer af. Bij vrouwen is een lichaamslengte van meer dan 169 centimeter een risicofactor, bij mannen een lengte van meer dan 180 centimeter. Tot de beïnvloedbare risicofactoren behoren sommige vormen van fysieke belasting.^{2, 4} In verschillende onderzoeken is een relatief hoge incidentie van LRS gevonden bij werknemers in ongeschoolde beroepen en in beroepen met zwaar lichamelijk werk. Frequent tillen van zware lasten is een risicofactor, vooral als het gepaard gaat met draaiing van de romp. Frequent vooroverbuigen in combinatie met een draaiing van het lichaam lijkt eveneens de kans op een LRS te verhogen. Er is ook een positief verband gevonden tussen LRS en het rijden op een tractor of langdurig autorijden. De huidige kennis is echter nog te beperkt om duidelijke richtlijnen voor preventie van het LRS te kunnen formuleren.

De bevindingen omtrent mannelijk geslacht, lichamelijke conditie en roken als mogelijke risicofactoren voor het ontstaan van het LRS zijn niet eenduidig.

3.3 Beloop

Goed onderzoek in de algemene bevolking of in de huisartsenpraktijk naar het natuurlijk beloop van het LRS en naar de factoren die dit beloop beïnvloeden, is schaars. Geschat wordt dat zestig procent van de patiënten na drie maanden in werk of vrije tijd geen beperkingen meer ervaart. Naar schatting vijf procent van de patiënten ontwikkelt een progressieve uitval.²

Hoewel het natuurlijk beloop van de prikkelings- en uitvalsverschijnselen bij het LRS in het algemeen gunstig is, blijven bij een klein deel van de patiënten restverschijnselen bestaan. De prognose van deze langer bestaande prikkelings- en neurologische uitvalsverschijnselen is ongunstig.

Patiënten met LRS hebben een grotere dan normale kans om naast of na het LRS chronische specifieke lage rugpijn te ontwikkelen. Deze rugklachten dienen niet als onderdeel of restverschijnsel van het LRS beschouwd te worden, maar als een aparte klacht.

Een van de mogelijke verklaringen voor het ontstaan van chronische specifieke lage rugpijn bij LRS is dat angst voor invaliditeit of onherstelbare beschadiging van de rug patiënten in een vicieuze cirkel van inactiviteit en rugklachten kan brengen. Deze verklaring is echter nog niet door onderzoek bij LRS-patiënten onderbouwd. Een andere mogelijke verklaring is dat zich als gevolg van langer aanhoudende radiculaire pijn overgevoeligheid van het zenuwstelsel voor prikkeling (sensitisatie) ontstaat, zodat zich een chronisch pijnsyndroom ontwikkelt.⁸

4 Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

In de eerste lijn wordt de diagnose LRS op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek gesteld. De huisarts zal de diagnose in het algemeen aan de hand van de kenmerkende symptomen al in een vroeg stadium stellen. Dat neemt niet weg dat de verzekeringarts in de diagnostiek een belangrijke rol kan spelen. De diagnose kan gemist zijn, of de aandoening die aanvankelijk op goede gronden was gediagnosticeerd, kan in de loop van de tijd evolueren, zodat een nieuwe beoordeling gewenst is. Ook kan het LRS ontstaan in de loop van arbeidsverzuim dat door een andere ziekte veroorzaakt werd.

4.1.1 Anamnese

Het LRS wordt gekenmerkt door radiculaire pijn, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). Typere voor de meest voorkomende radiculaire pijn is dat deze uitstraalt in één been. De pijn is scherp (stekend, prikkend) van karakter. Ook kunnen er klachten zijn van dove, gevoelloze of koude plekken en tintelingen, of van krachtsverlies in voetheffers of kuiten. De radiculaire pijn is vaak houdingsafhankelijk en de patiënt kan de plaats van de pijn meestal goed aangeven. De lokalisatie van de radiculaire pijn verschilt per aangedane zenuwwortel (uitstraling volgens dermatomaal patroon):

– L4: frontolateraal bovenbeen en knie, anteromediaal onderbeen naar mediale malleolus en binnenzijde voet en grote teen

– L5: posterolaterale zijde van de heup, via laterale zijde knie naar scheenbeen en boven- en onderzijde mediale deel voet, inclusief eerste tot en met vierde teen

– S1: gluteaalstreek, via dorsale zijde bovenbeen naar dorsolaterale zijde onderbeen en boven- en onderzijde laterale voetrand, inclusief kleine teen.*

* Een illustratie van de dermatomen is onder meer te vinden in de richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten* van de NVAB.⁴ In negentig procent van de gevallen zijn de wortels van L5 of S1 aangedaan en straalt de pijn uit tot onder de knie. Indien de uitstralende pijn beperkt blijft tot gluteaalstreek, bovenbeen of lies kan er sprake zijn van een hooglumbaal radiculair syndroom (L1 tot en met L4). Belangrijk is dat rugpijn, indien aanwezig, niet op de voorgrond staat: de rugpijn wordt overvleugeld door pijn in het been. In het meest typische geval verergert de pijn in het been bij hoesten, niezen of persen. Toename van de pijn in de rug bij hoesten, niezen of persen heeft voor het LRS geen diagnostische betekenis. Incontinentie voor urine of feces is een ernstig symptoom, maar komt zelden voor.

Wanneer het LRS veroorzaakt wordt door een wervelkanaalstenose of een recessus-lateralisstenose is er vaak sprake van een afwijkend klachtenpatroon en van een afwijkend beloop. Dit komt het meest voor bij mensen boven de 50 jaar, waarbij de vernauwing een gevolg is van degeneratieve veranderingen van de wervelkolom. Het meest kenmerkende klachtenpatroon is dat van de neurogene claudicatio. Tijdens het lopen ontstaan dan proximaal beginnende pijn en soms neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen in beide benen. De klachten verminderen niet bij stilstaan, zoals bij perifeer arteriële vaat-aandoeningen, maar bij het aannemen van een houding waarbij de lumbale wervelkolom geflecteerd wordt (zitten, voorovergebogen staan, hurken en fietsen). Het klachtenbeloop is meestal intermitterend. De uitstralende pijn volgt vaak een dermatomaal patroon, maar is in het algemeen minder heftig dan bij een discushernia. Bij onderzoek is de proef van Lasègue vaak negatief.

Bij de diagnostiek van het LRS zullen huisarts en bedrijfsarts alert zijn op zeldzame, soms ernstige oorzaken van de symptomen. Signalen daarvoor zijn onder andere: begin van de klachten boven het vijftigste levensjaar, uitgebreide neurologische verschijnselen, algemene malaise, maligniteit in de voorgeschiedenis en onverklaard gewichtsverlies. Bij het vermoeden van een ernstige of zeldzame oorzaak van het LRS zal de huisarts naar een neuroloog verwijzen.

4.1.2 Lichamelijk onderzoek, beeldvormend onderzoek en verwijzing

Bij het lichamelijk onderzoek wordt nagegaan of de pijn een kenmerkend dermatomaal patroon volgt. Het belang-

rijkste deel van het lichamelijk onderzoek is de proef van Lasègue.* Als anamnestic sprake is van krachtsverlies of sensibiliteitsstoornissen kan hiernaar onderzoek worden gedaan. De kracht kan getest worden door het lopen op de hakken of de tenen en het testen van de kracht bij extensie van de grote teen tegen weerstand. De kniepeesreflex kan verlaagd zijn bij prikkeling van de wortel L4, de achillespeesreflex bij het radiculair syndroom S1. Compressie van de wortel van L5 leidt niet tot verlaagde reflexen. De diagnostische waarde van het onderzoek naar reflexen en sensibiliteit is in de praktijk beperkt. Aanvullend, met name beeldvormend, onderzoek wordt alleen aangeraden als er een vermoeden is van een van de meer zeldzame oorzaken van het LRS, zoals een maligniteit. Aanvullend onderzoek is het terrein van de specialist.

* Proef van Lasègue: De patiënt ligt op de rug en houdt het aangedane been passief, terwijl de onderzoeker het optilt, met vermijding van rotatie, ab- en adductie in de heup. De proef is positief als deze manoeuvre binnen een bepaalde hoek die het gestrekte been met de ondergrond maakt, gepaard gaat met (een verergering van) de uitstralende pijn tot onder de knie. Hoe kleiner de hoek waarbij de patiënt de pijn aangeeft, hoe groter de kans op een LRS. De grenswaarde ligt ongeveer bij 60 à 70 graden.

4.2 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

4.2.1 Niet radiculair uitstralende pijn

Bij niet-radiculaire uitstralende pijn, of referred pijn, verloopt de uitstraling niet volgens het verzorgingsgebied van een of meer ruggenmergwortels. Kenmerken van niet-radiculaire uitstralende pijn zijn: uitstraling vaker in beide benen, niet volgens dermatomaal patroon maar diffuus over liezen, heupen, gluteaalstreek en achterzijde bovenbeen, niet voorbij de knie, dof en de patiënt kan de plaats van de pijn niet goed aangeven. Bij niet-radiculair uitstralende pijn kan bijvoorbeeld sprake zijn van:

- specifieke lage rugpijn
- tumoren
- ontstekingsprocessen
- coxartrose
- klachten uitgaande van het sacroiliacaal gewricht
- bursitis trochanterica.

Er kan ook sprake zijn van comorbiditeit van een van de hiervoor genoemde aandoeningen en het LRS ten gevolge van een andere oorzaak.

4.2.2 Perifeer vaatlijden

Pijn in een of beide benen bij lopen kan ook optreden als gevolg van perifeer arteriële aandoeningen (vasculaire clau-

dicatio). Een belangrijk verschil met de neurogene claudicatio is het verdwijnen van de pijn bij stilstaan. Andere kenmerken van vasculaire claudicatio zijn: de pijn begint distaal en in het algemeen na een vaste loopafstand, arteriële pulsaties zijn afwezig of zwak.

4.3 Behandeling

Uitgangspunt van de behandeling van het LRS in de eerste lijn is dat het natuurlijke beloop in het algemeen gunstig is. Voorlichting, begeleiding en pijnstilling zijn vaak voldoende.^{9,10} De huisarts verwijst met spoed naar een neurochirurg bij een vermoeden van een cauda-equina-syndroom, bij een acuut ontstane ernstige parese en bij een in de loop van enkele dagen progressieve parese.¹

4.3.1 Voorlichting en begeleiding

Adequate informatie en vertrouwen in de begeleiding kunnen de angst en onzekerheid wegnemen en de pijn doen afnemen. Angst en onzekerheid (distress) zijn belangrijke oorzaken van het chronisch worden van klachten en beperkingen. De patiënt wordt geïnformeerd over de waarschijnlijke oorzaak van zijn klachten en over het natuurlijke beloop. De voorlichting behelst ook dat na het verdwijnen van de radicaire pijn uitvalsverschijnselen en tegelijkertijd aanwezige rugklachten nog geruime tijd kunnen blijven bestaan. In de acute fase wordt de patiënt geadviseerd om zoveel als de klachten toelaten te blijven bewegen en dagelijkse activiteiten te blijven verrichten. Bedrust wordt niet geadviseerd omdat dit het genezingsproces niet versnelt, maar als de klachten door bedrust duidelijk minder worden, kan de patiënt daar de eerste weken wel gedoseerd gebruik van maken. De activiteiten worden zo spoedig mogelijk stapsgewijs uitgebreid, op geleide van de pijn en de stoornissen. Als de patiënt een meer intensieve en activerende begeleiding nodig heeft, kan hij hiervoor naar een fysiotherapeut verwezen worden. Er zijn geen aanwijzingen dat één specifieke behandeling de voorkeur verdient.⁹ Bij een wervelkanaalstenose zijn adviezen en behandeling gericht op het aanpassen van houding, staan en lopen, hetgeen beperkingen in het werk kan geven.¹

Pijnbestrijding bij het LRS is erop gericht de patiënt zijn dagelijkse activiteiten te laten hervatten dan wel uitbreiden. Omtrent de effectiviteit van pijnmedicatie bij het LRS bestaat nog onduidelijkheid. De pijn kan soms zo ernstig zijn, dat ook morfine onvoldoende verlichting geeft. In dat geval zal de huisarts verwijzen voor vaststelling van de indicatie tot operatie.

Na de acute fase worden de activiteiten in zes tot twaalf weken tijdcontingent uitgebreid tot het oude niveau. Onvol-

doende vooruitgang na zes tot acht weken is een reden om te verwijzen met de vraag of er een operatie-indicatie is.

4.3.2 Chirurgische behandeling

De NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom adviseert de huisarts om naar een neuroloog (bij voorkeur), neurochirurg, of orthopedisch chirurg te verwijzen voor het vaststellen van een operatie-indicatie als er sprake is van onbeheersbare radicaire pijn en als na zes tot acht weken ondanks conservatieve behandeling de pijn en hinder onvoldoende zijn afgenomen. Bij operatie zijn vermindering van de pijn en behoud of herstel van het dagelijks functioneren belangrijke behandeldoelen. Het is niet aangetoond dat de prognose van een parese door operatief ingrijpen verbetert. Om die reden is een ernstige of progressieve parese een relatieve indicatie voor operatie. Een absolute indicatie voor operatie is er bij een cauda equina-syndroom.

Het resultaat van de chirurgische behandeling ten aanzien van de radicaire pijnklachten is in het algemeen goed. De aanvankelijke verschillen tussen geopereerde en conservatief behandelde patiënten verdwijnen echter in de loop van vier tot tien jaar.¹¹ Het wegnemen van rugpijn is geen doel van de operatie.

5 Werkhervatting

Het beleid van zowel huisarts als bedrijfsarts zal bij een LRS, als er geen indicatie voor verwijzing is, in het algemeen gericht zijn op een stapsgewijze uitbreiding van activiteiten. Het is niet nodig om met werkherfating te wachten tot de klachten zijn verdwenen. In de beginfase kunnen de pijnklachten wel zo ernstig zijn dat dit de werkherfating belemmert. Als de vooruitgang goed is, kunnen de fysieke activiteiten in zes tot twaalf weken worden uitgebreid tot het oude niveau.

Indien een patiënt met een LRS verwezen is, dient bij de advisering ten aanzien van werkherfating rekening gehouden te worden met de diagnostiek en behandeling in de tweede lijn. Uitgangspunt is dat ook na een chirurgische interventie al snel begonnen kan worden met het opbouwen van activiteiten. Er is geen reden om werkherfating na een operatie langdurig uit te stellen.^{4, 12} Oefen- of revalidatieprogramma's na de operatie kunnen herstel en werkherfating bevorderen. Er zijn geen aanwijzingen dat een specifieke behandeling de voorkeur verdient. Intensieve oefeningen zijn niet schadelijk voor het herstel en heroperaties komen hierbij niet vaker voor dan bij minder intensieve reactivering. Rekening houdend met de stoornissen en beperkingen, mogen na een operatie op termijn alle werkzaamheden weer verricht worden. Begeleiding door een (bedrijfs)fysiotherapeut kan in voorkomende gevallen een goede ondersteu-

ning bieden, met het oog op zowel de geleidelijke uitbreiding van activiteiten als de noodzakelijke aanpassingen. Patiënten met lichte restverschijnselen kunnen soms toch aanzienlijke beperkingen houden voor specifieke werkzaamheden, terwijl deze stoornissen gemakkelijk over het hoofd gezien kunnen worden.¹³ Lichte paresthesen of sensibele stoornissen manifesteren zich niet aan het begin van de dag of als de patiënt op de dag van het onderzoek geen belastend werk heeft gedaan, maar wel in de loop van de dag of na belasting, bijvoorbeeld na langere tijd staan of autorijden.

Voor de re-integratie is het van belang dat de werkzaamheden (tijdelijk) worden aangepast en dat de werkgever de werknemer de gelegenheid geeft om geleidelijk terug te keren. Uitbreiding van de werkzaamheden kan tijdcontingent plaatsvinden. Bij stagnatie van herstel en werkherfating moet, behalve met specifieke oorzaken, rekening gehouden worden met de mogelijkheid van een (beginnend) chronisch pijnsyndroom. Voor zover chronische specifieke lage rugpijn een rol speelt, zij verwezen naar het desbetreffende protocol.⁷

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met het LRS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een langdurig bestaand LRS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de oorzaken van de stagnatie in het herstelproces, in de wetenschap dat bij een adequate begeleiding de overgrote meerderheid van deze werknemers binnen drie maanden weer aan het werk is en dat ook operatieve behandeling een spoedige werkherfating in het algemeen niet in de weg staat.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.¹⁴

Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

De meeste patiënten zullen twee jaar na het ontstaan van een LRS hiervoor niet meer intensief behandeld of begeleid worden. In de loop der tijd kunnen zij

inadequate voorstellingen ontwikkeld hebben omtrent hun klachten en stoornissen, bijvoorbeeld dat bewegen en belasten schadelijk is of dat een restparese en sensibiliteitsstoornissen symptomen zijn van een actief LRS. Hierdoor kunnen naast fysieke beperkingen ook beperkingen zijn ontstaan op het gebied van het persoonlijk en sociaal functioneren

De verzekeringsarts is alert op inconsistenties in de anamnese, bijvoorbeeld wisselende lokalisaties of niet-dermatomale uitstraling van de pijn en een constante niet bewegings- of houdingsafhankelijke pijn, en op aanwijzingen dat de werknemer nog steeds zoekt naar een medische oplossing voor een blijvende stoornis.

Als er na twee jaar alleen sprake is van een LRS, zonder comorbiditeit, dan zullen beperkingen van de functionele mogelijkheden vooral voortkomen uit de resterende neurologische prikkelings- en uitvalsverschijnselen, te weten sensibiliteitsstoornissen, krachtverlies en de eventuele blijvende defecatie- en mictiestoornissen ten gevolge van een cauda equinasyndroom.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een werknemer met een LRS zijn:

- aanpassing aan fysieke omgevingseisen
- trillingsbelasting
- dynamische handelingen
- getordeerd buigen en tillen
- lopen, trappenlopen en klimmen
- statische houdingen
- geknield of gehurkt actief zijn
- zitten
- staan tijdens het werk
- gebogen en/of getordeerd actief zijn
- sociaal functioneren
- specifieke voorwaarden in verband met mictie- en defecatiestoornissen.

Paresen kunnen leiden tot beperkingen voor specifieke vormen van arbeid, bijvoorbeeld autorijden.

Beperkingen die niet of niet alleen het gevolg zijn van neurologische stoornissen, kunnen voortkomen uit comorbiditeit, bijvoorbeeld een chronisch pijnsyndroom, zoals chronische specifieke lage rugpijn.

6.3 Te verwachten beloop

Twee jaar na het begin van het LRS valt geen neurologisch herstel meer te verwachten. In de praktijk blijkt soms nog wel enig functieherstel op te treden.

Waarschijnlijk is dan sprake van compensatie van de stoornis door functies die intact gebleven zijn.

6.4 Behandeling en begeleiding

Specifieke behandelingen gericht op herstel van neurologische stoornissen die twee jaar na het begin van het LRS nog bestaan, zijn niet voorhanden. Dat neemt niet weg dat er mogelijkheden kunnen zijn om de functionele mogelijk-

heden te verbeteren, bijvoorbeeld voorzietingen en aanpassingen. Als dat het geval is overlegt de verzekeringsarts dienaangaande.

Als (volledige) re-integratie is uitgebleven door andere oorzaken dan de neurologische stoornissen van het LRS, bijvoorbeeld door een chronisch pijnsyndroom, specifieke lage rugpijn of andere comorbiditeit, overlegt de verzekeringsarts met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie en zijn actuele onderzoeksbevindingen.

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

1 Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo RW, Spinnenwijn WEM e.a. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom, eerste herziening. Huisarts Wet 2005; 48: 171–178.

2 Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 1999: 1999/18.

3 Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Consensus Het lumbosacrale radiculair syndroom. Resultaat van een consensusbijeenkomst, gehouden op vrijdag 9 juni 1995 te Utrecht. Utrecht: CBO; 1995.

4 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. Utrecht: NVAB; 2006.

5 Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, e.a. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn, eerste herziening. Huisarts Wet 2005; 48: 113–123.

6 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2003.

7 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspecifieke lage rugpijn. Hartinfarct. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/15.

8 Snijders TJ, Ramsey NF, van Gijn J. [Functional imaging of the brain in the investigation of chronic unexplained pain]. Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151(8): 461–465.

9 Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, Van Os TAG, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome. A systematic review. In: Luijsterburg, PAJ. Evidence based handelen bij het lumbosacraal radiculair syndroom [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2006.

10 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2004; (4): CD001254.

11 Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the maine lumbar spine study. Spine 2005; 30(8): 927–935.

12 Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G, Kerckhoffs MR, Leffers P, van Tulder MW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2): CD003007.

13 Braakman R, Blaauw G, Gelpke GJ, Singh R, Slebus F. Effect van operatie op neurologische uitval door een lumbosacraal radiculair syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 2619–2623.

14 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen.

Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34–44.

Toelichting

Zoals in de toelichting bij de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten (hierna: de regeling) is gesteld, zullen verzekeringsgeneeskundige protocollen succesievelijk worden opgesteld en gepubliceerd. Er is sprake van een groeimodel. Nadat ik een door de Gezondheidsraad vastgesteld protocol heb ontvangen, zal het protocol via een wijziging van de regeling worden gepubliceerd. Ook wordt dan, door wijziging van artikel 3, eerste lid, van de regeling bepaald voor welke diagnose dat protocol wordt gebruikt en met ingang van welke datum.

Op 15 maart 2007 heeft de Gezondheidsraad drie nieuwe protocollen gepubliceerd, namelijk over angststoornissen, beroerte en borstkanker, en op 12 april 2007 over chronische vermoeidheidssyndroom en lumbosacraal radiculair syndroom. Deze vijf protocollen worden via deze aanpassing van de regeling als bijlage 6 tot en met 10 toegevoegd aan de regeling. Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen zal deze protocollen gebruiken bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vanaf 1 oktober 2007, 1 januari 2009, respectievelijk 1 maart 2008. Anders dan bij de oorspronkelijke regeling was bepaald, is de periode tussen publicatie van deze regeling en de datum van effectivering langer dan vier weken. De reden hiervoor is dat UWV een uitgebreid implementatietraject heeft opgesteld,

waarin de verzekeringsartsen opgeleid worden. Voor deze opleiding is meer tijd nodig.

*De Minister van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid,
J.P.H. Donner.*