
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Schizofrenie en verwante psychosen
Chronische schouderklachten

23 april 2008
Utrecht

Voorwoord

Er bestaat een brede behoefte om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen met kennis en onderzoek. Een constatering die ook door de Raad voor Gezondheidsonderzoek is gedaan in 2004. Daarom heeft de Gezondheidsraad, op verzoek van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een eerste 10-tal protocollen samengesteld, voor de 10 meest voorkomende diagnoses bij personen die een WAO-uitkering verkregen. Deze protocollen zijn enerzijds gebaseerd op evidence based kennis en expertise die in recente professionele richtlijnen zijn vervat, anderzijds op de deskundigheid van de commissieleden. Ieder protocol bevat een omschrijving van de aandoening, prognose, diagnosestelling en behandeling gekoppeld aan de beoordeling van functionele mogelijkheden en werkhervatting. Zo bieden ze een handreiking voor de claimbeoordeling aan de verzekeringsarts.

De NVVG heeft, gezien de inhoud en de reacties uit het veld, op zich genomen deze werkwijze verder te continueren en te verfijnen. Deze uitwerking is door het VerzekeringsGeneeskundig Instituut (VGI) deskundig ter hand genomen. Het VGI is nauw gelieerd aan de NVVG en is een stichting die de ontwikkeling en verspreiding van verzekeringsgeneeskundige kennis tot doel heeft. Deze ontwikkeling werd mogelijk gemaakt dankzij subsidie van het Ministerie van SZW. Velen hebben zich daarbij ingezet, waaronder bedrijfs- en verzekeringsartsen en deskundigen op betreffende vakgebieden, waarvoor onze dank.

Er zijn in 2008 zes protocollen gereed gekomen over schizofrenie en verwante psychoses, chronische schouderklachten, COPD, artrose van heup en knie, chronisch hartfalen en reumatoïde artritis. In dit boekje vindt u twee van deze zes protocollen, het bestuur beveelt ze graag in uw warme aandacht aan. Dit in de wetenschap dat een protocol een dynamisch geheel is dat op termijn aanpassing behoeft en waar uw reacties op van invloed zijn.

Wij hebben de stellige overtuiging dat deze publicaties een ondersteuning bieden bij uw werkuitoefening.

Fred van Duijn,
voorzitter NVVG

Inhoud

Voorwoord 3

Verzekeringsgeneeskundig protocol Schizofrenie en verwante psychosen 7

A Onderzoek 9

B Beoordeling 14

Toelichting Verzekeringsgeneeskundig protocol Schizofrenie en verwante psychosen 19

1 Inleiding 21

2 De aandoening 23

3 Risicofactoren en beloop 27

4 Diagnose en behandeling 39

5 Arbeidintegratie 49

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 61

Bijlagen

A Literatuur 69

B De commissie en commentaarronde 77

C Verantwoording 81

D Bijlagen specifiek:

1. Psychiatrische diagnostiek 83

2. Neurocognitief functioneren 85

- 3. Coping 87
- 4. Antipsychotica en bijwerkingen 89

Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten 91

- A Onderzoek 92
- B Beoordeling 95

Toelichting Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten 97

- 1 Inleiding 99
- 2 De aandoening 101
- 3 Ontstaan, risicofactoren en beloop 105
- 4 Diagnose en behandeling 107
- 5 Werkhervatting 113
- 6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 115

Bijlagen

- A Literatuur 119
- B De commissies en commentaarroude 123
- C Bewegingsonderzoek van de schouder 127

Verzekeringsgeneeskundig protocol Schizofrenie en verwante psychosen

- Dit protocol moet worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. Daarin vindt u een toelichting op bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Dit protocol is gender-neutraal geschreven, cliënten, artsen en andere professionals van beide geslachten herkennen zich in deze tekst.

Schizofrenie wordt gezien als een biologisch verankerde kwetsbaarheid van de hersenen. Onder invloed van psychische en/of sociale risicofactoren ervaart de patiënt herhaalde psychotische episoden met wanen, hallucinaties en verwardheid, meestal afgewisseld met onvolledige remissies. Ook bestaan vaak, veelal instabiele, neurocognitieve functiestoornissen.

Schizofrenie en verwante psychosen (CAS-codes P640, P680, P681 en P689) zijn chronische psychiatrische ziekten, die vaak leiden tot ernstige beperkingen in cognitief, psychisch en sociaal functioneren. Psychische en sociale factoren (stigma's en vooroordelen) en anti-psychoticagebruik bepalen in belangrijke mate het beloop.

Het is moeilijk om een prognose te stellen. De voorspellende waarde van de klinische diagnose voor het functioneren is gering – of het nu gaat om zelfstandig wonen, werk en opleiding, contacten en relatie of het functioneren als burger. Veel mensen met deze ziek-

tebeelden zullen niet in staat zijn tot duurzaam functioneren in betaalde arbeid. Patiënten die maatschappelijk wel kunnen en willen participeren, met name in arbeid, opleiding en betekenisvolle dagactiviteiten, hebben zorgvuldige begeleiding en ondersteuning nodig. Deze groep moet op een professionele benadering van de verzekeringsarts kunnen rekenen. Dat vergt een niet geringe inspanning.

Schizofrenie manifesteert zich meestal voor het eerst tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid. Daardoor komt een groot deel van deze cliënten in aanmerking voor een beoordeling in het kader van de Wajong. De ziekte kan echter ook leiden tot uitval in een verzekerde periode. In dat geval kan de WIA-beoordeling aan de orde zijn. Bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben dus een cruciale betekenis voor de cliënten op hun vaak lange weg naar emancipatie en herstel.^a

^a In dit protocol volgen we de definitie van Anthony (1993) voor 'herstel': een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen veranderen. Het herstel leidt tot een leven met meer voldoening, waarin hoop een plaats heeft en de cliënt kan geven en nemen, ondanks de beperkingen die de aandoening veroorzaakt. Door het herstel ontstaat bij de cliënt een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.¹

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

De verzekeringsarts die weet of vermoedt dat de cliënt lijdt aan schizofrenie of een verwante psychose, beoordeelt aan de hand van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens de onderstaande aspecten.

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Welke positief psychotische symptomen doen of deden zich voor en wanneer: wanen, hallucinaties, verwardheid?
 - Welke negatieve symptomen doen of deden zich voor en wanneer: vertraging, innerlijke leegte, affectieve vervlakking, snelle mentale uitputting, initiatiefverlies?
 - Welke neurocognitieve functiestoornissen doen zich voor en hoe uiten deze zich? Het gaat met name om aandacht, ruimtelijk geheugen, psychomotore snelheid, patroongeheugen en executief functioneren.
 - Is de patiënt voor het zeventiende jaar slechter gaan functioneren (in verband met Wajong met terugwerkende kracht)? Soms is er een 'knik' in het functioneren zichtbaar, maar vaker gaat een patiënt geleidelijk slechter functioneren.
 - Diagnostiek:
 - Welke DSM-IV-criteria heeft de behandelaar vastgesteld (zie bijlage 1)?
 - Is er sprake van comorbiditeit, bijvoorbeeld somatisch, middelenmisbruik, depressie, angst?
 - Hoe wordt het premorbide IQ ingeschat (welke opleiding heeft de cliënt genoten, wat heeft zijn of haar belangstelling)?
 - Zijn er recente gegevens over het neurocognitief functioneren of zijn er recente gegevens van neuropsychologisch onderzoek (zie bijlage 2)?
 - Behandeling/begeleiding:
 - Welke medicatie wordt gebruikt, is er co-medicatie en welke bijwerkingen ervaart de cliënt van medicatie? (zie bijlage 4)
 - Heeft de cliënt een psychotherapeutische en/of psychosociale interventie ondergaan, bijvoorbeeld cognitieve (gedrags)therapie? Wat zijn de effecten daarvan?
 - Heeft de cliënt vaardigheidstrainingen gehad en wat zijn de effecten daarvan?
 - Heeft de cliënt sociale begeleiding? Wat is het doel en wat zijn de effecten daarvan?
 - Zijn de naastbetrokkenen op de hoogte? Welke rol hebben zij?
 - Heeft de cliënt trajectbegeleiding en/of jobcoaching? Zo ja, sinds wanneer? Wat was het plan en wat waren de activiteiten op dat gebied tot nu toe? Volgt de cliënt een
-

- arbeidsre-integratieprogramma (zoals Individual Placement and Support (IPS)), een dagbestedingsprogramma of een opleiding? Zo ja, sinds wanneer (zie hoofdstuk 5)?
- Herstelgedrag en probleemoplossend gedrag van de cliënt.
 - Heeft de cliënt een realistisch besef van zijn of haar ziekte en van de ernst en de consequenties daarvan?
 - Is de cliënt gemotiveerd om te werken en/of een opleiding te volgen?
 - Is de cliënt in behandeling? Zo ja, waar?
 - Hoe is het copinggedrag? Waaruit is dit af te leiden (zie bijlage 3)?
 - Welke initiatieven heeft de cliënt tot nu toe zelf genomen op het gebied van werk, activiteiten en scholing?
 - Factoren die de werkhervatting, de studie of andere activiteiten belemmeren.
 - Was het tot nu toe verrichte werk/studie/vooropleiding passend met betrekking tot inhoud, verhoudingen en omstandigheden?
 - Heeft de cliënt in eerder werk, een eerdere studie of bij andere activiteiten belemmeringen ervaren? Zo ja, welke waren dat?
 - Was de werkgever destijds op de hoogte van de beperkingen? Heeft hij of zij voorlichting gehad over de aandoening? Zo ja, van wie?
 - Wat is er gedaan om belemmeringen weg te nemen en welke aanpassingen zijn er gedaan?
 - Werkhervatting.
 - Hoe heeft de bedrijfsarts (als dat relevant is) de functionele mogelijkheden beoordeeld?
 - Waren de bedrijfsarts, de werknemer en de werkgever het eens over de belastbaarheid en de aanpassingen? Is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werkgever en werknemer gedaan om werkhervatting mogelijk te maken?
 - Is er tijdig gereageerd op stagnatie bij re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?
 - Zijn er gegevens beschikbaar over de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om te functioneren in een werkomgeving, bijvoorbeeld een assessmentrapportage van een arbeidsrehabilitatieprogramma of van een jobcoachingtraject?

2 Beoordelingsgesprek

Bij de voorbereiding op het beoordelingsgesprek zijn de volgende zaken van belang: Indien men weet of vermoedt dat er sprake is van schizofrenie of een verwante psychose, realiseert de verzekeringsarts zich dat de oproep onrust of angst bij de cliënt kan veroorzaken. De arts kan overwegen de cliënt vooraf op te bellen om uit te leggen wat er gaat gebeuren.

Hij of zij kan ook het advies geven iemand mee te nemen (zie hierna).

Mensen met schizofrenie kunnen zich beter voordoen of zichzelf juist onderschatten. Dit komt door schaamte en onzekerheid. Sommige mensen met schizofrenie hebben een andere opvatting over wat er met hen aan de hand is en wat daarvan de oorzaak kan zijn, dan de mensen om hen heen. Het is van groot belang dat de arts daar rekening mee houdt bij de beoordeling. Pas wanneer mensen met schizofrenie een realistisch beeld hebben van zijn mogelijkheden en beperkingen, kunnen zij aan de omgeving duidelijk maken wat zij nodig hebben om in een goed evenwicht te blijven.

Daarom kan het zinvol zijn dat er iemand bij het gesprek aanwezig is die de betrokkene privé goed kent. De arts moet er wel rekening mee houden dat de relatie met familie soms ambivalent is (zie 4.2.4). Een psychiatrisch begeleider is daarom een geschikt alternatief. Bij voorkeur komt de trajectbegeleider of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) mee bij een Wajong-keuring en deze bereidt de cliënt al voor op het gesprek. De verzekeringsarts vraagt aan de begeleider hoe de cliënt functioneert in verschillende rollen en neemt tijd om naar zijn of haar verhaal te luisteren (heteroanamnese). Het is belangrijk om ook het misbruik of overmatig gebruik van middelen (met name cannabis) te bespreken, aangezien dit de arbeidsprognose negatief beïnvloedt.

Tot slot levert een huisbezoek vaak zinvolle informatie op. De verzekeringsarts kan tijdens zo'n bezoek een heteroanamnese afnemen (ouders, partner) en de cliënt vragen de medicijnen te laten zien. Overstimulatie of juist onderstimulatie van de cliënt in het dagelijks leven door verwanten (uit bescherming) komt hierbij voor. Overigens kunnen ook GGZ-begeleiders de cliënt over- of onderstimuleren.

Het beoordelingsgesprek is bedoeld om de gegevens te verzamelen die de verzekeringsarts nodig heeft om, naast de gegevens in het dossier, tot een goede multifactoriële probleemanalyse. Daarbij besteedt de arts aandacht aan de volgende factoren:

- de visie van de cliënt op:
 - zijn of haar mogelijkheden en beperkingen in eigen en ander werk;
 - zijn of haar mogelijkheden en beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren;
 - zijn of haar sterke kanten en talenten;
 - wat hij of zij nog kan doen om zijn of haar functionele mogelijkheden te verruimen;
 - wat hem of haar belemmert te functioneren of zijn of haar werk te hervatten;
 - de gewenste arbeidsomstandigheden of aanpassingen in de werkomgeving;
 - de betekenis van betaald werk in zijn of haar leven: de motivatie om te werken.
 - lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling (Wajong);
-

- actuele functionele mogelijkheden, onder meer door te vragen wat hij of zij tijdens een ‘gemiddelde’ dag doet, welke gevolgen de ziekte heeft voor de verschillende levensgebieden, en hoe de cliënt zich aanpast aan de belemmeringen;
- zorg en hulp van anderen, bijvoorbeeld familie, partner, kinderen, vrienden, betaalde hulp;
- de beperkingen die de cliënt ervaart, zoals die van cognitieve aard;
- herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving (hieronder vallen ook cultuurspecifieke factoren);
- zelfstigma of geanticipeerde discriminatie;
- actueel herstelbevorderend en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

Het onderzoek bestaat uit anamnese, heteroanamnese en eventueel nader onderzoek op indicatie.

- Anamnese is de belangrijkste pijler:
 - de psychiatrische klachten;
 - eventuele somatische klachten en/of comorbiditeit;
 - neurocognitieve stoornissen;
 - medicatie en bijwerkingen daarvan;
 - het ziektebesef en -inzicht (vergelijk de capaciteiten die de cliënt noemt met uitslagen van psychiatrisch en neuropsychologisch onderzoek en gebruik ook de gegevens uit de heteroanamnese);
 - het aanwezige copinggedrag.
 - Heteroanamnese met betrekking tot:
 - middelenmisbruik op het spoor te komen;
 - het sociaal functioneren te beoordelen;
 - een profielschets te maken.
 - Nader onderzoek op indicatie moet relevant zijn voor het functioneren in het werk én zorgvuldig aan de cliënt uitgelegd worden, om geen onnodige angst op te roepen. Indicaties voor nader onderzoek kunnen onder andere zijn:
 - comorbiditeit;
 - bijwerkingen van psychofarmaca (zie bijlage 4);
 - stoornissen in neurocognitieve functies;
 - stoornissen in zintuigfuncties, met name het gehoor;
 - neurologische symptomen.
-

4 Overleg met derden

Bij de meeste mensen met schizofrenie is voor een goede beoordeling naast de autoanamnese ook een heteroanamnese nodig. Naast een partner of een verwante kan ook een ander die de cliënt van nabij goed kent, zoals een professional, meekomen naar de keuring. Deze betrokkenen kunnen eventueel ook telefonisch of schriftelijk informatie geven.

Door factoren die samenhangen met de ziekte, kan het gebeuren dat de cliënt weigert toestemming te geven voor overleg. In die gevallen dienen zorgvuldig de voors en tegens en de daadwerkelijke noodzaak tot informatie en een eventuele expertise gewogen te worden.

Informatie van de behandelaar kan zinvol zijn, als er geen trajectbegeleiding en/of IPS (zie hoofdstuk 5.5) in werking is gezet en de verzekeringsarts de argumenten daarvoor niet kent.

De verzekeringsarts kan met de trajectbegeleider bespreken wat de mogelijke belemmeringen zijn voor de cliënt, als hij of zij twijfelt of de cliënt gemotiveerd is om te werken, terwijl hij of zij daartoe wel mogelijkheden heeft.

5 Onderzoek door derden

In de volgende situaties kan de verzekeringsarts een (psychiatrische) expertise overwegen:

- als hij of zij twijfelt aan de diagnose en vermoedt dat een nog niet vastgestelde comorbiditeit het functioneren belemmert;
- als hij of zij onvoldoende psychiatrische gegevens heeft voor een goede beoordeling;
- als de cliënt er (met goede argumenten) om vraagt.

Een expertise wordt bij voorkeur uitgevoerd door een psychiater en/of een klinisch psycholoog, die ervaring heeft met de behandeling van patiënten met de diagnose schizofrenie en het maken van sociaalrechtelijke rapportages. Neuropsychologisch onderzoek, indien relevant voor het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden en in overleg met de behandelaar, kan bijvoorbeeld worden aangevraagd indien:

- Er nooit of niet recent neuropsychologisch onderzoek verricht is.
- Er onvoldoende gegevens zijn om een goede beoordeling op te baseren.

B Beoordeling

1 Sociaalmedische voorgeschiedenis (6.1)

De verzekeringsarts formuleert een oordeel over het verloop, de behandeling, de begeleiding en eventuele vertraging van functioneel herstel (stagnatie). Hij of zij betreft dat oordeel bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de Poortwachtertoets. Hij of zij vormt zich een beeld van de situatie op basis van:

- de ernst van de ziekte en het beloop (ook medicatie en bijwerkingen, zie bijlage 4);
- het cognitief functioneren (zie bijlage 2);
- het copinggedrag (zie bijlage 3);
- de sociale contacten;
- het ziekte-inzicht;
- het dagverhaal (vaak komt een cliënt moeilijk op gang).

Daarbij besteedt de verzekeringsarts aandacht aan:

- de visie van de cliënt op zijn of haar arbeidsmogelijkheden;
- de ingestelde behandelingen;
- het arbeidsverleden;
- de re-integratie-inspanningen;
- de evaluatiemomenten en (bijstellingen van) plannen van aanpak.

Hij of zij houdt ook rekening met de volgende factoren:

- de leeftijd van de cliënt beïnvloedt de klachtenbeleving of -erkenning (adolescentie);
- de ziekte stabiliseert zich veelal pas na vele jaren.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

Functionele mogelijkheden (het vermogen om te functioneren in het algemeen en in werk) zijn afhankelijk van de ziektesymptomen, mate van realistische inschatting van de ernst van de ziekte en de consequenties, bijwerkingen van medicatie, cognitieve functiestoornissen, copingvaardigheden, motivatie, intelligentieniveau en ervaringen met werk (w.o. premorbide functioneren). Deze kunnen wisselen naar gelang de tijd verstrijkt; vaak is men door het jaar heen periodes arbeidsgeschikt en periodes arbeidsongeschikt. Uitkomsten van neuropsychologisch onderzoek kunnen helpen bij het inschatten van de functionele mogelijkheden.

Bij het invullen van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) zijn de volgende aandachtspunten uit de rubrieken I, II, III en VI relevant:

- Rubriek I:
 - concentratie, aandacht en verdeling van de aandacht;
 - geheugen;
 - inzicht in eigen functioneren;
 - doelmatig handelen;
 - zelfstandig handelen;
 - handelingstempo;
 - begeleiding;
 - voorgestructureerd of routinematig werk;
 - geen afleiding;
 - geen onverwachte veranderingen;
 - geen tijdslimieten;
 - geen hoog handelingstempo;
 - geen persoonlijk risico;
 - vooral beroepsmatig chaufferen moet goed beoordeeld worden (zie ook de regels van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen in hoofdstuk 6.2).

 - Rubriek II:
 - gezicht en gehoor (nagaan of de cliënt ook slechthorend is);
 - uiten van emoties;
 - omgaan met emoties van anderen;
 - omgaan met conflicten
 - samenwerking;
 - vervoer;
 - afbreukrisico;
 - eindverantwoordelijkheid;
 - contacten met cliënten of patiënten en leidinggevenden;
 - in een kleine, vertrouwde groep werken.

 - Rubriek III:
 - gevoeligheid voor lawaai, auditieve prikkels.

 - Rubriek VI:
 - aantal uren werk per dag en week;
 - wisselende diensten en onregelmatige werktijden;
 - zowel preventief en energetisch als vanwege de behandeling is een urenbeperking vaak aan de orde.
-

Gezien de complexiteit van de problematiek van mensen met schizofrenie is het vaak noodzakelijk dat arbeidsdeskundige en verzekeringsarts hun overleg intensiveren bij het beoordelen van de functies die aan de hand van de FML bij de voorselectie gevonden worden (de professionele eindselectie).

3 Te verwachten beloop (6.3)

Het beloop van de aandoening verschilt van persoon tot persoon, maar ook individueel is het beloop zeer wisselend. Dat is van belang voor de uitspraak over duurzaamheid, die bepalend is voor het type uitkering waarin cliënt ondergebracht wordt (IVA vs. WGA).

Negatieve symptomen en cognitieve functiestoornissen zijn vaak hardnekkig. De motivatie om te werken is een belangrijke voorspeller voor de kans dat de cliënt zal werken. In de toelichting bij dit protocol (hoofdstuk 5.4) staat een overzicht van voorspellers van succesvolle arbeidsrehabilitatie. Bij de beoordeling van het beloop gebruikt men ook informatie van en overleg met (een vertegenwoordiger van) de behandelaar.

De functionele herstelkansen zijn pas 5 tot 10 jaar na de eerste manifestatie van de eerste symptomen duidelijk. Het is dus goed mogelijk dat iemand die volgens wettelijke definities duurzaam arbeidsongeschikt is, op de langere termijn toch nog kansen heeft op functioneel herstel. In voorkomende gevallen moet dit goed uitgelegd worden.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Als de GGZ de cliënt begeleidt of behandelt, is het verstandig dat de verzekeringsarts ervoor zorgt dat hij of zij beschikt over recente informatie van de behandelaar. De arts overlegt met de eindverantwoordelijke behandelaar en/of de uitvoerend (woon-, werk- of traject)begeleider of jobcoach als dat nodig is, bijvoorbeeld als er onvoldoende gegevens zijn. Dit geldt ook voor herbeoordelingen.
- Als de cliënt geen zorg ontvangt van de GGZ, gaat de verzekeringsarts na of er kansen voor herstel zijn blijven liggen. Zo nodig is er overleg met de huisarts.
- Als een cliënt niet in behandeling is, overweegt de verzekeringsarts een expertise aan te vragen voor de diagnose, behandeling en prognose.
- Motivatie voor behandeling (evenals voor werk) is een belangrijke factor bij het herstel.
- De verzekeringsarts die tot de conclusie komt dat er nog mogelijkheden zijn voor verbetering van de functionele mogelijkheden door behandeling en/of begeleiding, aanpassingen of voorzieningen, overlegt hierover met de cliënt en de relevante disciplines in diens omgeving (behandelaar(s), huisarts, bedrijfsarts, werkgever, arbeidsdeskundige, re-integratiecoach en zo meer). Bevindingen en afspraken daaromtrent (zgn medisch plan

van aanpak) worden door de verzekeringsarts vastgelegd en bijgehouden in het dossier. Op geleide daarvan plant de verzekeringsarts een heronderzoek ter beoordeling van de functionele mogelijkheden.

Volgens de huidige opvatting biedt een reguliere betaalde baan een cliënt met schizofrenie (of een verwante psychose) de beste kans op herstel en sociale participatie. Dat betekent dat een diagnose niet automatisch tot de conclusie ‘geen benutbare mogelijkheden’ mag leiden. Schizofrenie is echter een complexe ziekte, die zich pas laat stabiliseert. Daarom is het belangrijk dat het proces goed gevolgd en begeleid wordt, met een individuele aanpak. De mogelijkheden voor participatie op de arbeidsmarkt worden groter als heldere afspraken worden gemaakt over wie de cliënt begeleidt en over tussentijds overleg met en beoordelingen door het UWV.

Omdat over het algemeen de functionele mogelijkheden van de cliënt met schizofrenie in aanvang niet duurzaam zijn (stabilisatie kan pas na een jaar of tien verwacht worden) zijn jaarlijkse herbeoordelingen te overwegen. Daarbij kunnen tevens begeleidingsadviezen worden opgesteld. Bij een uitkering op grond van de IVA met geringe kans is op verbetering van functionele mogelijkheden, zijn jaarlijkse beoordelingen wettelijk verplicht. Uiteraard doen zich inzake WIA ook situaties voor waarbij verbetering van mogelijkheden uitgesloten is. Om misverstanden en onnodig herhalen van belastende onderzoeken bij deze kwetsbare mensen te voorkomen, verdient het aanbeveling voor de beoordelingen zo mogelijk dezelfde verzekeringsarts in te schakelen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Schizofrenie en verwante psychosen

1.

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Schizofrenie en verwante psychosen* (CAS-codes P640, P680, P681 en P689) biedt verzekeringsartsen een handreiking bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van cliënten met schizofrenie of een verwante psychose. Dit kunnen werknemers zijn, maar vaak zijn het ook mensen die nog geen arbeidsverleden hebben.

Het protocol geeft in deel *A Onderzoek* aan welke gegevens de verzekeringsarts nodig heeft voor zijn of haar beoordeling. In deel *B Beoordeling* komen de vier aspecten aan bod die de verzekeringsarts moet beoordelen, te weten:

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

Het protocol is wat betreft diagnostiek, risicofactoren en beloop mede gebaseerd op de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.² Op het gebied van schizofrenie en werk is gebruikgemaakt van de expertise van deskundigen op het gebied van arbeidsrehabilitatie, beschikbare literatuur op dit gebied en ervaringen van de projectgroepleden. Gezien het complexe onderwerp is een uitgebreide commentaarrronde verricht, waarin ook ervaringsdeskundigen zijn betrokken.

De toelichting bij dit protocol geeft een overzicht van de kennis die is gebruikt als onderbouwing van het protocol. Achtereenvolgens komen aan de orde: de aandoening (2), diagnose en behandeling (3), risicofactoren en beloop (4). Vervolgens komt de arbeidsintegratie van mensen met schizofrenie aan de orde (5) en komen we tot een beschrijving van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling (6).

De aandoening^a

In dit hoofdstuk vindt u alle relevante gegevens over de aandoening schizofrenie en verwante psychotische stoornissen: een omschrijving, de kenmerken en ernst van de aandoening, epidemiologische gegevens en de bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.

2.1 Kenmerken

Schizofrenie kenmerkt zich door psychotische perioden, afgewisseld met (on)volledige remissieperioden. Tijdens psychotische perioden zijn er zogenoemde *positieve symptomen*: wanen, hallucinaties en verwardheid. Deze gaan gepaard met angst, achterdocht of opwindings, en soms met agressie, somberheid of verslaving aan alcohol en drugs. De psychotische perioden worden afgewisseld met remissieperioden, waarbij sprake kan zijn van enig – soms aanzienlijk – herstel, maar ook van zogenoemde *negatieve symptomen*: apathie, vertraging, snelle mentale uitputting, bemoeilijkt denken en vervlakking van het gevoelsleven. Het blijkt uitermate moeilijk om deze symptomen objectief vast te stellen.^{3,4}

Neurocognitieve stoornissen komen frequent voor bij mensen die aan schizofrenie lijden. Dit zijn stoornissen in aandacht, geheugen, tempo, planning en uitvoering. Daarnaast kunnen zich ook depressieve perioden voordoen, maar deze zijn moeilijk te onderscheiden van

^a De gegevens komen, tenzij anders vermeld, uit de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.²

de negatieve symptomen, bijwerkingen van medicatie en de cognitieve functiestoornissen. Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen (zie 3.4 voor nadere uitleg) behoren tot de ernstigste en meest chronische psychiatrische ziekten. De diagnostische criteria volgens de DSM-IV staan in paragraaf 3.4.

Veel mensen met schizofrenie hebben – met name in het begin – een gebrekkig besef van of inzicht in hun ziekte en hun capaciteiten. Overschatting én onderschatting van mogelijkheden komen voor. Het lijden dat mensen door deze ziekte ervaren, is een gevolg van zowel de aandoening zelf als van de sociale consequenties ervan. Doorgaans hebben patiënten langdurig, zo niet levenslang, professionele zorg nodig.

Het sociale functioneren wordt vooral bepaald door de negatieve symptomen, die zichtbaar worden tijdens de remissiefase (apathie, sociale terugtrekking, vertraging, moeilijk denken en snelle mentale uitputting), en door de cognitieve functiestoornissen. Vaak vertonen patiënten de eerste symptomen al op jonge leeftijd, in de puberteit. Hoewel dit niet altijd zichtbaar is als de eerste symptomen zich aandienen, is vaak wel retrospectief vast te stellen dat de patiënt al vóór het zeventiende jaar slechter gaat functioneren. Soms is dit verminderde functioneren als een echte ‘knik’ zichtbaar, maar vaker verloopt het proces geleidelijk. Hieruit kan een eerste arbeidsongeschiktheidsdatum worden afgeleid voor een Wajong-beoordeling.

2.2 Epidemiologie

Naar schatting lijden in Nederland honderd- tot honderdvijftigduizend mensen aan schizofrenie of een verwante psychose. Per jaar komen daar naar schatting ongeveer zestienhonderd mensen bij. Dat betekent dat deze aandoening jaarlijks een op de tienduizend mensen in Nederland treft. Hierna staan enkele cijfers van het UWV over schizofrenie en WIA. Deze illustreren de relevantie van het onderwerp.^a

Per jaar stromen enige honderden mensen met de diagnose schizofrenie in in de WIA. In de top dertig van CAS-codes bij de WIA-claimbeoordeling neemt P680 (schizofrenie) als hoofd- en nevendiagnose momenteel de 22ste plaats in met 3,2 procent van de WIA-beoordelingen. De tabellen hierna tonen cijfers uit de WIA-beoordelingen. De totalen verschillen soms van elkaar, doordat materiaal uit verschillende bronnen is gebruikt.

^a Uit: UWV kwartaalverkenning 2007-III. Kenniscentrum UWV, oktober 2007.

Tabel 1 Hoofddiagnose schizofrenie en verwante aandoeningen bij de eerste WIA-beoordeling (januari 2006 tot en met juli 2007)

| Diagnose | CAS-codes | Aantal | Percentage van het totaal |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------|----------------------------------|
| Schizofrenie en verwante aandoeningen | P640 P680 P681 P689 | 1113 | 2% |
| Alle diagnoses | Alle codes | 56.267 | 100% |

Tabel 2 Eerste WIA-beoordeling van cliënten met schizofrenie en verwante aandoeningen als hoofddiagnose (januari 2006 tot en met juli 2007)

| Diagnose | IVA | WGA vol. a.o. | WGA ged. a.o. | Afwijzing | Totaal |
|---------------------------------------|------------|----------------------|----------------------|------------------|---------------|
| Schizofrenie en verwante aandoeningen | 16% | 50% | 14% | 20% | 100% |
| Alle diagnoses | 11% | 26% | 15% | 48% | 100% |

Tabel 3 Geslachtsverdeling hoofddiagnose schizofrenie en verwante aandoeningen bij eerste WIA-beoordeling (januari 2006 tot en met juli 2007)

| Diagnose | Mannen | Vrouwen | Totaal |
|---------------------------------------|---------------|----------------|---------------|
| Schizofrenie en verwante aandoeningen | 69% | 31% | 100% |
| Alle diagnoses | 50% | 50% | 100% |

Tabel 4 Leeftijdsverdeling hoofddiagnose schizofrenie en verwante aandoeningen bij eerste WIA-beoordeling (januari 2006 tot en met juli 2007)

| Diagnose | < 45 jaar | 45-64 jaar | Totaal |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| Schizofrenie en verwante aandoeningen | 80% | 20% | 100% |
| Alle diagnoses | 48% | 52% | 100% |

Conclusies bij de cijfers

De diagnose schizofrenie en verwante aandoeningen maakt met 2 procent een klein deel uit van het totaal aantal eerste WIA-beoordelingen. Dit zijn ruim elfhonderd mensen per jaar.

In vergelijking met het totaal worden mensen met schizofrenie bijna tweemaal zo vaak volledig (maar niet duurzaam) arbeidsongeschikt verklaard (50 procent tegenover 26 procent van alle diagnoses). Ze krijgen iets vaker een IVA-uitkering (wel duurzaam), namelijk 16 procent tegenover 11 procent bij alle diagnoses. Er zijn meer mannen dan vrouwen met de diagnose en veel vaker dan bij andere aandoeningen wordt de diagnose vóór het 45ste jaar gesteld.

Diagnose en behandeling

Dit protocol sluit in principe aan bij de werkgroep voor de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*, die indertijd koos voor een categoriale benadering volgens de DSM-IV. Validiteit en operationalisering van het concept schizofrenie zijn echter omstrede.²

In dit hoofdstuk vindt u informatie over het stellen van de diagnose en over de behandeling van schizofrenie en verwante psychotische stoornissen. Het gaat in op de symptomen, het diagnostisch instrumentarium, de classificatie van de aandoening en comorbiditeit. Ook worden de verschillende behandelmogelijkheden toegelicht.

3.1 Diagnose

Alleen gespecialiseerde deskundigen stellen de diagnose schizofrenie. In bijlage 1 vindt u een uitgebreide uitleg over deze DSM-IV-diagnostiek. Bij schizofrenie moet een deskundige de patiënt regelmatig onderzoeken en eventueel de diagnose herzien. Vooral in het begin moet hij of zij voorzichtig zijn met een diagnose, onder meer vanwege de (zelf)stigmatiserende werking ervan.

Psychotische verschijnselen op zich zijn niet zeldzaam. Diverse auteurs gaan uit van een continuüm van psychotische symptomen, niet van een dichotoom model.⁵ Bij bevolkingsonderzoek blijkt, afhankelijk van de criteria voor psychose, dat 17,5 tot 28,4 procent van de mensen wel eens een zogenaamd positief symptoom heeft gehad.^{6,7}

Bij de diagnostiek moet de arts rekening houden met verschillen op basis van geslacht, etniciteit en leeftijd. Zie hiervoor hoofdstuk 4 *Risicofactoren en beloop*.

3.2 Aanmeldingsklachten

De klachten zijn sterk afhankelijk van de fase waarin iemand verkeert. De volgende factoren kunnen duiden op een psychose:

- veranderingen in het sociale functioneren: problemen in relaties met vrienden of familie, sociale terugtrekking, gedragsveranderingen na gebeurtenissen;
- veranderingen in de stemming, geleidelijke achteruitgang van bijzondere belangstellingen;
- gebruik van drugs (met name cannabis), alcohol, spijbelen, grensoverschrijdend gedrag.

Cliënten vertellen niet spontaan over alle relevante symptomen. De arts moet dus gericht informeren naar bijvoorbeeld het horen van stemmen en betrekkingswanen.

Screenende vragen die de (verzekerings)arts hierover kan stellen, zijn:

- Hoort u stemmen als er geen mensen om u heen zijn?
- Praten de stemmen over u?
- Wat zeggen die stemmen?
- Wat voor stemmen hoort u?
- Welk effect heeft het op uw leven dat u stemmen hoort?
- Wat doet u om beter met die stemmen om te gaan?
- Praat u met iemand over de stemmen?
- Maakt u zich wel eens zorgen over uw gezondheid?
- Voelt u zich wel eens bedreigd?
- Voelt u zich wel eens achtervolgd?
- Hebt u wel eens het idee dat mensen een complot tegen u smeden?
- Hebt u wel eens het idee dat uw gedachten niet van uzelf zijn?
- Kunt u gedachten en handelingen van anderen beïnvloeden?

De invloed van erfelijke factoren is onomstreden. Circa 20 procent van de mensen met schizofrenie heeft een eerste- of tweedegraadsverwant met de stoornis; bij circa 80 procent is dat niet het geval.

3.3 Diagnostisch instrumentarium

Voor de diagnose maakt de arts gebruik van (hetero)anamnese. Zo nodig vult hij of zij deze informatie aan met vragenlijsten en overige instrumenten. Als de psychose in remissie is, onderzoekt hij of zij de aard en ernst van de cognitieve tekorten. De volgende secties gaan dieper in op het diagnostisch instrumentarium.

3.3.1 Anamnese

De anamnese is gericht op:

- klachten en historie van de ziekte;
- lichamelijk functioneren, comorbiditeit;
- psychisch functioneren, met name cognitief;
- sociaal functioneren, hieronder vallen ook cultuurspecifieke factoren.

Een nadere toelichting per onderdeel vindt u in paragraaf 3.4.

Mensen met schizofrenie hebben (met name in het begin) vaak geen realistisch beeld van hun ziekte. Zij zijn zich er vaak niet of maar ten dele van bewust dat zij een psychiatrische aandoening hebben. Een heteroanamnese geeft dan betrouwbaarder informatie.

3.3.2 Interviewlijsten

Er bestaan (semi)gestructureerde interviewlijsten die in de klinische setting kunnen worden gebruikt, maar niet tot een betrouwbaarder en meer valide diagnostiek leiden. De multidisciplinaire richtlijn beveelt wel aan een dergelijke lijst te gebruiken bij een vermoeden van schizofrenie. Een arts kan hiermee de diagnose uitsluiten en soms belangrijke aanvullende informatie verzamelen.

3.3.3 Neuropsychologisch onderzoek

Naar schatting heeft ruim twee derde van de mensen met schizofrenie cognitieve functiestoornissen. Het gaat daarbij om stoornissen in concentratie, geheugen, planning, abstract redeneren, conceptformatie, besluitvormingsvermogen, uitvoering en planning en vigilantie. Zie bijlage 2 voor een nadere toelichting.

In het buitenland werd in 2004 consensus bereikt over de samenstelling van een pakket van onderzoeken naar cognitieve vaardigheden.⁸ In Nederland bestaat hierover echter nog geen consensus. Wel zijn deskundigen het eens over de belangrijkste domeinen, zoals de aandacht en het (verbale) geheugen.⁹

Volgens de werkgroepgroep kunnen de gegevens uit neuropsychologisch onderzoek, naast gegevens over het feitelijk functioneren, worden gebruikt om de rehabilitatie en re-integratie te ondersteunen. Een arts kan er bijvoorbeeld bepaalde probleemgebieden mee aanduiden en de behandeling daarop afstemmen. Met de uitkomsten en interpretaties van het neuropsychologisch onderzoek moet voorzichtig worden omgegaan. Ze worden namelijk ook beïnvloed door motivatie, de wil tot arbeidsparticipatie en de setting waarin het onderzoek plaatsvindt.

Onderzoek naar intelligentie kan zinvol zijn als onderdeel van de totale diagnostiek. Intelligentie is van invloed op de arbeidsmogelijkheden: een lage intelligentie kan een negatieve invloed hebben op de arbeidsre-integratie. Het eventuele intelligentieverval kan men in het beloop van de ziekte vervolgen. Een IQ-bepaling bij de eerste opname heeft geen voorspellende waarde. Op basis van recent onderzoek¹⁰ wordt wel aangeraden het *premorbid IQ* te schatten, omdat dit de beste voorspeller zou zijn voor het algemeen functioneren. De verzekeringsarts kan hiervoor bijvoorbeeld vragen naar de belangstelling en opleiding van de cliënt.

3.3.4 Onderzoek naar coping

Bij mensen met schizofrenie en verwante psychosen gaat het bij coping(vaardigheden) met name om het vermogen om met de (blijvende) symptomen, en de gevoelens van stress waarmee deze gepaard gaan, op bevredigende wijze overweg te kunnen. Ook gaat het over het omgaan met het cognitief disfunctioneren (zie bijlage 2). In bijlage 3 staat nadere uitleg over coping. Voor de psychiatrie is de vragenlijst ZelfManagement van Psychiatrische problematiek in de Arbeidsrehabilitatie ZMP-AR (Engels: ISM-PVR) een geschikt instrument, met name in het kader van werk.¹¹

3.4 Classificatie

De diagnose schizofrenie wordt in Nederland meestal gesteld aan de hand van de DSM-IV-classificatie en/of de ICD-10-classificatie. De DSM-IV kent de diagnoses schizofrenie en schizofreniforme stoornis. Er zijn vier subtypes van schizofrenie. Daarnaast zijn er de verwante psychosen: schizofreniforme stoornis, schizo-affectieve stoornis en waanstoornis. Hieronder volgt een overzicht en wordt kort ingegaan op de kortdurende psychose.

3.4.1 Schizofrenie

Er zijn zes criteria voor schizofrenie. Deze komen hierna aan bod als A tot en met F.

A. *Kenmerkende symptomen.* Twee of meer van de volgende symptomen moeten elk gedurende één maand aanwezig zijn (of korter bij succesvolle behandeling):

- Wanen. Dit zijn gedachten of ideeën die niet op de werkelijkheid berusten. Het is een inhoudelijke denkstoornis, die ook in een subcultuur als zodanig herkend wordt. De patiënt staat zelf in het centrum van zijn of haar gedachtegang.
- Hallucinaties. Een hallucinatie is een waarneming die niet gedeeld wordt met de omgeving. Deze waarneming kan in alle zintuiglijke modaliteiten voorkomen.
- Verwardheid. Onsamenhangende spraak, bijvoorbeeld de draad kwijtraken of incoherentie.
- Ernstig chaotisch of catatoon gedrag.
- Negatieve symptomen: vervlakking van affect, gedachte- of spraakarmoede, of apathie.

Soms is één symptoom voldoende voor de diagnose. Bijvoorbeeld als een patiënt bizarre wanen heeft, of als de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op gedrag of gedachten van de patiënt, dan wel als er twee of meer stemmen zijn die met elkaar spreken.

B. *Het functioneren op sociaal of beroepsmatig terrein* ligt duidelijk onder het niveau van voor de stoornis.

C. *Duur.* De verschijnselen zijn zes maanden ononderbroken aanwezig. In die periode komen minimaal twee symptomen voor uit criterium A (actieve fase) en kunnen er perioden zijn met prodromale symptomen of restverschijnselen.

D. *Uitsluiting.* Van schizofrenie is geen sprake als de patiënt lijdt aan schizoaffectieve stoornissen of stemmingsstoornissen.

E. *Uitsluiting.* Van schizofrenie is geen sprake als de symptomen een gevolg zijn van de directe fysiologische effecten van een middel (drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

F. *Samenhang* met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Als de patiënt een voorgeschiedenis heeft met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis, stelt de arts de aanvullende diagnose schizofrenie alleen als de patiënt gedurende ten minste één maand opvallende wanen of hallucinaties heeft (of korter bij succesvolle behandeling).

Subtypen

Er zijn vier subtypen van schizofrenie:

- het paranoïde type met de kenmerken:
 - preoccupatie met een of meer wanen of frequente gehoorshallucinaties;
 - afwezigheid: onsamenhangende spraak, chaotisch of katatoon gedrag, vlak of inadequaat affect.
- het gedesorgeriseerde type met de kenmerken:
 - onsamenhangende spraak;
 - chaotisch gedrag;
 - opvallend vlak of inadequaat affect;
 - de patiënt voldoet niet aan de criteria van het katatone type.
- het katatone type, waarbij ten minste twee van de volgende kenmerken het beeld overheersen:
 - motorische onbuigzaamheid, zich uitend in katalepsie of stupor;
 - overmatige motorische activiteit;
 - extreem negativisme;
 - vreemde willekeurige bewegingen, zich uitend in een katatone houding, stereotiepe bewegingen, opvallende maniërismen of opvallende grimassen.
- het ongedifferentieerde type, dat niet voldoet aan de criteria van een van de hierboven genoemde subtypen.

3.4.2 *Schizofreniforme stoornis*

Van een schizofreniforme stoornis is sprake als aan de criteria A, D en E van schizofrenie wordt voldaan. Een episode van deze stoornis duurt ten minste één maand, maar korter dan zes maanden.

3.4.3 *Schizoaffectieve stoornis*

De schizoaffectieve stoornis behoort tot het schizofreniespectrum; er is dan ook sprake van een opvallende stoornis in de stemming voorafgaand aan of volgend op een psychotische fase. De stemmingsstoornis bestaat langere tijd zonder psychotische symptomatologie.

3.4.4 *Waanstoornis*

Bij een waanstoornis is de waanvorming vrijwel het enige symptoom. Soms is het een geïsoleerde waan, zoals hypochondrie, een querulantenwaan of een erotische betrekkingswaan.

3.4.5 Kortdurende psychose

Een kortdurende psychose wordt vaak uitgelokt door een ingrijpende levensgebeurtenis en gaat soms al na een week weer in remissie met volledig herstel.

3.5 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

Een psychiater of een gespecialiseerde klinisch psycholoog verricht de differentiële diagnostiek. Van belang in dit verband zijn de affectieve psychosen, zoals psychotische depressie en de manische psychose. Meestal komen bij affectieve psychosen alle wanen en (sporadisch) hallucinaties dan overeen met de stemming. Overmatig gebruik van alcohol en/of drugs komt vaak voor in combinatie met schizofrenie. In het begin van de ziekte kunnen de symptomen lijken te duiden op een frontaal syndroom.

Amfetamine, cocaïne en cannabis kunnen psychotische beelden induceren. Ook kunnen psychotische beelden worden geïnduceerd door depressie, angst en somatische comorbiditeit (bijvoorbeeld diabetes, hypertensie, stofwisselingsstoornissen, osteoporose, mogelijk mede door bepaalde antipsychotica).

3.6 Behandeling

20 procent van de cliënten met ernstige schizofrenie wordt niet behandeld door de GGZ. Naar schatting krijgt ongeveer 40 procent van de cliënten niet of niet op tijd adequate hulp. Daarom is het van groot belang dat bijvoorbeeld huisartsen de symptomen of prodromale symptomen kennen.¹² Prodromale symptomen zijn: angst, onrust en slaapstoornissen. Daarna volgen concentratiestoornissen en betrekkingsideeën of een toename van hallucinaties. Cliënten trekken zich terug uit sociale contacten.

Een effectieve behandeling bestaat uit een combinatie van psychofarmaca en psychotherapeutische en sociale interventies. Er is een verband tussen de kwaliteit van de relatie van de cliënt met de hulpverlener en de uitkomsten van de behandeling. De beginperiode (de eerste zes maanden) van de samenwerkingsrelatie is daarbij cruciaal. Bij een psychose is snelle en adequate behandeling van groot belang. Uitstel kan namelijk leiden tot onvolledige remissie en een toename van comorbiditeit.

Het blijkt lastig de negatieve symptomen te behandelen. De werking van tweede generatie antipsychotica wordt nog onderzocht. Een van de belemmeringen daarbij is dat er geen objectieve methoden zijn om deze symptomen te meten.^{3,4}

3.6.1 *Huisarts*

De huisarts ziet de cliënt met schizofrenie vaak als eerste als ‘het uit de hand loopt’. Bij een vermoeden van schizofrenie verwijst de huisarts de patiënt naar de tweede lijn. Daarna is de huisarts voor de familie vaak het aanspreekpunt. Een schizofreniepatiënt die tweedelijnszorg ontvangt, komt soms ook met alledaagse somatische klachten bij de huisarts.

3.6.2 *Psychofarmaca*

Psychofarmaca zijn de hoeksteen van de behandeling van schizofrenie. Kortdurende psychotische perioden verdwijnen soms spontaan na een paar dagen, maar er blijft wel een verhoogd risico op een langer durend recidief. Behandeling met antipsychotica is binnen zes tot acht weken effectief tegen wanen, hallucinaties en verwardheid. Deze medicijnen zorgen ervoor dat de intensiteit van ontremde betekenisgeving vermindert. De aanbevolen dosis wordt berekend op basis van de ernst van het beeld, het gewicht en de leeftijd van de cliënt. Hogere doses zijn niet wenselijk, omdat bij de aanbevolen dosis ongeveer 80 procent van de dopaminereceptoren bezet is en de patiënt bij hogere bezetting meer last heeft van bijwerkingen.¹³ Soms is volledig herstel niet mogelijk. Mensen met schizofrenie moeten meestal langdurig, vaak levenslang, antipsychotica gebruiken. Bij een afgebroken behandeling is het terugvalrisico ruim tweemaal zo groot als bij een voortgezette behandeling.

De eerste dagen zijn er vooral sedatieve effecten – in feite zijn dat bijwerkingen. Na twee weken verbleken de hallucinaties en vervolgens de wanen. Volledig effect is pas na minimaal acht weken te beoordelen. De beeldvorming over medicatie heeft een negatieve invloed op het gebruik ervan (‘platspuiten’, ‘drogeren’, ‘iemand tot zombie maken’). Vaak zijn mensen bang de controle te verliezen en schrikken de mogelijke bijwerkingen hen af. In bijlage 4 vindt u een overzicht van antipsychotica en enkele bijwerkingen, voor zover deze relevant zijn voor de arbeidsgeschiktheid.

Comedicatie komt frequent voor. De mate waarin de gebruikte middelen in combinatie met de voorgeschreven antipsychotica extra sederend werken, is een belangrijk gegeven voor de maatschappelijke participatie. Enkele veelgebruikte middelen naast antipsychotica zijn antidepressiva (34,6 procent), anxiolitica (16,7 procent) en hypnotica (15,3 procent).¹³ Als zelfmedicatie wordt regelmatig cannabis gebruikt.

Psychotherapeutische en sociale interventies (waaronder ook arbeidsrehabilitatie) kan men meestal pas uitvoeren indien ook medicamenteuze behandeling plaatsvindt.

3.6.3 *Psychotherapeutische en psychosociale interventies*^a

Onder psychotherapeutische en psychosociale interventies vallen cognitieve gedragstherapie, individuele interventies met een psychotherapeutische insteek en enkele andere interventies.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie blijkt aantoonbaar effectief psychotische symptomen te verminderen tot en met twee jaar na de behandeling (bewijsniveau 1). Er zijn ook aanwijzingen dat het sociaal functioneren verbetert door de therapie. Bij langdurige behandeling is er bovendien een lagere kans op terugval (bewijsniveau 1).² Kortdurende cognitieve gedragstherapie beïnvloedt depressieve symptomen, langdurende cognitieve gedragstherapie beïnvloedt ook psychotische symptomen (bewijsniveau 1). Dit blijkt onder meer uit een recent overzicht van meta-analyses op dit terrein.¹⁴

Individuele psychotherapeutische interventies

Psychodynamische en psychoanalytische behandelingen blijken minder effectief te zijn dan behandeling met psychofarmaca. Individuele ondersteunende psychotherapie bleek in een meta-analyse wel effectief.¹⁵ Individuele psychotherapie werd gegeven aan mensen met de diagnose schizofrenie (zowel ‘acuut’ als ‘chronisch’). Cognitieve therapie en psychodynamische ondersteunende therapie (met of zonder psychofarmaca) bleken effectiever dan niet-psychodynamische ondersteunende therapie. Individuele therapie is dus een belangrijke optie als mensen niet opknappen van antipsychotische medicatie, als ze deze weigeren of als behandelaars slechts met een lage dosis antipsychotica willen werken.¹⁶

Cognitieve remediatie

Er zijn meerdere, concurrerende modellen van cognitieve remediatie ontwikkeld (ook wel cognitieve rehabilitatie genoemd). Deze zijn erop gericht cognitieve beperkingen op te heffen dan wel te compenseren.^b Zoals gezegd zijn cognitieve beperkingen (zoals beperkingen in aandacht, geheugen en uitvoerende functies) een hoofdkenmerk van schizofrenie. Er is een sterk verband tussen de aanwezigheid van deze cognitieve beperkingen en ernstige problemen in het dagelijks functioneren.

^a Naar aanleiding van recente literatuur wijken wij hier op sommige punten af van de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.

^b Velligan et al. (2006)¹⁷ bespreken in hun review de volgende benaderingen: Integrated Psychological Therapy, Cognitive Enhancement Therapy, Neurocognitive Enhancement Therapy, Individual Executive Functioning Training/Cognitive Remediation Therapy, Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation, Attention Process Training, Attention Shaping, Errorless Learning, Cognitive Adaptation Training.

De verschillende benaderingen van cognitieve remediatie verschillen in theoretische onderbouwing, interventiemethoden en behandeldoelen. In Nederland was er tot voor kort consensus dat er weinig harde evidence is dat deze benaderingen werkzaam zijn (zie referenties in multidisciplinaire richtlijn). Het aantal effectstudies per afzonderlijke benadering is vaak nog gering. Recent zijn er echter wel bemoedigende uitkomsten gepubliceerd, zo blijkt uit een recente review¹⁷ en uit een recent overzicht van meta-analyses met betrekking tot cognitieve remediatie.¹⁴ Er is sprake van vooruitgang in zowel cognitieve functies als in het sociaal en beroepsmatig functioneren.¹⁸⁻²¹ Interventies gericht op motivatieverhoging bij de cliënt zijn een noodzakelijke toevoeging om de uitkomsten van cognitieve remediatie te maximaliseren.¹⁷

Coping verbeteren

Er zijn interventies ontwikkeld die erop gericht zijn om de coping bij mensen met een psychiatrische aandoening te verbeteren. Hierbij wordt wel een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige trainingen in copingvaardigheden en veelomvattender programma's met een brede range van ziektemanagement-strategieën, waaronder psycho-educatie, terugvalpreventie, stressmanagement, copingstrategieën, en elementen als doelen stellen en problemen oplossen. In een analyse van zeven RCT's naar (enkelvoudige en veelomvattende) coping programma's werd geconcludeerd dat deze programma's effectief zijn, in de zin dat daarmee de ernst van de symptomen afneemt. Omdat de onderzochte programma's qua inhoud en vormgeving nogal verschilden, is er volgens de auteurs geen uitsluitsel te geven over de vraag welke benaderingen het meest effectief zijn.²²

Educatieve interventies

Voorlichting aan cliënt en familieleden is uitermate belangrijk. Deze psycho-educatie leidt tot meer kennis over de ziekte, verbeterd sociaal functioneren en vermindering van de recidiefkans. (Cochrane review, 2002 bewijs niveau 1).²³

Overige trainingen en psychosociale interventies

Sociale vaardigheidstrainingen en andere trainingen, zoals omgang met medicatie, omgang met alcohol en drugs, herkenning van vroege symptomen van een recidief (samengevat onder de term Liberman modules) en geïntegreerde behandeling van verslaving bij schizofreniecliënten, alsmede Lotgenotencontactgroepen zijn weliswaar (nog net) niet bewezen effectief, maar hebben wel op kleine schaal hun nut afgeworpen en worden momenteel onderzocht. Hetzelfde geldt voor sommige vormen van creatieve therapie en psychomotorische therapie als onderdeel van persoonlijk welbevinden.

Kennis en vaardigheden namen bij Liberman-training wel toe, de effecten waren na een jaar nog aanwezig (bewijs niveau 1).^{14,24,25}

3.6.4 ACT: Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment (ACT) is bedoeld voor mensen met schizofrenie of een andere ernstige psychische stoornis. ACT richt zich uitsluitend op de 10 à 15% cliënten met de grootste beperkingen of die de zorg mijden en biedt intensieve zorg in de samenleving. Een ACT-team telt tenminste een teamleider, verpleegkundige, trajectbegeleider, verslavings-specialist, ervaringsdeskundige, psychiater, en secretaresse. Per hulpverlener zijn er maximaal tien cliënten in het team, dat 7 maal 24 uur voor cliënten beschikbaar is. Teamleden hebben een gezamenlijke caseload. Er is ook aandacht voor familieleden en partners.

De effectiviteit van ACT is duidelijk aangetoond.^{26,27} ACT houdt, vergeleken met standaardzorg, cliënten vaker in contact met de zorg, doet opnames én opnamedagen afnemen, levert betere huisvesting op en vergroot de kans op werk. De evidentie over ACT komt vrijwel uitsluitend uit de Verenigde Staten. Waar de Engelse ACT-variant werd vergeleken met de zorg door reguliere ambulante teams, vond men vrijwel geen verschillen.^{28,29} Mogelijk voldoet de Engelse ACT-variant niet aan de modelcriteria voor ACT³⁰, of de Engelse standaardzorg is zo goed dat ACT geen meerwaarde heeft.³¹

In Nederland heeft men enkele ACT-teams opgebouwd. Er zijn ACT-teams die volledige modelgetrouwheid nastreven. Er zijn er ook die de functie ACT (FACT) in hun werkwijze opnemen voor ACT-geïndiceerde cliënten.³² Het FACT-model stoelt op de gedachte dat veel bouwstenen van ACT voor alle langdurig zorgafhankelijke cliënten van belang zijn. Voor cliënten die ACT-zorg nodig hebben, zijn ook de ‘intensieve’ bouwstenen van belang: gedeelde caseload, outreachende aanpak, 7 maal 24-uurs zorg en voorkomen van (langdurige) ziekenhuisopnamen. Deze bouwstenen worden in een FACT-team op indicatie geleverd.

De resultaten van (F)ACT in Nederland zijn pas te zien na de uitkomsten van lopend onderzoek. De meeste winst valt te verwachten van goed verankerde, specifieke interventies in het ACT-team. ACT biedt namelijk een goed kader voor het toepassen van andere evidence-based practices. Uit een recente Nederlandse RCT naar ACT³³ bleek geen meerwaarde van ACT wat betreft opnamedagen, huisvesting, psychopathologie en sociaal functioneren.

Risicofactoren en beloop^a

In dit hoofdstuk vindt u informatie over de risicofactoren voor schizofrenie en verwante psychotische stoornissen en over het beloop van de aandoening.

4.1 Risicofactoren

De kans dat iemand een schizofrene of verwante psychotische stoornis zal krijgen, wordt geschat op 0,8 procent (1 op de 125). De eerste verschijnselen doen zich vaak voor in de adolescentie of jongvolwassenheid. Bij het ontstaan spelen meerdere factoren gelijktijdig een rol: erfelijke factoren (zie ook epidemiologie, 2.2) en omgevingsfactoren. De ziekte zou etiologisch voor ongeveer 70 procent met genetische factoren in verband kunnen worden gebracht. Cannabisgebruik voegt daar 5 tot 7 procent aan toe. Ook mensen zonder risicofactor kunnen echter een schizofrene stoornis ontwikkelen. Hierna vindt u een kort overzicht van bekende risicofactoren.

4.1.1 Erfelijke factoren

Zoals gezegd spelen genetische factoren een rol bij het ontstaan van schizofrenie en er is interactie met omgevingsfactoren. Zo vormt cannabis in interactie met bijvoorbeeld het COMT-enzym met het Val-Val-allel een grote risicofactor.

^a De gegevens komen, tenzij anders vermeld, uit de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.²

De prevalentie is bij vrouwen lager dan bij mannen (tot ongeveer dertig jaar). In het algemeen hebben mannen een grotere kans op schizofrenie.³⁴ Ook is een laag IQ een risicofactor voor het ontstaan van schizofrenie.

4.1.2 Omgevingsfactoren

- Urbanisatiegraad. Geboren worden en opgroeien in een stedelijke omgeving, is een risicofactor. De plaats waar iemand opgroeit, lijkt eveneens wezenlijk te correleren met een grotere kans op schizofrenie.
- Migratie. In Nederland hebben eerste- en tweedegeneratie-immigranten (met name de mannen) uit Marokko en Suriname en de eerste generatie Antillianen een grotere kans op schizofrenie. Dit kan wellicht worden verklaard door het snelle proces van verwesterlijking, maar ook door een verstoorde dopaminefunctie in de hersenen. Deze functie is wellicht verstoort doordat ze een chronisch gevoel van sociale verslagenheid en vernedering ervaren.³⁵
- Middelengebruik. Kwetsbare cannabisgebruikers ontwikkelen eerder schizofrenie en bij hen verergeren de psychoses, met name bij pubers met een bepaald genetisch profiel.
- Prenatale en perinatale risicofactoren. Er is mogelijk een verhoogd (maar wel klein) risico door bepaalde aandoeningen of gebeurtenissen tijdens de zwangerschap, bepaalde obstetrische complicaties of trauma capitis.
- Trauma. Er blijkt verband tussen mishandeling vóór het zestiende jaar (emotioneel, fysiek, psychologisch of seksueel) en het ontwikkelen van psychotische symptomen.³⁶ Mensen met vroege trauma's kunnen minder goed omgaan met psychotische ervaringen dan mensen die niet zijn mishandeld.³⁷ Traumatische ervaringen zijn een risicofactor voor een slechte prognose; ze kunnen ook de kans vergroten dat een patiënt alcohol en andere middelen gaat gebruiken en dat hij of zij depressief wordt.³⁸
- Somatische oorzaken³⁹. Met name als de schizofrenie op latere leeftijd ontstaat, kunnen er lichamelijke oorzaken in het spel zijn. Vasculaire schade in de vorm van bloedingen, trombose en vaatconglomeraten kan psychotische symptomen veroorzaken. Vaak gaat dit samen met neurologische uitvalsverschijnselen. Ook bij demyeliniserende stoornissen, zoals multiple sclerose en sommige dementieën, kunnen deze verschijnselen optreden. Psychosen kunnen optreden bij bepaalde erfelijke afwijkingen, zoals calcificatie van de basale ganglia, chorea van Huntington, de ziekte van Wilson en porfyrie. Ook systeemziekten kunnen een psychose uitlokken. Dit is gebleken bij sarcoïdose en systemische lupus erythematoses (SLE). Daarnaast kunnen infectieziekten, zoals syfilis en encefalopathieën, bijvoorbeeld subacute scleroserende leuko-encefalitis, AIDS en endocriene ziekten zoals stoornissen van de hypofyse, de schildklier, de bijnierschors en de bijnier, psychotische fenomenen geven.

Diabetes heeft een verhoogde incidentie en prevalentie bij mensen met schizofrenie, maar dit kan mede het gevolg zijn van de behandeling met antipsychotica: olanzapine en clozapine geven de hoogste risico's. Gewichtstoename speelt hier een belangrijke rol. Tijdens de antipsychotische behandeling kan in korte tijd een fatale hyperglykemie ontstaan met risico op een ketoacidotisch coma. Een verhoogd risico wordt gevonden bij Afrikaanse mannen van middelbare leeftijd. Vitaminedeficiënties, met name van vitamine B, worden frequent aangetroffen bij mensen met psychosen. Vaak ontstaan deze deficiënties door langdurig insufficiënte voeding, soms ook bij langdurig alcoholmisbruik. De slechte lichamelijke conditie kan stressverschijnselen veroorzaken en zo weer bijdragen aan de toename van symptomen van schizofrenie.

- Overige factoren. Bij de late onset en very late onset (vrijwel altijd bij vrouwen) van schizofrenie zijn slechthorendheid en slechtziendheid risicofactoren (zie hoofdstuk 3.1). Andere risicofactoren zijn ongehuwd-zijn, een paranoïde, gesloten of vijandige persoonlijkheid en (volgens oudere literatuur) armoede.

4.2 Beloop

4.2.1 Algemeen

Het beloop van schizofrenie en verwante psychosen hangt samen met de levenslange kwetsbaarheid voor psychoses. Een groot deel van de patiënten met schizofrenie en verwante psychosen kan functioneren in de maatschappij, al hebben zij daarvoor wel vaak aanpassingen nodig. Hierna vindt u enkele medische gegevens over het beloop. Een psychotische periode duurt gemiddeld ongeveer drie maanden. Het functionele herstel daarvan kan bij sommigen echter wel een jaar duren.

Meerdere beloopstudies kunnen grofweg als volgt worden samengevat:

- 15 procent maakt klinisch herstel door;
- 35 procent heeft een recidiverend beloop met geringe beperkingen;
- 35 procent heeft een recidiverend beloop met ernstige beperkingen;
- 15 procent blijft chronisch psychotisch.

Recent is internationale consensus bereikt over een maat voor remissie^{40,41} waarvan de bruikbaarheid in de praktijk is getoetst.^{42,43} Er wordt daarvoor in de behandeling uitgegaan van gestandaardiseerde, haalbare doelen. Wanneer de remissiecriteria zijn bereikt, wil dat zeggen dat de aanwezige symptomen niet al te zeer interfereren in het dagelijks leven. Zij zijn verminderd tot een aanvaardbaar laag niveau. De criteria hebben echter vooral een klinische betekenis. Dat betekent dat cliënt niet meteen in alle opzichten goed hoeft te functio-

neren omdat andere klachten - op cognitief en affectief gebied en die niet tot de remissiecriteria behoren - het functioneren nog steeds kunnen hinderen. De remissiecriteria zeggen dus wel veel maar niet alles over de beperkingen van cliënten met de diagnose schizofrenie.

Recidieven treden op bij 70 procent van de cliënten, gemiddeld vier episoden in het totale ziektebeloop. De meeste recidieven doen zich voor in de eerste vijf tot zeven jaar na de eerste verschijnselen. Recidieven duren wel steeds langer en het behandel-effect neemt bij elk recidief af.

Ongeveer 5 procent van de mensen met schizofrenie pleegt suïcide (*life-time risk*), waarbij het risico in het begin van de ziekte het grootst is.⁴⁴ In een klein aantal gevallen is de suïcide het gevolg van bevelshallucinaties (imperatieve hallucinaties); in de overige gevallen lijkt er sprake te zijn van een afweging. Hopeloosheid speelt een belangrijke rol.

In het afgelopen decennium is de prognose voor mensen met schizofrenie verbeterd als het gaat om het sociale functioneren en suïcide, maar in individuele gevallen is het nauwelijks mogelijk om een prognose te geven. De prognostische betekenis van premorbide en sociaaldemografische kenmerken neemt in de loop van de tijd af, evenals die van uitlokkende factoren. Krachtige voorspellers blijven de duur van de (onbehandelde) psychose en de remissiekenmerken na afloop van de eerste psychotische fase. Daarom is het van groot belang dat de patiënt zo vroeg mogelijk effectieve antipsychotica krijgt, en moet deze behandeling zo lang mogelijk volgehouden worden.

Bij een afgebroken behandeling is de kans op recidieven ruim tweemaal zo groot als bij een voortgezette behandeling. Recidieven met opnieuw oplevende psychotische verschijnselen doen zich vooral voor tijdens de eerste vijf tot zeven jaar van de ziekte.

Ook na langdurige remissie blijft de kans op terugval na het staken van de medicatie hoog (65 tot 80 procent, afhankelijk van het onderzoek). Van alle mensen met schizofrenie blijft 30 tot 50 procent ondanks de behandeling stemmen horen na een of meer episoden.

Veel mensen met schizofrenie gebruiken verslavende middelen. Verslavingsgevoeligheid bleek voor te komen bij 80 procent van de 220 mensen met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis die instroomden in een rehabilitatieprogramma.⁴⁵

De kans op recidief is hoger in een omgeving met veel kritiek, te hoge eisen en overmatige bemoeizucht. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van somatische aandoeningen, levensgebeurtenissen, drugsmisbruik en oncontroleerbare stress. Dit komt in hoofdstuk 5 nader aan de orde als het gaat om werk.

Over de medische prognose is weinig zekerheid te geven. De eerste vijf jaar doen zich vaak heftige psychotische periodes voor en pas na verloop van tijd blijkt dan in hoeverre de negatieve symptomen en cognitieve functiestoornissen, die het sociale functioneren bepalen, een permanent karakter krijgen. Maar ook in die latere fasen kunnen cliënten in aanmerking komen voor arbeidsrehabilitatie en re-integratie. De behandelaars moeten dus altijd een individuele aanpak nastreven en open blijven staan voor (arbeids)mogelijkheden. Een terughoudende opstelling met betrekking tot het moment waarop een FML wordt opgesteld is daarbij soms geboden.

4.2.2 *Psychisch functioneren*

Mensen met schizofrenie voelen zich vaak gauw vermoeid en ervaren een gebrek aan energie. Ze zien overal tegen op, voelen zich lusteloos en hebben depressieve gevoelens. Het gevoel vervlakt vaak, hoewel angstige gevoelens juist veel voorkomen. Concentratieproblemen zijn kenmerkend: mensen met schizofrenie hebben moeite met alledaagse dingen, zoals de krant lezen, televisiekijken, in het algemeen met het opnemen van informatie.⁴⁶ Verder zijn ze snel mentaal uitgeput.

Het neurocognitief functioneren van cliënten met schizofrenie of een verwante psychose loopt sterk uiteen. Sommigen hebben stoornissen in één domein, bij anderen zijn verschillende domeinen betrokken. Al in een vroeg stadium van de ziekte komen stoornissen in aandacht en ruimtelijk geheugen voor. Na meerdere psychotische episodes zijn de cognitieve stoornissen ernstiger en komen ze vooral voor in de domeinen psychomotorische snelheid, patroongeheugen en executief functioneren.⁴⁷

Cognitieve stoornissen worden gezien als een belangrijke determinant van slechter psychosociaal functioneren.^{48,49} Het leervermogen is aangetast en studeren is vaak alleen mogelijk bij volledige remissie. De gemeten cognitieve vaardigheden correleren echter niet altijd met het functioneren in het dagelijks leven. Verklaringen daarvoor zijn onder andere dat er verschillen zijn in de cognitieve veranderingen tussen mensen met hogere en lagere intelligentie⁸ en dat andere factoren, zoals motivatie, van groot belang zijn voor het functioneren.¹⁷

In het algemeen is er consensus dat cognitieve functies op individueel niveau in belangrijke mate bepalen in hoeverre een cliënt kan profiteren van een arbeidsrehabilitatieprogramma of een re-integratieprogramma en ook of hij of zij in staat is om te werken.

Psychosen komen voor bij alle intelligentieniveaus. Schizofrenie veroorzaakt nogal eens intelligentieverval. Uit een recente follow-upstudie bleek dat dit vooral het geval was bij mensen met een hoger premorbide IQ. Het IQ blijkt zich in de tien jaar erna dan te herstellen. Bij mensen met een laag premorbide IQ blijken IQ-waardes stabiel, ook bij follow-up na tien jaar.⁸

In de praktijk blijkt ook dat mensen met een verstandelijke beperking, zonder dat zij de diagnose schizofrenie hebben, toch psychotisch kunnen decompenseren (persoonlijke ervaring projectgroep).

Copinggedrag (zie ook bijlage 3) is een belangrijke factor bij succesvolle rehabilitatie. sterker neurocognitief disfunctioneren en neuroticisme hingen (onafhankelijk van elkaar) samen met een passieve vermijdende copingstijl. Meer extravertie ging samen met meer zoeken van sociale steun.⁵⁰

Mensen met schizofrenie hebben meestal een negatief zelfbeeld, dit hangt samen met de angst voor stigmatisatie en het zichzelf stigmatiseren. Nader onderzoek naar copingstrategieën laat zien, dat een vermijdende copingstijl een risicofactor is voor anticipatoire angst voor stigma's. Cognitieve gedragstherapie kan hiervoor worden ingezet.⁵¹

Mensen met schizofrenie hebben regelmatig tevens verschijnselen van PTSS (Post Traumatische Stress Stoornis). In diverse onderzoeken geeft men percentages tot 25%.⁵² Deze mensen hebben ernstiger psychiatrische symptomen, slechtere gezondheid, lager zelfvertrouwen en lagere kwaliteit van leven. Bij PTSS zijn uitkomsten van trajectbegeleiding ook slechter.

Acceptatie van de aandoening is moeizaam en langdurig. Verlieservaringen horen daarbij. Men zal waarschijnlijk de eerder gestelde doelen niet bereiken en de toekomstverwachting moeten bijstellen.^{46,53}

4.2.3 *Sociaal functioneren*

Het persoonlijke en sociale functioneren onderscheiden wij in:

- zelfverzorging;
- huishouden;
- werk en opleiding;
- rol binnen gezin;
- vrijwilligerswerk en sociale contacten.

Mensen met schizofrenie of een verwante psychose hebben moeite met het persoonlijk en sociaal functioneren door neurocognitieve stoornissen (vertraging in informatieverwerking,

de aandachtsstoornis), apathie, achterdocht, faalangst en sociale angst. Zowel de positieve symptomen als de negatieve en neurocognitieve symptomen veroorzaken verslechtering van het persoonlijk en sociaal functioneren.

Ongeveer de helft van de mensen met schizofrenie bezoekt een deeltijdbehandeling of dag-activiteitencentrum of arbeidsrehabilitatie.

Een grote groep mensen heeft een uitkering en weinig contacten. Men kan in een sociaal isolement raken en vereenzamen. Mensen met schizofrenie worden steeds afhankelijker van een kleinere groep mensen. Doordat deze afhankelijkheid door de cliënten niet als prettig worden ervaren zijn de verhoudingen met de vertrouwenspersonen vaak ambivalent. Zij raken hierdoor nogal eens in conflict met belangrijke personen uit hun kwetsbare netwerk.⁴⁶ Wie wel werkt, heeft meestal een baan met weinig werkdruk en verantwoordelijkheid. Het werk past vaak niet bij het niveau van opleiding.

Het sociale beloop is in het algemeen toch relatief gunstig; de grote meerderheid verbetert met uitzondering van een klein groepje (rond de 15%) die vooral in de eerste jaren verslechtert en dan niet weer herstelt; zij zijn sterk afhankelijk van psychiatrisch ziekenhuis of beschermd wonen.⁵⁴

Stigmatisatie en discriminatie op de werkplek spelen een belangrijke rol in de beleving van een werknemer met schizofrenie.^{55,56} Uit een groot internationaal onderzoek onder 732 mensen met schizofrenie in 28 landen bleek dat 29 procent van hen negatieve discriminatie ervaart bij het vinden en behouden van een baan. Van deze mensen voelde 72 procent dat zij de diagnose beter konden verzwijgen.⁵⁷

Herkeuringen in het kader van de arbeidsongeschiktheidsuitkering kunnen tot veel spanningen leiden, zeker bij mensen met schizofrenie (persoonlijke communicatie). Dit mag natuurlijk geen reden zijn om de herbeoordeling na te laten, immers, mensen met schizofrenie kunnen namelijk na jaren van stabilisatie en acceptatie weer benutbare mogelijkheden voor arbeid ontwikkelen. Een ogenschijnlijk stabiele situatie kan echter een wankel evenwicht zijn. De minste verstoring (casu quo gaan werken) kan decompenserend werken. Het tegenovergestelde kan ook: cliënten die ogenschijnlijk (binnen aanvaardbare grenzen) een sterk wisselend beeld vertonen, kunnen blijken een nieuwe situatie zoals werk, wél aan te kunnen. Hierin schuilt een paradox: aan de ene kant is de boodschap dat een deel van de mensen met schizofrenie over arbeidsmogelijkheden kan beschikken, aan de andere kant kent hij of zij beperkingen waar bij (her)beoordeling en re-integratie in werk sterk rekening meer gehouden moet worden. Dit illustreert eens te meer het belang van goede communicatie tussen en samenwerking van partijen.

4.2.4 *Impact op de omgeving*

De naaste omgeving van mensen met schizofrenie heeft het ook zwaar. Naast moeite met de communicatie en de zorg die zij moeten geven aan iemand met schizofrenie, waardoor zij zelf ook in een sociaal isolement komen, hebben zij ook nog wel eens schuldgevoelens. Er is machteloosheid, angst en onzekerheid over de toestand van hun familielid. Sommigen bieden zodanig financiële hulp dat zij zelf in financiële problemen komen. 25 procent van de familieleden kan niet met de klachten van de cliënt omgaan. 30 procent van de familieleden heeft geen contact meer met de cliënt.⁵⁸

4.2.5 *Lichamelijk functioneren*

Van de medicatie ervaart men bijwerkingen, zoals gewichtstoename, sedatie, bewegingsproblemen, verminderen of verdwijnen van seksuele gevoelens. Zie ook bijlage 4) Voorts komen stoornissen in de vet- en suikerstofwisseling en hypertensie voor, het zogenaamde ‘metabool syndroom’. Dit is een veel voorkomende complicatie met bedreigende effecten, door antipsychotica bevorderd.

Daarnaast is er nogal eens sprake van verslaving aan drugs (cannabis als zelfmedicatie) en/of alcohol met daarbij optredende lichamelijke verschijnselen.

Sommige mensen met schizofrenie vertonen bizarre somatische klachten (anatomisch en fysiologisch onmogelijk), die wijzen op een stoornis in het zich bewust zijn van lichamelijke integriteit.⁵⁹

Jonge mensen met psychotische klachten melden vaak dat ze last hebben van een verminderd gehoor, zonder dat deze klacht audiometrisch bevestigd kan worden. Diegenen die klagen over verminderd gehoor, hebben vaker psychoses.⁶⁰ Of de gehoorsklacht tot een beperking moet leiden, hangt ervan af of de arts vaststelt dat deze klacht de patiënt in het dagelijks leven of werk hindert (anamnese).

4.2.6 *Psychiatrische comorbiditeit*

Psychiatrische comorbiditeit kan bestaan uit een persoonlijkheidsstoornis, alcohol- en/of drugsgebruik, angststoornissen, PTSS en depressie, maar ook uit verstoorde gezinsverhoudingen.³⁹

4.2.7 *Geslachtsverschillen*

Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen in beloop.

Bij mannen begint de stoornis eerder met een heftiger verloop. De ziekte heeft bij vrouwen een gunstiger beloop. Het premorbide functioneren is beter, zij hebben minder ernstige negatieve symptomen en minder ernstige cognitieve functiestoornissen. Vrouwen hebben echter vaker een gestoorde stemming, akoestische hallucinaties en paranoïde wanen.

Van de vrouwen die schizofrenie ontwikkelen, doet 10% dat pas in de menopauze.

Het beloop is bij vrouwen op de korte en middellange termijn gunstiger, er is minder mid-delenmisbruik. Dit verschil is niet alleen toe te schrijven aan biologische invloeden (her-senanatomie en -functie onder invloed van gonadale hormonen, ‘nature’) maar ook aan psychologische en sociaal-culturele invloeden (‘nurture’). Bij vrouwen blijft het steunnet-werk langer intact. ^{34,61-63}

Arbeidsintegratie

Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen zijn van grote invloed op de mogelijkheid van cliënten om betaald werk te verrichten. In dit hoofdstuk vindt u informatie over schizofrenie en werk: de betekenis van betaald werk voor mensen met schizofrenie, hun arbeidsparticipatie en belemmeringen, persoonsgebonden voorspellers van de mogelijkheid van een cliënt om te werken en interventies om de kans op succesvolle arbeidsintegratie te vergroten.

5.1 Betekenis van betaald werk

Mede door extramuralisering en vermaatschappelijking van de GGZ verblijven de meeste mensen met schizofrenie tegenwoordig in de open samenleving. In de ambulante zorg voor deze groep heeft werken de laatste jaren weer een belangrijker plaats gekregen. Werken betekent dat men meedoet in de maatschappij en met andere burgers in contact komt. Bovendien blijkt uit onderzoek telkens dat de meeste mensen met ernstige psychische stoornissen ook willen werken.^{64,65} Degenen met werk wensen dat meestal te behouden, ook als het werk veel inspanning kost. Velen beschouwen werkhervatting als een belangrijke graadmeter voor hun maatschappelijk herstel.⁶⁶

Een betaalde baan kan mensen met ernstige psychische stoornissen, net als andere werkenden, de bekende voordelen bieden van een hoger inkomen, een dag- en weekstructuur, sociale contacten en maatschappelijk meetellen. Werk biedt ook de gelegenheid iets te bewijzen en aldus aan zelfachting te winnen.⁶⁷ Verder is werken voor velen een goede copingstrate-

gie: het helpt hen om eenzaamheid, somberheid of angsten te bestrijden, middelengebruik te beperken of nare stemmen te verdringen.⁶⁸

Menige hulpverlener is echter ambivalent over de waarde van werk voor cliënten. Men is beducht voor ziekmakende effecten als cliënten het werk niet aankunnen. Deze voorzichtigheid is niet zonder grond en weerspiegelt vaak ook de gemengde gevoelens van cliënten zelf. Omdat hun zelfbeeld al veel deuken heeft opgelopen, gaan zij riskante initiatieven liever uit de weg. Werk is dan een levensdomein waarin zij vanwege verwacht verlies aan zelfachting en gezondheid niet langer durven te investeren.

5.2 Arbeidsparticipatie van mensen met schizofrenie

De afstand tussen wens en werkelijkheid is groot als het gaat om arbeidsdeelname van mensen met schizofrenie. Hun arbeidsdeelname is veel lager dan die van de gehele beroepsbevolking.⁶⁹ In een Australisch onderzoek onder kostwinners had 21 procent van degenen met een psychotische stoornis een betaalde baan, was 4 procent werkzoekend en participeerde een vijfde in een vorm van arbeidsreïntegratie.⁷⁰ In de Verenigde Staten komt de arbeidsdeelname van deze groep niet boven de 20 procent.⁷¹

In Engeland nam het aandeel werkenden bij mensen met schizofrenie af van 40 procent in 1955 tot 8 procent in 2000.⁷²

Voorheen was namelijk het aanbod van laaggeschoolde, min of meer beschutte arbeidsplaatsen groter en gevarieerder, en was er een duidelijker noodzaak om in het eigen levensonderhoud te voorzien. In de afgelopen decennia zijn de vereisten voor een betaalde baan beduidend opgeschroefd.

In een onderzoek in South Essex⁶⁵ gaf 60 procent van de geïnterviewde cliënten aan graag te willen werken, terwijl 70 procent van hen helaas geen ondersteuning kreeg om dit doel te bereiken.

Ook in Nederland is de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische stoornissen zeer bescheiden. Onderzoek bij 2070 cliënten van ambulante GGZ-teams en beschermde woonvormen gaf aan dat 18 procent betaald werk had (12 procent regulier en 6 procent gesubsidieerd). Bijna de helft had geen structurele dagbesteding.⁷³

De arbeidscarrières van mensen met ernstige psychische stoornissen vertonen doorgaans een dalende lijn. Ten eerste verliezen velen hun baan en blijven vervolgens werkloos, ten tweede blijft een kleinere groep wel aan het werk, maar op een lager niveau dan voorheen. Deze neerwaartse lijn begint al vroeg in de ziektecarrière, vaak al voordat de stoornis formeel is vastgesteld.⁷⁴ In een Amerikaans onderzoek⁷⁵ bleek dat personen die later de diagnose schizofrenie zouden krijgen, al vóór de eerste opname in posities onder hun niveau waren terechtgekomen. Zij zouden zelf een werkomgeving met weinig stimulatie uitzoeken om een

psychose te voorkomen. Volgens de onderzoekers nemen echter in een sociaal geïsoleerde werkomgeving de negatieve symptomen eerder toe, waardoor de cliënt nog kwetsbaarder wordt voor sociale overstimulatie. Cliënten die snel behandeld werden voor hun eerste psychose en genoeg sociale steun kregen, gingen na drie jaar beduidend vaker volledig aan het werk dan cliënten die later hulp kregen.⁷⁶

De neergaande lijn in de arbeidscarrière zet zich meestal door in de eerste vijf à tien jaar nadat de aandoening zich heeft aangediend. In die ‘kritische periode’ doen zich de grootste schommelingen in symptomen en sociaal functioneren voor, vaak resulterend in ziekenhuisopnames. Deze jaren vallen in de levensfase waarin cliënten de statuspassages naar de volwassenheid maken: partner, huishouden, beroeps carrière. Jongeren met psychosen voelen zich dan ook op forse achterstand gezet.

Na vijf à tien jaar blijken de ziekte en het functioneren zich te stabiliseren. Dan dienen zich mogelijkheden aan voor herstel. Hoewel schizofrenie een chronische aandoening is die beperkingen met zich meebrengt, zijn de uitkomsten op de langere termijn heterogeen. Na verloop van tijd krijgen mensen met schizofrenie nieuwe kansen in het leven, ook op het gebied van werk. Dat blijkt uit longitudinale studies waarin leven, ziektebeloop en loopbanen van mensen met schizofrenie over periodes van tien tot veertig jaar werden gevolgd.⁶⁷

5.3 Belemmeringen voor arbeidsparticipatie

De lage arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische stoornissen^a is het gevolg van externe en interne of persoonlijke factoren. Hierna vindt u een overzicht.

Werkgelegenheid

De werkgelegenheid beïnvloedt de arbeidskansen van mensen met schizofrenie.^{71,77} Net als andere zwakke groepen op de arbeidsmarkt worden zij het hardst getroffen door recessies. Werkgevers selecteren vaak de gezondste en productiefste werknemers, bij krimpende werkgelegenheid neemt dit mechanisme toe.

^a Relevante publicaties over arbeidsparticipatie en arbeidsrehabilitatie hebben zelden betrekking op uitsluitend mensen met schizofrenie. Meestal bestaat de onderzochte groep uit mensen met ernstige psychische stoornissen (*severe mental illness*), waarbinnen mensen met schizofrenie altijd de meerderheid vormen (ten minste 60 procent). Alleen als daarvoor een duidelijke aanleiding is, maken wij apart melding van onderzoeksbevindingen die uitsluitend betrekking hebben op mensen met schizofrenie.

Kwaliteit van het werk

Net als andere werkenden functioneren ook mensen met psychische stoornissen beter onder gunstige arbeidsomstandigheden: in een veilig werkklimaat met ontwikkelingskansen en een heldere stijl van leiding geven. Vooral onder aan de arbeidsmarkt zijn zulke posities schaars. Als werk met een hoog ‘lastkarakter’ bij anderen al tot gezondheidsklachten en werkstress leidt, is dit voor werkenden met schizofrenie extra belastend.⁷⁸ Hebben zij ervaren dat onder slechte arbeidsomstandigheden hun moeizaam verworven stabiliteit in gevaar komt, dan solliciteren zij niet opnieuw naar dergelijke banen.⁶⁷ In een klein Nederlands onderzoek bleken werknemers met schizofrenie in beroepen met weinig autonomie, een opgelegd werktempo en een voorgeschreven werkindeling, lawaai en misschien ook zwaar lichamelijk werk de hoogste uitval te hebben. Zij vielen uit doordat ze onvoldoende functioneerden, doordat ze het werk niet aankonden en door algemene klachten zoals oververmoeidheid en stress.⁷⁹

Armoedeval of ‘Benefits trap’

Vooral bij laaggeschoolde arbeid is het salaris nauwelijks hoger dan een uitkering.^{80,81} Dit stimuleert niet tot werk.

Vooroordelen

Er zijn aanwijzingen dat veel werkgevers en collega’s vooroordelen hebben over mensen met ernstige psychische stoornissen.⁸² Werkgevers zijn vaak bang dat deze werknemers onaangepast gedrag vertonen, niet tegen hoge werkdruk bestand zijn, zich niet aan nieuwe situaties kunnen aanpassen, meer leiding vragen en vaker verzuimen.^{83,56} Veel psychiatrische patiënten verzwijgen de ziekte dan ook bij sollicitaties. Anderen solliciteren niet meer, omdat ze zich door hun psychiatrische status kansloos achten. Deze vermijdingsreactie wordt geanticipeerde discriminatie genoemd.⁵⁷

Beleid en praktijk van arbeidsintegratie

De WIA biedt werkgevers die een arbeidsongeschikte in dienst nemen voorzieningen om risico’s te compenseren: een no-riskpolis, premiekorting, proefplaatsingen, mogelijkheden voor loondispensatie, werkplekaanpassingen en jobcoaching. Werkgevers zijn echter nauwelijks op de hoogte van deze voorzieningen, waardoor ze huiverig blijven om arbeidsongeschikten in dienst te nemen.⁸⁴ Daarnaast zijn mensen met psychische beperkingen bang dat ze – als ze het werk niet aankunnen en uitvallen – opnieuw gekeurd moeten worden en hun arbeidsongeschiktheidsuitkering deels verliezen. Bovendien zijn re-integratiebedrijven niet erg toegankelijk voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Omdat de begeleiding vaak intensief en langdurig is, richten die bedrijven zich liever op anderen die minder begeleiding vragen.

Een betrekkelijk gering aantal mensen met schizofrenie werkt in de sociale werkvoorziening. De sociale werkvoorziening is nog steeds onvoldoende ingesteld op de arbeidswensen, -mogelijkheden en -beperkingen van deze groep.⁸⁵

Voor mensen met ernstige psychische stoornissen, zoals schizofrenie, laat de arbeidsintegratie dus veel te wensen over. En voor degenen die aan het werk kunnen, is de continue begeleiding die zij nodig hebben nog te weinig beschikbaar. Ook zijn hun arbeidsintegratietraject en de reguliere GGZ-hulp meestal gebrekkig op elkaar afgestemd.^{86, 87}

Geen werkervaring

Velen hebben hun opleiding niet afgemaakt of kregen vlak na afronding een terugval, waardoor zij nooit werkervaring hebben opgedaan. Hierdoor hebben zij geen reëel zelfbeeld over hun arbeidsfunctioneren opgebouwd.

Geen basale arbeidsvaardigheden

Mensen met schizofrenie hebben, mede als gevolg van hun ziekte, beperkingen in basale arbeidsvaardigheden, zoals concentratievermogen en het vermogen om met stress om te gaan en met onoverzichtelijke taken en situaties.

Onvoldoende sociale vaardigheden

Van werknemers wordt tegenwoordig verwacht dat zij voldoende opleiding en werkervaring hebben, maar ook dat zij goed communiceren, voor zichzelf kunnen opkomen, kunnen samenwerken, stressbestendig en flexibel zijn en initiatief tonen. Mensen met schizofrenie hebben juist met deze sociale vereisten van werken vaak veel moeite, evenals met de informele communicatie met collega's.⁶⁷

Directe gevolgen van stoornis en medicatie

De directe gevolgen van de stoornis en de medicatie zijn beperkingen als een verergering van positieve symptomen,⁸⁸ ernstige negatieve symptomen^{89,90} of opnames.⁹¹ Mede hierdoor nemen de veerkracht en het zelfvertrouwen af die de cliënt nodig heeft om te kunnen werken. Ook kunnen bijwerkingen van medicatie de arbeidsbeperkingen versterken.⁷⁸ In bijlage 4 vindt u een overzicht van bijwerkingen van antipsychotica die relevant kunnen zijn voor de arbeidsgeschiktheid, waaronder te veel sedatie en een negatieve invloed op het neurocognitief functioneren. Soms kan een behandelaar bij ongunstige bijwerkingen een middel vervangen, om te proberen de arbeidsgeschiktheid positief te beïnvloeden.

5.4 Persoonsgebonden voorspellers van arbeidsparticipatie

Uit een review van longitudinale studies naar persoonsgebonden voorspellers van het vinden en behouden van betaald werk na deelname aan een arbeidsrehabilitatieprogramma⁹² bleek dat goede uitkomsten het sterkst samenhangen met tijdens programmadeelname gemeten arbeidsvaardigheden en met hogere arbeidsgerelateerde self-efficacy (de mate waarin de persoon zelf een gunstige uitkomst als haalbaar ziet). Ook het sociaal functioneren op andere levensgebieden, vooral het hebben van een partner, voorspelt arbeidsparticipatie.

Verder hangen gegevens over het actuele functioneren (zoals actuele arbeidsvaardigheden) sterker samen met succesvolle arbeidsparticipatie dan gegevens over het arbeidsverleden. Tot slot blijkt dat de psychiatrische diagnose, zoals schizofrenie, geen onafhankelijke invloed heeft op de arbeidsuitkomsten na deelname aan arbeidsrehabilitatie. De ernst van de psychiatrische symptomen heeft in sommige studies wel, en in andere geen significante relatie met gunstige arbeidsuitkomsten.

Een van de conclusies is dat zelfinzicht en inschatting van eigen mogelijkheden kernonderwerpen behoren te zijn in de arbeidsassessment voor mensen met ernstige psychische stoornissen. In dit kader zijn twee instrumenten ontwikkeld en getest: de Arbeidsvaardighedenlijst (AVL) en een instrument voor de inschatting van zelfmanagement van psychiatrische problematiek in de arbeidsrehabilitatie (ZMP-AR).⁹³

Een beperking van de review van Michon⁹³ was dat enige potentiële voorspellers geen plaats hadden in de geïncludeerde studies. Dat gold onder meer voor somatische aandoeningen en comorbide middelengebruik⁹⁴, en voor cognitieve beperkingen (in concentratie, verbaal leervermogen, informatie onthouden en executieve functies). Er zijn sterke aanwijzingen dat juist cognitieve beperkingen, inclusief beperkingen in de sociale cognitie, sterk samenhangen met iemands kans van slagen op de arbeidsmarkt^{12,89,95-99}

De volgende demografische kenmerken blijken de arbeidsdeelname te voorspellen van mensen met ernstige psychische stoornissen: recent arbeidsverleden, leeftijd en opleiding.¹⁰⁰ Er is geen verschil gemeten tussen mannen en vrouwen bij het verkrijgen van betaald werk, maar mannen werkten wel beduidend meer uren. Hoewel blanke deelnemers vaker betaald werk vonden dan leden van etnische minderheden, werkten de laatsten, als zij een baan hadden, wel meer uren per maand.

5.5 Interventies

Interventies om iemands arbeidsmogelijkheden te herstellen, te behouden of uit te breiden, worden gevat onder de term *arbeidsrehabilitatie*. Hierbij worden diverse methoden gecombineerd, zowel gericht op het individu als op de omgeving. Het is de bedoeling dat de cliënt een actieve inbreng heeft. De aard van het nagestreefde werk kan uiteenlopen van vrijwilligerswerk en beschutte arbeid tot regulier betaald werk.⁶⁷

Een belangrijke ontwikkeling op dit terrein is Individual Placement and Support (IPS). Op zeven locaties in Nederland is inmiddels IPS beschikbaar. In paragraaf 5.5.2 vindt u nadere informatie over deze vorm van arbeidsintegratie.

5.5.1 *Arbeidsintegratie: programma's en interventies*

In Nederland kenmerken de meeste arbeidsprogramma's van mensen met schizofrenie zich door lange voorbereidingstrajecten en alternatieven voor reguliere arbeid, zoals vrijwilligerswerk en beschutte arbeid.¹⁰¹ De meest voorkomende methodieken zijn de Individuele Trajectbegeleiding (ITB) en de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). De ITB is specifiek gericht op werk, terwijl de IRB zich ook richt op wonen, sociale contacten en dagbesteding. In het algemeen kiest men in Nederland voor een op het individu afgestemde benadering en een stapsgewijze aanpak, waarbij cliënten eerst uitgebreid voorbereid en getraind worden, voordat ze geplaatst worden (het train-then-place principe).

Supported Employment (SE), of begeleid werken, markeert een paradigmawisseling in de arbeidsintegratie van mensen met beperkingen. Bij SE is het train-then-place principe vervangen door het place-then-train principe: deelnemers worden gericht getraind en gecoached nádat ze een reguliere baan gevonden hebben.¹⁰² Analoog aan SE is supported education of begeleid leren ontstaan. Begeleid leren richt zich op het kiezen, verkrijgen en behouden van een reguliere opleiding naar keuze.¹⁰³ Begeleid werken en begeleid leren winnen langzaam terrein in de Nederlandse praktijk.

5.5.2 *Individual Placement and Support*

De nieuwste ontwikkeling is het model van Individual Placement and Support of Individuele Plaatsing en Steun (IPS).^{86,104} IPS heeft de volgende hoofdkenmerken:

- Het doel van IPS is dat de cliënt regulier betaald werk vindt.
- De trajectbegeleider maakt deel uit van een GGZ-team.

- Elke cliënt die wil werken, kan IPS-begeleiding krijgen.
- De trajectbegeleider helpt cliënten snel bij het zoeken naar betaald werk.
- De trajectbegeleider ondersteunt de cliënt en zijn of haar omgeving zolang dat nodig is.
- De voorkeuren van de cliënt staan centraal. Gezocht wordt naar een baan die aansluit bij de kwaliteiten, interesses en werkervaring van de cliënt.
- Cliënt en werkgever krijgen advies bij het regelen van administratieve zaken (uitkering, re-integratie-instrumenten en arbeidscontracten).

IPS onderscheidt zich van andere modellen doordat deze methode arbeidsrehabilitatie en andere GGZ-hulp integreert. De reden voor deze aanpak is dat de gebruikelijke afstand tussen GGZ-hulp en arbeidsintegratie tot veel afstemmingsproblemen leidt.

5.5.3 Effectiviteit van SE en IPS

Er is overtuigend bewijs dat SE-modellen, in het bijzonder IPS, mensen met ernstige psychische stoornissen vaker aan betaald werk helpen. Dit blijkt uit de meta-analyse van de Cochrane Library en de update van NICE, waarin 18 respectievelijk 20 RCT's waren geïncludeerd.^{27,105,106} SE leidt vaker tot betaald werk dan stapsgewijze arbeidsvoorbereiding en standaardzorg. Ook verdienen SE-deelnemers meer, en werken zij meer uren. SE is effectiever dan andere modellen van arbeidsrehabilitatie, ongeacht de sekse, leeftijd, etnische achtergrond, diagnose en ernst van de symptomen van de deelnemers.¹⁰⁷

De effectiviteit van IPS is aangetoond in twee quasi-experimentele studies en negen RCT's.¹⁰⁸ Al deze studies leveren een consistent beeld op: cliënten van IPS vinden vaker een reguliere betaalde baan dan cliënten van andere arbeidsrehabilitatieprogramma's. De meta-analyse van Twamley et al.¹⁰⁹ toont aan dat 51 procent van de IPS-deelnemers bij follow-up een betaalde baan had, tegenover 18 procent van de deelnemers aan andere programma's. Het gaat hier uitsluitend om programma's voor mensen met schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Verder zijn enkele studies verricht naar de resultaten van IPS op langere termijn.^{110,111} Hoewel de onderzoeksgroepen klein waren, stemmen de bevindingen hoopvol: de meeste deelnemers hadden na tien tot twaalf jaar nog steeds betaald werk.

Recentelijk is ook in Europa onderzoek gedaan naar de effectiviteit van IPS. Uit een RCT in zes Europese landen bleek dat IPS-deelnemers meer dan twee keer zo vaak betaald werk vonden als cliënten uit de controlegroep.⁷⁷ Ook behielden zij langere tijd hun baan en werkten zij meer uren per week. De Universiteit van Groningen heeft namens Nederland meegeedaan aan deze studie. De onderzoeksgroep was echter te klein om iets te kunnen zeggen over

de effectiviteit van IPS hier te lande. Dat kan straks wel op basis van de lopende RCT op vier Nederlandse locaties.

Het Amerikaanse IPS-model kan niet klakkeloos worden gekopieerd. Nederland en de Verenigde Staten verschillen nogal in zorgsysteem, arbeidscultuur, sociale voorzieningen, arbeidsmarkt, arbeidsmotivatie van cliënten en regelgeving. In 2003-2005 is de uitvoerbaarheid van IPS onderzocht in een project waaraan vier GGZ-instellingen deelnamen.^{112,113} De conclusie was dat IPS ook in Nederland kans van slagen heeft, mits het gedegen wordt voorbereid, er voldoende tijd is voor de programmaleider, medewerkers een intensieve IPS-training krijgen, en de financiering van de IPS-trajecten adequaat en tijdig geregeld kan worden. Steeds meer GGZ-instellingen zijn van plan IPS in te voeren. Een stimulans is dat IPS wordt aanbevolen in de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.²

5.5.4 *Effectiviteit van andere interventies dan IPS*

Gecontroleerde studies naar de effectiviteit van andere arbeidsinterventies dan SE en IPS zijn nauwelijks verricht. Wel is aangetoond dat ACT (een intensieve vorm van thuiszorg of casemanagement; zie paragraaf 3.6.4) bij mensen met schizofrenie 10 tot 15 procent meer betaalde banen oplevert dan standaardzorg of rehabilitatie vanuit de kliniek.^{114,115} Verder bieden zogeheten *Fountain houses* in de Verenigde Staten hun leden behalve een ontmoetingsplek in de samenleving ook een redelijk succesvolle toeleiding naar betaald werk.^{116,117} Het *Fountain house*-model geniet echter nauwelijks aanhang in Nederland.

De meest gebruikte methodieken in Nederland, de ITB en de IRB, zijn nog nauwelijks op hun effectiviteit onderzocht. In Nederland is wel de eerste RCT naar de IRB uitgevoerd.¹¹⁸ De IRB benadering blijkt effectiever dan gebruikelijke rehabilitatie in het bereiken van persoonlijke doelen van cliënten, ook op het gebied van arbeid en dagbesteding.

5.5.5 *Effecten van arbeidsrehabilitatie op andere gebieden dan werk*

Mensen met ernstige psychische stoornissen die betaald werk vinden en behouden, ongeacht via welk programma, boeken ook op andere punten vooruitgang.¹¹⁹ Dat blijkt uit onderzoek van Mueser et al.,¹²⁰ dat deelnemers aan arbeidsrehabilitatieprogramma's volgt over een periode van achttien maanden. Deelnemers die een betaalde baan hadden bij follow-up, hadden minder symptomen, meer zelfvertrouwen en waren tevredener met hun inkomen en het programma dan degenen zonder betaald werk. Vergelijkbare uitkomsten vonden Bond et al.¹²¹ Torrey et al.¹²² vonden echter dat betaald werk krijgen geen invloed had op de zelfwaardering van de betrokken cliënten.

Het ontvangen van een salaris blijkt van cruciale betekenis. Uit een RCT¹²³ bleek dat mensen met schizofrenie die betaald werk hadden, meer uren werkten, een hoger inkomen hadden, minder last van symptomen ondervonden en minder vaak heropgenomen werden dan degenen met onbetaald werk. In een studie van Bryson et al.¹²⁴ verbeterde ook de kwaliteit van leven van mensen met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis significant als zij betaald werk hebben. Dit is niet het geval bij degenen die onbetaald werk verrichten.

5.5.6 *Mogelijkheden om IPS te verrijken of aan te vullen*

De laatste jaren zijn extra interventies bedacht om IPS te verrijken of aan te vullen. Volgens Murphy et al.¹²⁵ kan het behouden van betaald werk bevorderd worden door twee interventies, sociale steun en begeleid leren, toe te voegen. IPS kan ook worden uitgebreid met vaardigheidstrainingen gericht op herkennen van werkstressoren, omgaan met problemen op de werkvloer en verbeteren van arbeidsvaardigheden.^{126,127} In Nederland kennen we deze training als de Liberman-module ‘Omgaan met werk’.

Het arbeidsfunctioneren van mensen met schizofrenie wordt vaak negatief beïnvloed door cognitieve beperkingen. Met behulp van SE of IPS vinden zij niches in de arbeidswereld waar hun cognitieve beperkingen niet als storend worden ervaren.¹²⁸ McGurk en Mueser⁹⁵ laten zien dat trajectbegeleiders in SE-programma’s hun cliënten op vele manieren bijstaan om hun cognitieve beperkingen op te heffen of te compenseren.

McGurk et al.¹²⁹ onderzochten het Thinking Skills for Work Program, een aan arbeidsrehabilitatie toegevoegde cognitieve training. De 23 deelnemers vonden vaker regulier werk dan de 21 mensen die de training niet gevolgd hadden (70 procent versus 14 procent). Ook behielden zij hun baan beduidend vaker, werkten ze meer uren en verdienden ze hogere salarissen. Vergelijkbare positieve uitkomsten zijn te vinden bij anderen.^{130,131}

Verder wordt geëxperimenteerd met cognitieve gedragstherapie, specifiek gericht op het arbeidsfunctioneren van mensen met schizofrenie.¹³² Hierbij leren deelnemers hun gedachten, gevoelens en acties om werk te verkrijgen en te behouden in een positieve richting te sturen.

Tot slot kan de arbeidsmotivatie van mensen met psychische beperkingen met behulp van gerichte interventies worden verhelderd en verhoogd. Zo is *motivational interviewing* een geschikte gesprekstechniek bij (potentiële) IPS-deelnemers die ambivalent zijn over hun herintrede in het arbeidsproces.¹³³

5.5.7 *Conclusies*

Van alle arbeidsinterventies voor mensen met schizofrenie of een andere ernstige psychische stoornis heeft IPS veruit de beste papieren. Uit een groot aantal buitenlandse effectstudies is gebleken dat werkzoekenden met schizofrenie met behulp van een IPS-programma een reguliere betaalde baan kunnen krijgen en behouden. Bovendien wordt voortdurend nagegaan met welke interventies IPS verrijkt moet worden om zo veel mogelijk deelnemers aan de gewenste baan te helpen. Overigens moet nog worden aangetoond of IPS ook in Nederland effectief is. Duidelijk is al wel dat IPS hier uitvoerbaar is, mits een zorgvuldige implementatiestrategie wordt gevolgd.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Hoewel het bij schizofrenie en verwante psychosen enerzijds gaat om een ernstige aandoening, zijn er steeds meer aanwijzingen dat ook voor een deel van de mensen met deze aandoening een activiteit als werk of opleiding, mits voldoende aangepast, mogelijk kan zijn. Er zullen echter bijna altijd aanpassingen nodig blijken.

Aan de poort van de WIA en bij beoordeling voor de Wajong staat de verzekeringsarts bij een werknemer met schizofrenie of een verwante psychose voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, de actuele functionele mogelijkheden, de prognose en de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding (zie algemene inleiding). Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis moet de verzekeringsarts het re-integratieverslag (riv) toetsen. Dit geeft een helder overzicht van het voortraject (de twee jaar loondoorbetaling), te weten:

- de behandeling en de evaluatie daarvan;
 - de re-integratieactiviteiten en de evaluatie daarvan;
 - een overzicht van de belemmerende factoren (stagnatie) en evaluatie van het plan van aanpak daarvoor.
-

De verzekeringsarts doet navraag naar het arbeidsverleden. Heeft de werkgever zich voldoende inspanningen voor re-integratie getroost? Is de behandeling geëvalueerd en is er adequaat gereageerd als er vertraging dreigde op te treden (wachttijden, niet-optimale communicatie tussen behandelaars)?

Aan bod komen nu de zes onderdelen van de sociaal-medische voorgeschiedenis uit het protocol. Bij deze onderdelen houdt de verzekeringsarts rekening met de volgende aspecten:

- de visie van de cliënt op zijn of haar arbeidsmogelijkheden;
- de ingestelde behandelingen;
- het arbeidsverleden;
- de re-integratie-inspanningen (volgens het riv);
- de evaluatiemomenten, (bijstellingen van) plannen van aanpak.

Ook houdt de verzekeringsarts rekening met de volgende aspecten:

- De leeftijd van de cliënt beïnvloedt de klachtenbeleving of -erkenning (adolescentie).
- De aandoening stabiliseert zich veelal pas na vele jaren.

6.1.1 *De ernst van de ziekte, het beloop*

In de eerste plaats vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de ernst van de aandoening, de behandeling en de begeleiding. Hij of zij beoordeelt ook de medicatie en de bijwerkingen (zie bijlage 4). Bij jongeren kijkt hij of zij of er retrospectief sprake is van verminderd functioneren (soms een ‘knik’, soms een wat geleidelijker proces), zoals doubleren, een diploma niet halen, zich terugtrekken. Dit is van belang om een eerste arbeidsongeschiktheidsdag vóór het zeventiende jaar vast te stellen en zodoende met terugwerkende kracht een Wajong-uitkering te kunnen toekennen.

6.1.2 *Het cognitief functioneren*

Er blijken verschillende meningen over de waarde van neuropsychologisch onderzoek bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden. De werkgroep meent dat de verzekeringsarts bij het maken van een inschatting van het premorbide cognitieve functioneren en het IQ (bijvoorbeeld door te vragen naar belangstelling en opleiding) ook ondersteund kan worden door het meenemen van recente gegevens van neuropsychologisch onderzoek (door opvragen van een uitslag dan wel het aanvragen van zo’n onderzoek). Deze gegevens leveren dan een bijdrage aan het meer valide inschatten van arbeidsmogelijkheden.

6.1.3 *Het copinggedrag (zie ook bijlage 3)*

Het beoordelen van het copinggedrag wordt gezien de literatuur door de projectgroep beschouwd als een belangrijk onderdeel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

6.1.4 *De sociale contacten*

Een steunend netwerk kan een slechte prognose gunstig beïnvloeden, terwijl een goede prognose door bijkomende problematiek ongunstig kan worden. Om te bepalen wat geschikte interventies zijn en om een prognose te maken, moet de verzekeringsarts de invloed van cultuurspecifieke factoren beoordelen. Hij of zij kan hiervoor de STECR-assist *Sociaal Medische Begeleiding van Allochtonen* raadplegen.¹³⁴

6.1.5 *Het ziektebesef en -inzicht*

Sommige mensen met schizofrenie hebben een andere opvatting over wat er met hen aan de hand is en wat daarvan de oorzaak kan zijn dan de mensen om hen heen. Zij hebben niet altijd een realistisch ziektebesef en -inzicht, vooral niet in het begin van de ziekte. Dit heeft bij jongeren ook vaak te maken met het feit dat ze veelal denken en hopen dat zij maar eenmaal een psychose zullen krijgen. Vaak herstellen zij vrij goed na een eerste psychose. Na verloop van tijd is dat voor een aantal van hen aanleiding om met de medicatie te stoppen, waardoor de kans op een nieuwe psychose toeneemt.

6.1.6 *Het dagverhaal*

Veel cliënten vertellen hun verhaal niet conform de realiteit, maar zoals men het zou willen en/of het in de eigen beleving is. Zowel overschatting als onderschatting van de eigen mogelijkheden komt voor. Schaamte en onzekerheid spelen hierbij een rol. Daarom is het verstandig om naar de keuring een begeleider mee te (laten) nemen die hen goed kent. Het is ook goed om zich te realiseren dat de ene dag de andere niet is. De belastbaarheid van cliënten is over het algemeen sterk wisselend.

Een veel voorkomend probleem is dat cliënten in de ochtend vaak moeilijk of niet op gang komen en lang slapen (12 uur per etmaal). Dit kan ook door de medicatie komen. Het heeft vaak niet te maken met lui zijn of ongemotiveerd zijn. Het kan passen in een fase van het ziektebeeld en het kan ook een hardnekkig negatief symptoom zijn.

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij het beoordelen van de functionele mogelijkheden is het belangrijk er vanuit te gaan dat bij de behandeling en begeleiding van mensen met schizofrenie het vrij blijven van terugval in psychotische episoden het belangrijkste doel is. Immers, elke terugval draagt het gevaar in zich dat het niveau van functioneren van voor de terugval niet meer gehaald wordt. In de praktijk blijkt de kans op recidiefpsychose bij een vaste dagstructuur te verkleinen. Qua beperkingen is het aanbrengen van een dagstructuur zonder of met minimale afwijkingen van de dagelijkse routine daarom belangrijker dan een beperking van de te werken uren. Concreet betekent dit, dat een productiefunctie mogelijk geschikter is dan bij voorbeeld een verkoopfunctie. Eigen mening en motivatie zijn op zichzelf weliswaar geen grond voor arbeidsbelemmering door ziekte maar kennis ervan is belangrijk voor het vaststellen van de werkelijke beperking. Immers, een hoge motivatie kan aanleiding zijn tot onderschatting van die beperking en omgekeerd. Motivatie is een factor die nader onderzocht kan worden, omdat zich interventiemogelijkheden kunnen manifesteren. Het is een voorspeller van uiteindelijk succes (aan het werk komen) en van groot belang voor de re-integratiecoach en begeleider in het vervolgtrajact. (zie ook ¹⁾) Beperkingen vloeien voort uit de positieve, negatieve en neurocognitieve symptomen van de schizofrenie. Ook psychische en lichamelijke comorbiditeit en medicatiegebruik (bijwerkingen) kunnen het functioneren beïnvloeden.

Overleg met behandelend artsen, andere professionele begeleiders en, waar relevant, het CBR kan zinvol zijn voor het vaststellen van de benutbare mogelijkheden van de individuele cliënt. Men dient te bedenken dat de capaciteiten ook door werk weer kunnen toenemen. Er is bovendien ook een gewenningsperiode nodig.

Een deel van de cliënten met schizofrenie, die opgenomen zijn of volledig disfunctioneren op het persoonlijke of sociale vlak, heeft geen benutbare mogelijkheden voor arbeid. In dat geval is de standaard 'Geen Benutbare Mogelijkheden' (GBM) van toepassing. GBM kan men stellen als er sprake is van bedlegerigheid, opname, ADL-afhankelijkheid, of persoonlijk en sociaal disfunctioneren. Bij mensen met schizofrenie, die sterk wisselende mogelijkheden hebben, kan GBM ook van toepassing zijn.

Op een zorgvuldige afweging met betrekking tot het moment waarop een functionele mogelijkheden lijst (FML) wordt opgesteld is in de inleiding al gewezen. De gestandaardiseerde zoekcriteria in de FML zijn niet altijd exact dezelfde als de eisen die vanuit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek aan werk gesteld worden. Zij zijn bedoeld om een geautomatiseerd zoekproces mogelijk te maken. Men moet dus een vertaling maken van het klinisch

beeld naar de deelaspecten van het FML, zodat er bij het zoekproces functies worden geselecteerd waarvan kan worden verwacht dat ze voor wat betreft de belasting zouden kunnen voldoen aan de beperkingen van cliënt.

De arbeidsdeskundige stelt in de professionele eindselectie de geschiktheid van de geselecteerde functies definitief vast. Hij of zij bepaalt dit in principe per functie en zoals gebruikelijk in overleg met de verzekeringsarts. Bij cliënten met schizofrenie zal dit overleg intensief zijn.

Dit zijn de aandachtspunten voor de verzekeringsarts bij het invullen van de FML:

- Rubriek I:
 - concentratie en aandacht, verdeling van de aandacht;
 - geheugen;
 - inzicht in eigen functioneren;
 - doelmatig handelen;
 - zelfstandig handelen;
 - handelingstempo;
 - begeleiding;
 - voorgestructureerd of routinematig werk;
 - geen afleiding;
 - geen onverwachte veranderingen;
 - geen tijdslimieten;
 - geen hoog handelingstempo;
 - geen persoonlijk risico;
 - het beroepsmatig chaufferen moet met name goed beoordeeld worden.^a

- Rubriek II:
 - gezicht en gehoor (het is van belang om na te gaan of de cliënt ook slechthorend is);
 - uiten van emoties;
 - omgaan met emoties van anderen;
 - conflicthantering;

^a De tekst uit de medische rijgeschiktheidseisen (CBR) luidt: 'Psychotische episoden maken de betrokkene ongeschikt voor elk rijbewijs. Als er sprake is van een geslaagde behandeling (twee jaar recidievrij, een zekere mate van ziekte-inzicht) en de defecttoestand hooguit licht van aard is, hoeft er geen reden te zijn om de keurling zonder meer ongeschikt te verklaren voor het rijbewijs. Wel is dan steeds een specialistisch rapport vereist. Bij een gunstig rapport bedraagt de maximale geschiktheidstermijn vijf jaar; deze personen zullen alleen geschikt zijn voor rijbewijzen van groep 1. Personen die voor de behandeling van hun aandoening een hoge dosering neuroleptica nodig hebben, zijn ongeschikt voor het rijbewijs.'¹³⁵

- samenwerking;
 - vervoer;
 - afbreukrisico;
 - eindverantwoordelijkheid;
 - contacten met cliënten of patiënten en leidinggevenden;
 - in een kleine, vertrouwde groep werken.
- Rubriek III:
 - gevoeligheid voor lawaai, auditieve prikkels.
- Rubriek VI:
 - aantal uren werk per dag en week;
 - wisselende diensten en onregelmatige werktijden;
 - zowel preventief en energetisch als in verband met behandeling is een urenbeperking vaak aan de orde.

Uiteraard is de FML geen doel op zich, maar een tussenstap, bedoeld om een voorselectie te maken. Vervolgens zal per functie de geschiktheid moeten worden vastgesteld.

6.3 Te verwachten beloop

Van de verzekeringsarts wordt verwacht dat hij of zij een prognose maakt van de arbeidshandicap. Een prognose is nodig om vast te stellen voor welk type uitkering de cliënt in aanmerking komt: WGA of IVA (als hij of zij geen recht heeft op Wajong). Voor een goede prognose moet de verzekeringsarts inzicht hebben in het mogelijk beloop van de aandoening. Zoals vermeld in hoofdstuk 4 is de aandoening meestal chronisch en wisselend van beloop. Op zijn vroegst vijf tot tien jaar na de eerste symptomen is medisch gezien een stabielere situatie bereikt. Het gaat echter niet om de status van de ziekte alleen, maar ook om de wijze waarop cliënt zich aan zijn of haar handicaps heeft aangepast. Door oefening, gewenning en dergelijke kan die veranderen, waardoor arbeidsmogelijkheden kunnen toenemen.¹

Naast het medische beloop en de behandeltrouw is het sociale beloop van groot belang voor het functioneren in het werk. Werken kan goed zijn voor mensen met schizofrenie of een verwante psychose. De keuze van het werk is daarbij van belang: het niveau moet passen bij iemands capaciteiten en mag niet te hoog of te laag zijn. Een verkeerde keuze kan het beloop negatief beïnvloeden.

De huidige aanpak met IPS biedt meer kansen voor een effectieve arbeidsrehabilitatie dan de vroegere aanpak met vaardigheidstrainingen vooraf.

6.4 Behandeling en begeleiding na twee jaar ziekteverzuim

De verzekeringsarts geeft ten slotte zijn of haar mening over de behandeling en begeleiding zoals die tot het moment van beoordelen plaatsgevonden heeft. Hij of zij onderzoekt of er mogelijkheden zijn om de arbeidsinzetbaarheid te vergroten of de functionele mogelijkheden te verbeteren. Als een cliënt al intensief wordt behandeld, de behandeling meermaals is geëvalueerd en er ervaring is met resocialisatie en re-integratie, is het niet waarschijnlijk dat de verzekeringsarts nog veel alternatieven kan aanwijzen. Toch is het mogelijk dat na twee jaar nog niet alle opties zijn onderzocht. Bijvoorbeeld als de problemen pas laat zijn onderkend, waardoor de diagnose verlaat is gesteld. Dat is van belang voor de cliënt, aangezien de kans groot is dat hij of zij rond die tijd zijn werk kwijtraakt, en voor anderen die in het vervolgtraject verantwoordelijk worden voor re-integratie.

Als de cliënt ten tijde van de beoordeling een behandelaar heeft, dan is recente informatie van de behandelaar natuurlijk van wezenlijke betekenis voor de beoordeling. Meestal zal een psychiater de informatie verstrekken, maar ook een trajectbegeleider of SPV'er kan dit doen. Zo nodig kan de verzekeringsarts ook overleggen met de huisarts, bijvoorbeeld als de cliënt geen zorg ontvangt van een GGZ-instelling

A

Literatuur

-
- 1 Heugten-Hoogendoorn, M. van, Heugten A. van. Visie op herstel. In: Bold, I. van den, Kelder, M. Herstelgedrag. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007
 - 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: Trimbos Instituut 2005.
 - 3 Buckley, P.F., Stahl, S.M. Pharmacological treatment of negative symptoms of schizophrenia: therapeutic opportunity or cul-de-sac? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(2): 93-100.
 - 4 Stahl, S.M., Buckley, P.F. Negative symptoms of schizophrenia: A problem that will not go away. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(1):4-11.
 - 5 Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Os, J. van. Continuity of psychotic symptoms in the community. *Current Opinion in Psychiatry* 2003; 16: 443-449.
 - 6 Kendler, K.S., Gallagher, T.J., Abelson, J.M., Kessler, R.C. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (11): 1022-31.
 - 7 Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., Ravelli, A. Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000; 29: 45(1-2): 11-20.
 - 8 Green, M.F., Nuechterlein, K.H., Gold, J.M., Barch, D.M., Cohen, J., Essock, S., Fenton, W.S., Frese, F., Goldberg, T.E., Heaton, R.K., Keefe, R.S., Kern, R.S., Kraemer, H., Stover E., Weinberger, D.R., Zalcman S., Marder, S.R. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry*. 2004 Sep; 56(5): 301-7
 - 9 Knegering, H., Slooff, C.J., Arends, J. et al. Behandelprotocollen bij schizofrenie. Kenniscentrum Schizofrenie. Assen: Van Gorcum; 2004.
-

- 10 Winkel, R. van, Myin-Germeys, I., Hert, M. de, Delespaul, P., Peuskens, J., Os, J. van. The association between cognition and functional outcome in first-episode patients with schizophrenia: Mystery resolved? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(2): 119–124.
- 11 Michon, H., Kroon, H., Weeghel, J. van, Schene, A.H. Development of the ISM-PVR: An instrument to assess illness self-management in people with severe mental illnesses in psychiatric vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (under review).
- 12 Vauth, R., Loh, A., Sitta, P., Schweiger, C., Niebling, W. [Outcome of interactive training in detection and management skills for schizophrenic outpatient treatment by general practitioners] [Article in German] *Nervenarzt* 2004; 75(9): 873-81.
- 13 Slooff, C.J., Oud, M.J.T., Luijten, H.E., Withaar, F.K. Schizofrenie en verwante psychosen II: Medicamenteuze behandeling, psychosociale interventies en de rol van de huisarts. *Bijblijven* 2007.
- 14 Pfammatter, M., Junghan, U.M., Brenner, H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 (S1): S64-S80.
- 15 Gottdiener, W., Haslam, N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethnical Human Science and Services* 2002; 4: 163-87.
- 16 Gottdiener, W. Psychodynamic psychotherapy for schizophrenia. In: Read, J., Moser, L.R., Bentall, R.P. *Models of Madness*. New York: Brunner-Routledge 2004.
- 17 Velligan, D.I., Kern, R.S., Gold, J.M. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006; 32 (3): 474-85.
- 18 Silverstein, S.M., Hatashita-Wong, M., Solak, B.A., Uhlhaas, P., Landa, Y., Wilkniss, S.M., Goicochea, C., Carpinello, K., Schenkel, L.S., Savitz, A., Smith, T.E. Effectiveness of a two-phase cognitive rehabilitation intervention for severely impaired schizophrenia patients. *Psychol Med* 2005; 35 (6): 829-37.
- 19 Choi, J., Medalia, A. Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample. *Psychiatr Serv* 2005; 56 (5): 602-4.
- 20 Penadés, R., Catalán, R., Salamero, M., Boget, T., Puig, O., Guarch, J., Gastó, C. Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: A controlled and randomized study. *Schizophr Res* 2006; 87 (1-3): 323-31.
- 21 Greig, T.C., Zito, W., Wexler, B.E., Fiszdon, J., Bell, M.D. Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. *Schizophr Res* 2007; 96 (1-3): 156-61.
- 22 Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, M.S.W. Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services* 2002; 53: 1272-84.
- 23 Pekkala, E., Merinder, L. Psychoeducation for Schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update software 2002.
- 24 Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., Mintz, J. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (11): 1549-55.
- 25 Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N., Nakamura, Y., Ikebuchi, E., Liberman, R.P. Training persons with schizophrenia in illness self-management: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatr Serv* 2002; 53 (5): 545-7.
-

- 26 Marshall, M., Lockwood, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) CD001089.
- 27 NICE. National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell Press; 2002.
- 28 Harrison-Read, P., Lucas, B., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Simmonds, S., Knapp, M. et al. Heavy users of acute psychiatric beds: Randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychol Med* 2002; 32: 403-16.
- 29 UK700 Group. Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 537-43.
- 30 Marshall, M., Creed, F. Assertive community treatment: Is it the future of community care in the UK? *Int Rev Psychiatry* 2000; 12: 191-6.
- 31 Tyrer, P. The future of the community mental health team. *Int Rev Psychiatry* 2000; 12: 219-25.
- 32 Veldhuizen, J.R. van. FACT: De Functie ACT, een Nederlandse variant. In: Mulder CL, Kroon H, red. *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers 2005; p. 175-188.
- 33 Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., Wiersma, D. Assertive community treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116 (2): 105-12.
- 34 Aleman, A., Kahn, R.S., Selten, J.P. Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60 (6): 565-71.
- 35 Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., Blom, J.D., Schols, D., Camoenie, W., Oolders, J., Velden, M. van der, Hoek, H.W., Rivero, V.M., Graaf, Y. van der, Kahn, R. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 367-72.
- 36 Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R. de, Os, J. van. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38-45.
- 37 Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I., Graaf, R. de, Vollebergh, W., Os, J. van. Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(5): 360-6.
- 38 Vauth, R., Nyberg, E. [Untreated PTSD in Schizophrenia: Unrecognized Risk Factor for Recovery and Course of Illness?] [Article in German] *Fortschr Neurol Psychiatr* 2007; 75 (8): 463-72.
- 39 Slooff, C.J., Oud, M.J.T., Luijten, H.E., Withaar, F.K. Schizofrenie en verwante psychosen I: Beloop, etiologie, diagnostiek en beleid. *Bijblijven*, 2007..
- 40 Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R., Weinberger, D.R. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 441-9.
- 41 Os, J. van, Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., Bernardo, M., Arango, C., Fleischhacker, W., Lachaux, B., Kane, J.M. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (2): 91-5.
- 42 Hert, M. de, Winkel, R. van, Wampers, M., Kane, J., Os, J. van, Peuskens, J. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophr Res* 2007; 92: 68-73.
- 43 Os, J. van, Drukker, M., Campo, J.A., Meijer, J., Bak, M., Delespaul, P. Validation of remission criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 2000-1.
-

- 44 Palmer, B.A., Pankratz, V.S., Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (3): 247-53.
- 45 Bell, M., Greig, T., Gill, P., Whelahan, H., Bryson, G. Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2002; 53 (1): 63-9.
- 46 Franx, G., Zeldenrust, W. Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod. GGZ Nederland Publicatienummer 2002-170-L; januari 2002.
- 47 Braw, Y., Bloch, Y., Mendelovich, S., Ratzoni, G., Gal, G., Harari, H., Tripto, A., Levkovitz, Y. Cognition in young schizophrenia outpatients: Comparison of first-episode with multiepisode patients. *Schizophr Bull* Nov 2007 (e-published).
- 48 Kurtz, M.M. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: An update. *Schizophr Res* 2005; 74: 15-26.
- 49 Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophr Res* 2004; 72: 41-51.
- 50 Lysaker, P.H., Bryson, G.J., Marks, K., Greig, T.C., Bell, M.D. Coping style in schizophrenia: Associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophr Bull* 2004; 30 (1): 113-21.
- 51 Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., Corrigan, P.W. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 150 (1): 71-80.
- 52 Mueser, K.T., Essock, S.M., Haines, M., Wolfe, R., Xie, H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectr* 2004; 9 (12): 913-25.
- 53 Muthert, H. Verlies en verlangen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, november 2007.
- 54 Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganev, K., Harrison, G., Heiden, W. van der, Nienhuis, F.J., Walsh, D. Social disability in schizophrenia: Its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six european centers. *Psychological Medicine* 2000; 30: 1155-67.
- 55 Scheid, T.L. Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28 (6): 670-90.
- 56 Stuart, H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19 (5): 522-6.
- 57 Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia. Under review.
- 58 Wijngaarden, B. van. Consequences for caregivers of patients with severe mental illness: The development of the Involvement Evaluation Questionnaire. Amsterdam: UvA; 2003.
- 59 Sommer, I.E., Sierink, H.D., Bloemkolk, D., Selten, J.P. Bizarre somatic complaints as a manifestation of schizophrenia, *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 217-20.
- 60 Werf, M. van der, Boxel, M. van, Verhey, F., Jolles, J., Thewissen, V., Os, J. van. Mild hearing impairment and psychotic experiences in a normal aging population. *Schizophr Res* 2007; 94 (1-3): 180-6.
- 61 Scholten, M.R.M. Schizophrenia and sex differences in emotional processing. Academisch Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2007.
- 62 Riecher-Rössler, A., Häfner, H. Gender aspects in schizophrenia: Bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 407: 58-62.
-

- 63 Seeman, M.V. Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (12): 1641-7.
- 64 Hoof, F. van, Weeghel, J. van, Kroon, H. Community care: Exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46 (3): 208-19.
- 65 The South Essex service user research group (SE-SURG), Secker, J., Gelling, L. Still dreaming: Service users' employment, education and training goals. *Journal of Mental Health* 2006; 15 (1): 103-11.
- 66 Weeghel, J. van. Opnieuw aan het werk. Arbeidsrehabilitatie van mensen met ernstige psychische problemen. *Sociale Interventie*. 2001; 10 (1): 38-45.
- 67 Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden. [Proefschrift] Utrecht: SWP; 1995.
- 68 Delespaul, P., Vries, M. de, Os, J. van. Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37 (3): 97-104.
- 69 White, R.F. Highlights of the Canadian Psychiatric Association 55th Annual Conference. Conference Report. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2005; 10 (2). <http://www.medscape.com/viewarticle/518284>
- 70 Waghorn, G., Chant, D., White, P., Whiteford, H. Delineating disability, labour force participation and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (4): 279-88.
- 71 Salkever, D.S., Karakus, M.C., Slade, E.P., Harding, C.M., Hough, R.L., Rosenheck, R.A., Swartz, M.S., Barrio, C., Yamada, A.M. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatr Serv* 2007; 58 (3): 315-24.
- 72 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (5): 337-49.
- 73 Michon, H., Erp, N. van, Giesen, F., Kroon, H. Het monitoren van vermaatschappelijking. Deel 1. Bericht van de stand van zaken. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- 74 Beiser, M., Bean, G., Erickson, D., Zhang, J., Iacono, W.G., Rector, N.A. Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (6): 857-63.
- 75 Muntaner, C., Pulver, A.E., McGrath, J., Eaton, W.W. Work environment and schizophrenia: An extension of the arousal hypothesis to occupational self-selection. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28 (5): 231-8.
- 76 Norman, R.M., Mallal, A.K., Manchanda, R., Windell, D., Harricharan, R., Takhar, J., Northcott, S. Does treatment delay predict occupational functioning in first-episode psychosis? *Schizophr Res* 2007; 91 (1-3): 259-62.
- 77 Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Lauber, C., Knapp, M., Rössler, W., Tomov, T., Busschbach, J. van, White, S., Wiersma, D. & the EQOLISE Group. Supported Employment for People with Severe Mental Illness: A European multi-centre randomised controlled trial. Submitted.
- 78 Gioia, D. Examining work delay in young adults with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2006; 9 (3): 167-90.
- 79 Bakker-Rens, R.M. Loopbaan en psychose. Amsterdam: Onderzoeksscriptie CORVU-9; mei 1993.
- 80 Herbert, M.L., Mueller, L., Ormer, A. van. Job search decision making among veterans in VA vocational rehabilitation: A behavioral economics perspective. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2006; 9 (3): 191-218.
- 81 Cook, J.A. Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a report for the President's Commission. *Psychiatr Serv* 2006; 57 (10): 1391-405.
-

- 82 Stichting Pandora. Project de Hoofdzaak. 2007. www.werkenpsyche.nl.
- 83 Zwinkels, W.S., Hoffius, R., Genabeek, J van. De gevolgen van recente WAO-voorstellen voor chronisch zieken en
gehandicapten. Hoofddorp: TNO Arbeid – Astri; 2002.
- 84 Petersen, A. van, Vonk, M., Bouwmeester, J. Onbekend maakt onbemind: Attitude onderzoek naar de positie van
arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt. Leiden: Research voor Beleid; 2004.
- 85 Michon, H., Ketelaars, D., Weeghel, J. van, Smit, F. Accessibility of government-run sheltered workshops to people
with psychiatric histories. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 252-7.
- 86 Weeghel, J. van, Michon, H., Kroon, H. Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. *Maandblad Geestelijke Volksge-
zondheid*. 2002; 57 (10): 936-49.
- 87 Hanrahan, P., Heiser, W., Cooper, A.E., Oulvey, G., Luchins, D.J. Limitations of system integration in providing
employment services for persons with mental illness. *Adm Policy Ment Health* 2006; 33 (2): 244-52.
- 88 Racenstein, J.M., Harrow, M., Reed, R., Martin, E., Herbener, E., Penn, D.L. The relationship between positive
symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: A 10 year follow-up study. *Schizophr Res* 2002; 56
(1-2): 95-103.
- 89 Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., Hirsbrunner, H.P. Predicting vocational functioning and outcome in schizo-
phrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38 (2):
76-82.
- 90 McGurk, S.R., Meltzer, H.Y. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;
45 (3): 175-84.
- 91 Razzano, L.A., Cook, J.A., Burke-Miller, J.K., Mueser, K.T., Pickett-Schenk, S.A., Grey, D.D. et al. Clinical factors
associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention
demonstration program. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193 (11): 705-13.
- 92 Michon, H.W., Weeghel, J. van, Kroon, H., Schene, A.H. Person-related predictors of employment outcomes after
participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr
Epidemiol* 2005; 40 (5): 408-16.
- 93 Michon, H.W., Weeghel, J. van, Kroon, H., Schene, A.H. Predictors of successful job finding in psychiatric vocatio-
nal training: An expert panel study. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2006; 25: 161-71.
- 94 Becker, D.R., Drake, R.E., Bond, G.R., Xie, H., Dain, B.J., Harrison, K. Job terminations among persons with
severe mental illness participating in supported employment. *Community Ment Health J* 1998; 34 (1): 71-82.
- 95 McGurk, S.R., Mueser, K.T. Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia recei-
ving supported employment services: 4-year follow-up. *Adm Policy Ment Health* 2006; 33 (5): 598-606.
- 96 Evans, J.D., Bond, G.R., Meyer, P.S., Kim, H.W., Lysaker, P.H., Gibson, P.J., Tunis, S. Cognitive and clinical predic-
tors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 70 (2-3): 331-42.
- 97 Corbiere, M., Mercier, C., Lesage, A., Villeneuve, K. L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie
mentale: analyse des caractéristiques de la personne. [Professional integration of individuals with a mental illness:
an analysis of individual characteristics]. *Can J Psychiatry* 2005; 50 (11): 722-33.
- 98 Christensen, T.O. The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: A syste-
matic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2007; 11 (2): 89-101.
-

- 99 Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J.K., Lieberman, J. CATIE Study Investigators Group. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (3): 411-7.
- 100 Burke-Miller, J.K., Cook, J.A., Grey, D.D., Razzano, L.A., Blyler, C.R., Leff, H.S., Gold, P.B., Goldberg, R.W., Mueser, K.T., Cook, W.L., Hoppe, S.K., Stewart, M., Blankertz, L., Dudek, K., Taylor, A.L., Carey, M.A. Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Ment Health J* 2006; 42 (2): 143-59.
- 101 Erp, V. van, Kroon, H. Dagbesteding, werk en scholing. Een inventarisatie van voorzieningen en samenwerkingsverbanden in Nederland. *Passage, Tijdschrift voor rehabilitatie* 2006; 15 (1): 54-62.
- 102 Ketelaars, D., Weeghel, J. van. Supported Employment een nieuwe methode voor arbeidsrehabilitatie in Nederland. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid 1994.
- 103 Korevaar, L. Rehabilitatie door educatie. Onderzoek naar een Begeleid Leren-programma voor mensen met psychiatrische problematiek. Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2005.
- 104 Becker, D.R., Drake, R.E. Individual Placement and Support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994; 30 (2): 193-206; discussion 207-12.
- 105 Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD003080.
- 106 Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *BMJ* 2001; 322 (7280): 204-8.
- 107 Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., Gold, P.B., Goldberg, R.W., Mueser, K.T., Toprac, M.G., McFarlane, W.R., Shafer, M.S., Blankertz, L.E., Dudek, K., Razzano, L.A., Grey, D.D., Burke-Miller, J. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (5): 505-12.
- 108 Erp, N. van, Michon, H. Arbeid als middel tot herstel. Arbeidsrehabilitatie voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. *Jaarboek rehabilitatie. In voorbereiding; 2007.*
- 109 Twamley, E.W., Jeste, D.V., Lehman, A.F. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191 (8): 515-23.
- 110 Salyers, M.P., Becker, D.R., Drake, R.E., Torrey, W.C., Wyzik, P.F. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (3): 302-8.
- 111 Becker, D., Whitley, R., Bailey, E.L., Drake, R.E. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatr Serv* 2007; 58 (7): 922-8.
- 112 Erp, N. van, Giesen, F., Leeuwen, L. van, Weeghel, J. van. Implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. Utrecht: Trimbos Instituut; 2005.
- 113 Giesen, F., Erp, N. van, Weeghel, J. van, Michon, H., Kroon, H. De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2007; 49 (9): 611-22.
- 114 Marshall, M. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Rev* 2006.
- 115 Kirsh, B., Cockburn, L. Employment outcomes associated with ACT: A review of the ACT literature. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2007; 10: 31-51.
-

- 116 Macias, C., Rodican, C.F., Hargreaves, W.A., Jones, D.R., Barreira, P.J., Wang, Q. Supported employment outcomes
of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv* 2006; 57 (10): 1406-15.
- 117 Schonebaum AD, Boyd JK, Dudek KJ. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and
PACT models. *Psychiatr Serv* 2006; 57 (10): 1416-20.
- 118 Swildens, W., Bussbach, J.T. van, Michon, H., Kroon, H. De Individuele Rehabilitatiebenadering: Effecten voor de
persoonlijke rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. In press.
- 119 Cook, J.A., Razzano, L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications
for practice. *Schizophr Bull* 2000; 26 (1): 87-103.
- 120 Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E., Dain, B.J. Work and nonvocational domains
of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185 (7): 419-26.
- 121 Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., Bebout, R.R. Does competitive employment im-
prove nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (3): 489-501.
- 122 Torrey, W.C., Mueser, K.T., McHugo, G.H., Drake, R.E. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocatio-
nal rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2000; 51 (2): 229-33.
- 123 Bell, M.D., Lysaker, P.H., Milstein, R.M. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull*
1996; 22 (1): 51-67.
- 124 Bryson, G., Lysaker, P.H., Bell, M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull*
2002; 28 (2): 249-57.
- 125 Murphy, A.A., Mullen, M.G., Spagnolo, A.B. Enhancing Individual Placement and Support: Promoting Job tenure by
integrating natural supports and supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2005; 8: 37-61.
- 126 Mueser, K.T., Aalto, S., Becker, D.B., Ogden, J.S., Wolfe, R.S., Schiavo, D., Wallace, C.J., Xie, H. The effectiveness
of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services* 2005; 56: 1254-60.
- 127 Wallace, C.J., Tauber, R., Wilde, J. Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness.
Psychiatric Services 1999; 50: 1147-53.
- 128 McGurk, S.R., Mueser, K.T. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*
2003; 191 (12): 789-98.
- 129 McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. Cognitive training for supported employment: 2-3
year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (3): 437-41.
- 130 Vauth, R., Corrigan, P.W., Clauss, M., Dietl, M., Dreher-Rudolph, M., Stieglitz, R.D., Vater R. Cognitive strategies
versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. *Schizophr Bull* 2005; 31 (1): 55-66.
- 131 Lysaker, P.H., Bond, G., Davis, L.W., Bryson, G.J., Bell, M.D. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational
rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42 (5): 673-82.
- 132 Rose, V., Perz, J. Is CBT useful in Vocational Rehabilitation for People with a Psychiatric Disability? *Psychiatric
Rehabilitation Journal* 2005; 29 (Summer): 56-8.
- 133 Carlson, L. Supported Employment as an evidence-based practice. Voordracht op de IPS-conferentie van het Ken-
niscentrum Rehabilitatie op 24 september 2007 in Utrecht.
- 134 STECR-assist Sociaal medische begeleiding van allochtonen. Zie www.stecr.nl.
- 135 CBR. Regeling eisen geschiktheid 2000 met aanvullingen 2004.
-

B

Commissie en commentaarronde

De werkgroep Schizofrenie en verwante psychosen:

- dhr. dr. J. (Jaap) van Weeghel, Kenniscentrum Rehabilitatie, *voorzitter*
- mw. dr. A.P. (Noks) Nauta, bedrijfsarts en psycholoog, Kwaliteitsbureau NVAB, *secretaris*

en als *leden*:

- dhr. B. (Bert) van Balen, bedrijfsarts, Achmea-arbo
- mw. W. (Wilma) Boevink, sociaalwetenschappelijk onderzoeker, Trimbos Instituut
- dhr. J. (Jeroen) Bouma, verzekeringsarts, UWV
- dhr. dr. D. (Dirk) Corstens, psychiater, RIAGG Maastricht
- dhr. F. (Frank) Dekker, verzekeringsarts, UWV
- dhr. C. (Charles) Lemmers, verzekeringsarts, UWV
- dhr. dr. C.J. (Cees) Slooff, psychiater, Schizofreniestichting – kenniscentrum voor zorg en beleid (GGZ Drenthe en UMC Groningen)
- mw. M. (Monique) Willems, bedrijfsarts

Autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocollen

- Prof. dr. J.H.B.M. Willems, *voorzitter*
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; TNO Kwaliteit van Leven, Delft
 - Mevr. Y. Jansen
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
-

- Prof. dr. R.J. van den Bosch
hoogleraar psychiatrie UMCG, Groningen; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Prof. dr. J.J.L. van der Klink
bedrijfsarts, psycholoog, hoogleraar sociale geneeskunde, UMC, Groningen
- Mevr. prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Dr. H Kroneman
verzekeringsarts; UWV
- A.H.J.M. Sterk
verzekeringsarts; Bureau Inspecteur-Generaal SZW, Den Haag
- Dr. D.J. Bruinvels
Bedrijfsarts, NVAB
- Mevr. A.E. de Wind
Verzekeringsarts, NVVG
- Mevr. J.G. van Balen
Huisarts, NHG
- Dr. M. van Dal, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- Dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
- R.H.C.J. Mentink, *secretaris*
bedrijfs- en verzekeringsarts, projectleider VGI

Commentaaronde

In de commentaaronde is commentaar verkregen en verwerkt van de volgende instellingen en personen:

- Anoksis, vereniging van mensen met een schizofrene of psychotische stoornis
 - Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad
 - Debby Kamstra, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, jobcoach
 - Frans Andriessen, arbeidsdeskundige, preventiemedewerker GGZ
 - Frans Hoebink, arbeidsdeskundige
 - Harry Michon, onderzoeker Trimbosch Instituut
 - Jim Faas, verzekeringsarts en jurist
 - Jim van Os, psychiater
 - Jos Dröes, psychiater
-

- Lies van de Wege, trajectbegeleider
- Nederland Instituut van Psychologen
- Nettie Visser, verzekeringsarts
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Ron van der Boom, psychiater, verzekeringsarts en bedrijfsarts
- Rosalinde Bakker-Rens, bedrijfsarts
- Saskia Quanjier, verzekeringsarts
- Schizofrenie Stichting – Kenniscentrum voor zorg en beleid
- Stichting Pandora
- Simon Knepper, verzekeringsarts
- UWV
- Willem Bronkhorst, bedrijfsarts
- Ypsilon, vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose

C

Verantwoording

De werkgroep heeft gebruik gemaakt van het werkplan dat voor de verzekeringsgeneeskundige protocollen is opgesteld.

De groep heeft bij de eerste vergadering de AGREE lijst gekregen en deze als onderlegger gebruikt voor de kwaliteit van het protocol.

Waar dat mogelijk en relevant is, is de mate van evidence weergegeven.

Voor het opstellen van het protocol Schizofrenie en verwante psychosen heeft de projectgroep de volgende bronnen en zoekstrategieën gebruikt.

Het uitgangspunt is de recent gepubliceerde richtlijn over schizofrenie:

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: Trimbos Instituut; 2005.

Er is ook naar richtlijnen gezocht in de volgende databases:

- a. Nederlandstalige richtlijnen via site Artsenapotheke:
<http://www.artsenapotheke.nl/richtlijn>
 - b. Richtlijnen in National Guideline Clearinghouse:
<http://www.guideline.gov/>
-

- c. Internationale richtlijnen via GIN (afkomstig van GIN members):
<http://www.g-i-n.net>
- d. Cochrane HTA-database;
- e. TRIP-database *evidence-based* deel

In Medline is naar artikelen gezocht met de volgende zoektermen:

- schizophrenia vocational observat;
- schizophrenia vocational rct;
- schizophrenia work guidelines;
- schizophrenia work systrev.

Er is gezocht in de literatuuroverzichten van het Kenniscentrum Schizofrenie en van het Kenniscentrum Rehabilitatie. Ook is gebruik gemaakt van recente literatuur die via de deskundigen uit de projectgroep is ingebracht (tot en met november 2007).

Bij de keuze voor het opnemen van literatuur in het protocol gold als criterium de vraag of de literatuur zinvolle achtergrondgegevens voor de verzekeringsarts biedt en/of de verzekeringsarts houvast geeft in zijn werk.

Omdat er op veel punten gerelateerd aan de praktijk van de verzekeringsarts nog geen evidence was, is voor die punten actief gewerkt aan consensus in de werkgroep en is deze weergegeven. Het spreken over deze punten in de multidisciplinaire groep leverde naar de mening van groepsleden een grote meerwaarde aan de onderbouwing.

Er is aan alle relevante patiëntenverenigingen commentaar gevraagd (zie hoofdstuk Commentaar) en hun opmerkingen zijn verwerkt in de eindversie.

Psychiatrische diagnostiek

Bij de psychiatrische diagnostiek volgens de DSM IV maakt men een onderscheid tussen vijf assen, dit zijn domeinen van informatie.

Hieronder een omschrijving van de vijf assen met voorbeelden.

| As | Omschrijving | Voorbeelden |
|-----------|--|--|
| I | De psychiatrische stoornissen (groepen ziekte(n)/ symptomen) | Wanen, cannabisafhankelijkheid |
| II | Persoonlijkheidsstoornissen | Borderline, verstandelijke beperking |
| III | Somatische aandoeningen | Somatische ziekten, bijwerkingen van medicatie |
| IV | Uitlokkende factoren, psychosociale stressfactoren | Vader jong overleden, hoge schulden |
| V | Niveau van functioneren in GAF-score | Zelfzorg, suïcidaliteit |

Neurocognitief functioneren

Het neurocognitief functioneren is gedefinieerd als:

de mogelijkheden activiteiten uit te voeren, te leren, te begrijpen en te herinneren en de daarbij behorende vaardigheden zich eigen te maken, uit te voeren en adequaat toe te passen en daarbij probleemoplossende vermogens te gebruiken.

Veelgebruikte taken binnen het neuropsychologisch onderzoek betreffen vier deelgebieden:

- 1 algemeen intellectueel functioneren;
- 2 geheugen;
- 3 tempo van informatieverwerking en aandacht;
- 4 executieve functies.

Klinisch werkende psychiaters blijken in de praktijk verschillende concepten te hanteren, die vaak niet overeenkomen met de door neuropsychologisch onderzoek gemeten vaardigheden.^a De projectgroep pleit ervoor om aan te sluiten bij testbatterijen die bijvoorbeeld door de Schizofrenie Stichting – Kenniscentrum voor zorg en beleid worden toegepast.^b

^a Bromley E. Clinicians' concepts of the cognitive deficits of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; 33(3):648-51. Epub 2007 Apr 9.

^b Knegtering H, Slooff CJ, Arends J et al. *Behandelprotocollen bij schizofrenie*. Kenniscentrum Schizofrenie. Assen: Van Gorcum; 2004.

Coping

Onder *coping* verstaan we ‘De manier waarop iemand met een situatie, vooral een lastige situatie, omgaat’.

Om te meten hoe mensen omgaan met een lastige situatie, zoals een ziekte, wordt in Nederland om coping te meten vaak gebruik gemaakt van de Utrechtse Coping List (UCL). Hierin worden zeven stijlen gedefinieerd. Deze stijlen zijn erg verschillend en worden in principe door ieder mens (effectief of ineffectief) toegepast, afhankelijk van de situatie.

De eerste vier stijlen zijn:

1. Actief aanpakken
2. Zoeken van sociale steun
3. Vermijden en afwachten
4. Zoeken van afleiding

De volgende tabel maakt deze stijlen inzichtelijk:

| | Rationeel | Emotioneel |
|---------------------------|------------------------|----------------------|
| Vechtmechanisme (fight) | actief aanpakken | sociale steun zoeken |
| Vluchtmechanisme (flight) | vermijden en afwachten | afleiding zoeken |

De andere drie stijlen zijn:

5. passief reactiepatroon;
6. expressie van emoties;
7. geruststellende en troostende gedachten.

Coping kan bijvoorbeeld ook worden gemeten met de WCQ. Deze heeft 5 subschalen: afstand nemen, vermijding, planmatig problemen oplossen, positieve herwaardering en zoeken van sociale steun.

Bij mensen met schizofrenie en verwante psychosen gaat het bij coping(vaardigheden) met name om het vermogen om met de (blijvende) symptomen, en de gevoelens van stress waarmee deze gepaard gaan, op bevredigende wijze overweg te kunnen. Ook gaat het over het omgaan met het cognitief disfunctioneren (zie bijlage 2).

Het kwetsbaarheid-stress-copingmodel is een van de meest werkbare theorieën en modellen in de schizofreniezorg. De balans tussen draagkracht en draaglast in dit model biedt concrete aanwijzingen voor stressmanagement. ^{a,b,c}

Voor inzicht in copinggedrag in relatie tot het werk kan men in de psychiatrie gebruik maken van de vragenlijst Zelf Management van Psychiatrische problematiek in de Arbeidsrehabilitatie, ZMP-AR.^{d,e} Het gaat om een combinatie van een door de cliënt zelf in te vullen vragenlijst en een interview met een begeleider, bijvoorbeeld een jobcoach.

Voorbeelden van adequaat copinggedrag:

- De cliënt trekt zich terug bij overstimulatie.
- De cliënt stelt de omgeving op de hoogte of zoekt steun en overleg

Voorbeelden van inadequaat copinggedrag:

- De cliënt put zichzelf uit;
- De cliënt gebruikt drank, drugs;
- De cliënt wordt psychotisch bij stress.

^a Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal psychology* 1977; (86):103-126.

^b Nuechterlain K, Dawson M. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin* 1984; (10):300-312.

^c Louwerens JW, Bosch RJ van den. Het kwetsbaarheid-stress-copingmodel. In: *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum; 1994. p. 9-16.

^d Michon HW, Kroon H, Weeghel J van, Schene AH. The Generic Work Behavior Questionnaire (GWBQ): Assessment of core dimensions of generic work behavior of people with severe mental illnesses in vocational rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 2004 (Summer):28(1):40-7.

^e Michon HWC, Kroon H, Weeghel J van, Schene AH. Development of the ISM-PVR: An instrument to assess illness self-management in people with severe mental illnesses in psychiatric vocational rehabilitation. Submitted.

Antipsychotica en bijwerkingen met relevantie voor de arbeidsgeschiktheid^a

| Bijwerking Middel | Gewichtstoename | Extrapiramidale stoornissen | Sedatie | Orthostatische hypotensie |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|---------|------------------------------|
| Aripirazol | 0 | +/- | 0 | 0 |
| Clozapine | +++ | 0 | +++ | ++ |
| Flufenazine | + | ++ | +/- | + |
| Haloperidol | +/- | +++ | +/- | +/- |
| Levopromazine | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Olanzapine | +++ | +/- | + | + |
| Perfenazine | +/- | ++ | +/- | 0 |
| Pimozide | 0 | +++ | +/- | 0 |
| Risperidon | ++ | ++ | +/- | ++ |
| Quetiapine | + | +/- | + | +/- |
| Sulpiride | +/- | +/- | +/- | 0 |
| Zuclopentixol | +/- | +++ | + | + |

+++ zeer sterk; ++ sterk; + enig; +/- nauwelijks; 0 niet

Naast deze middelen worden bij schizofrenie en bij aanverwante psychosen zoals een schizo-affectieve stoornis ook als stemmingsstabilisatoren voorgeschreven:

- lithium, bijwerkingen: trillen van de handen, concentratieproblemen;
- carbamazepine (een anti-epilepticum), bijwerkingen: vermoeidheid, wazig zien, diplopie;
- valproaat, bijwerkingen: tremor, sedatie.

^a Bron: Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, Haan L de, Scheepers F, Soest M van, Assies H, Slooff C. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. 2007. Submitted.

Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten

- Dit protocol moet worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. Daarin vindt u een toelichting op de bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat, kunt u ook 'zij' en 'haar' lezen.

In dit protocol wordt onder chronische schouderklachten verstaan pijn in rust of bij het bewegen van de bovenarm in (een deel van) het gebied dat loopt vanaf de basis van de nek tot aan de elleboog en/of pijnlijke bewegingsbeperkingen van de bovenarm die langer dan zes maanden het beroepsmatig functioneren belemmeren en die niet veroorzaakt worden door een systemische of elders gelokaliseerde aandoening.

Schouderklachten worden ook chronisch genoemd als er sprake is van klachten en functionele belemmeringen die telkens recidiveren (chronisch wisselend beloop).

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op basis van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens krijgt de verzekeringsarts een indruk van de volgende aspecten:

- Aard en ernst van de klachten en ervaren beperkingen
 - Wat waren de klachten en ervaren beperkingen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- Diagnostiek (4.1)^a
 - Welke diagnose is gesteld en door wie?
 - Is overwogen dat de oorzaken van de schouderklachten buiten het schoudergebied kunnen liggen?
 - Is de cliënt bij onvoldoende herstel van klachten en (ervaren) beperkingen om te functioneren naar een relevant specialisme verwezen?
 - Heeft nadere diagnostiek plaatsgevonden zoals beeldvormend onderzoek?
 - Is er sprake van comorbiditeit?
- Behandeling (4.2)
 - Heeft de cliënt voldoende en juiste voorlichting ontvangen en inzicht gekregen in de aandoening, het te verwachten beloop en de mogelijkheden voor behandeling?
 - Was er overeenstemming tussen de behandelaren over het advies?
 - Als in de loop van de tijd tegenstrijdige (behandel)adviezen gegeven zijn: hoe heeft de cliënt daarop gereageerd?
 - Welke behandeling(en) heeft (hebben) plaatsgevonden?
 - Was de behandeling er (mede) op gericht dat de cliënt de schouderfunctie zelf oefent?
 - Als operatieve behandeling heeft plaatsgevonden: wat was de indicatie?
 - Is de cliënt na de operatie activerend begeleid?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag van de werknemer
 - Was de cliënt het eens met de behandeladviezen? Zo ja, heeft hij de behandel- en leefadviezen opgevolgd?
 - Heeft de cliënt bij verwijzing naar de tweede lijn hieraan gehoor gegeven en heeft hij de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de cliënt nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?

^a De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij dit protocol.

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk (5)
 - Was in het werk sprake van factoren die schouderklachten kunnen uitlokken of in stand houden zoals fysieke belasting (trekken, duwen, tillen, werken boven schouderhoogte, herhaalde bewegingen) of psychosociale factoren (bijvoorbeeld hoge taakeisen, onvoldoende steun van collega's of de leidinggevende)?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervattingen bij de werknemer
 - Zijn er factoren bij de werknemer zelf of in zijn omgeving die re-integratie bemoeilijken (bijvoorbeeld psychische klachten, angst voor verder letsel bij bewegen of hervatten van werk, vermijdingsgedrag)?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Werkhervatting
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop van de tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Is er verschil van mening geweest tussen de bedrijfsarts, de werknemer of de werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is het oordeel van een deskundige gevraagd?
 - Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting mogelijk te maken?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat schouderklachten veel voorkomen en vaak langdurig zijn, met in het algemeen een gunstig beloop, maar met een kans op restklachten en recidivering. Mogelijk heeft de cliënt zijn activiteiten inmiddels aangepast en is hij ten tijde van het onderzoek al geruime tijd klachtenvrij.

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 volgende factoren:

- de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in het werk en in het persoonlijk en sociaal functioneren;
 - de oorzaak van de klachten en beperkingen;
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting;
 - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden;
 - zijn huidige behandeling, als daar sprake van is;
-

- 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 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 (rekening houdend met een mogelijk wisselend beloop van klachten over langere tijd) en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele stressoren en mogelijk herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

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

- het toetsen en zo nodig zelf stellen van een diagnose
- het bepalen van de ernst van de klachten en de functionele mogelijkheden.

De verzekeringsarts is daarbij alert op:

- of er sprake is van schouderklachten met of zonder beperking van de passieve beweeglijkheid in het schoudergewricht
- functiestoornissen en pijn bij onderzoek van de cervicale en/of thoracale wervelkolom
- uitstralende pijn in de arm eventueel met doofheid en prikkelingen
- of systemische oorzaken voor de schouderklachten voldoende uitgesloten zijn

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt, na overleg met de huisarts, expertise in te roepen in geval van:

- aanhoudende klachten en stagnerend herstel als de cliënt in de loop van de tijd nog geen relevant specialisme geconsulteerd heeft
 - discrepantie tussen de ervaren beperkingen en objectieve bevindingen bij onderzoek, waarbij de verzekeringsarts bij zijn afwegingen alle reeds aanwezige informatie betreft
 - de mogelijkheid van een oorzaak gelegen buiten de schouder, of van een systemische aandoening waarnaar nog geen onderzoek gedaan is.
-

B **Beoordeling**

1 **Sociaalmedische 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 aandoening, de behandeling en begeleiding. Hij doet dat in de wetenschap dat schouderklachten een veel voorkomend probleem zijn met in het algemeen een gunstig beloop en dat de behandeling en begeleiding activerend van aard zijn.
- Hij betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn beoordeling van de verplichte re-integratie-inspanningen van de werkgever en werknemer.

2 **Functionele mogelijkheden (6.2)**

Twee jaar na het ontstaan van schouderklachten, waarbij is uitgesloten dat er sprake is van een oorzaak gelegen buiten de schouder of van een systemische aandoening zullen de beperkingen van de functionele mogelijkheden in het algemeen goed kunnen worden vastgesteld aan de hand van de anamnese (met aandacht voor herstelbelemmeringen in privé- werk- en zorgomgeving) en het lichamelijk onderzoek (4.1.3). Er zijn ook cliënten die ten tijde van de beoordeling geen klachten en/of beperkingen meer hebben, maar bij wie toch sprake is van een beperkte belastbaarheid van de schouder. Bij deze cliënten is er mogelijk een verhoogde kans op recidief, als zij de schouderbelastende werkzaamheden hervatten.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een cliënt met chronische schouderklachten zijn:

- aanpassing aan fysieke omgevingseisen;
 - trillingsbelasting;
 - kou en tocht;
 - dynamische handelingen;
 - dominantie;
 - lokalisatie van de beperking;
 - werken met toetsenbord en muis;
 - schroefbewegingen hand en arm;
 - reiken en frequent reiken;
 - duwen of trekken;
 - tillen of dragen en frequent licht tillen of dragen;
 - frequent zware lasten hanteren tijdens werk;
-

- hoofdbewegingen maken;
 - klimmen;
 - overige beperkingen van het dynamisch handelen;
 - statische houdingen;
 - boven schouderhoogte actief zijn;
 - het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk;
 - overige beperkingen van statische houdingen.
-

3 Te verwachten beloop (6.3)

- De prognose van schouderklachten is ongunstiger, naarmate de klachten langer duren.
 - De prognose van schouderklachten waarbij een specifieke aandoening is vastgesteld (doorgaans op basis van beeldvormende diagnostiek), is afhankelijk van de aard van de diagnose en de ernst van de aandoening.
-

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Wanneer sprake is van chronische schouderklachten waarbij nog geen aanvullende diagnostiek of verwijzing naar een relevant specialisme heeft plaatsgevonden, dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid van een behandelbare oorzaak. De verzekeringsarts vraagt toestemming aan de cliënt en treed hierover in overleg met de huisarts.
 - De verzekeringsarts die tot de conclusie komt dat er nog mogelijkheden zijn voor verbetering van de functionele mogelijkheden door behandeling en/of begeleiding, aanpassingen of voorzieningen, overlegt hierover met de cliënt en de relevante disciplines in diens omgeving (behandelaar(s), huisarts, bedrijfsarts, werkgever, arbeidsdeskundige, re-integratiecoach en zo meer). Bevindingen en afspraken daarover (het medisch plan van aanpak) worden door de verzekeringsarts vastgelegd en bijgehouden in het dossier. Op geleide daarvan plant de verzekeringsarts een heronderzoek om de functionele mogelijkheden te beoordelen.
-

Toelichting bij het Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten

1.

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische schouderklachten* biedt verzekeringsartsen een handreiking bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van cliënten met langdurige schouderklachten die hen in het beroepsmatig functioneren belemmeren. In deel *A Onderzoek* staat de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel *B Beoordeling* de vier aspecten aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met chronische schouderklachten na twee jaar ziekteverzuim moet beoordelen, namelijk:

- de sociaalmedische voorgeschiedenis;
- de functionele mogelijkheden;
- het te verwachten beloop
- de behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de NHG-Standaard Schouderklachten (1998), de NVAB richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Klachten aan arm, schouder of nek (2003) en het CANS model van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (2004), maar beperkt zich tot problemen rond de schoudergordel.¹⁻³ Voor de onderbouwing van dit protocol is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van literatuur die de schoudergordel betreft.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten 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 uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

In dit hoofdstuk vindt u alle relevante gegevens over de aandoening: een definitie, epidemiologische gegevens, kenmerken en ernst van de aandoening, psychosociale gevolgen en de bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.

2.1 Kenmerken

Onder chronische schouderklachten wordt in dit protocol verstaan pijn in rust of bij het bewegen van de bovenarm in (een deel van) het gebied dat loopt vanaf de basis van de nek tot aan de elleboog en pijnlijke bewegingsbeperkingen van de bovenarm, die langer dan zes maanden het beroepsmatig functioneren belemmeren en die niet veroorzaakt worden door een systemische of elders gelokaliseerde aandoening. Er is gekozen voor een minimale duur van zes maanden, omdat observationeel onderzoek laat zien dat herstel met name in de eerste zes maanden plaatsvindt. Klachten die langer duren, hebben doorgaans een ongunstig beloop.^{1,21} Schouderklachten worden ook chronisch genoemd, als klachten en functionele belemmeringen telkens recidiveren (chronisch wisselend beloop).

Een betrouwbare indeling van de stoornissen op basis van de anatomische lokalisatie is vaak niet te maken, maar een indeling op grond van pijnklachten, bewegingsbeperkingen en beperkingen in het dagelijks functioneren is wel goed mogelijk. In veel gevallen gaan schouderklachten ook gepaard met klachten en/of aandoeningen van de cervicale en/of thoracale wervelkolom. Slechts een klein deel van de patiënten met schouderklachten wordt verwezen

naar de tweede lijn.¹ In het algemeen betreft dit ernstige schouderletsels, zoals fracturen, rupturen van de rotatorcuff en luxaties, of patiënten met aanhoudende klachten.

RSI van de schouder/bovenarm (CAS-code L684) is niet het onderwerp van dit protocol.

In de kwartaalverkenningen van het UWV is de hoofdgroep ‘chronische schouderklachten’ samengesteld uit de volgende CAS-codes:⁴

- L121 pijn in de bovenste extremiteit;
- L511 fractuur van de schoudergordel;
- L595 letsel van spieren en pezen van schouder en arm;
- L624 cervicobrachiaal syndroom.

2.2 Epidemiologie

De jaarprevalentie van schouderklachten onder de algemene bevolking wordt geschat tussen de 18 en 30 procent.^{5,6} Er zijn weinig cijfers over chronische schouderklachten in de algemene bevolking, maar 15 procent rapporteert schouderklachten met een duur van minimaal drie maanden.⁶ De incidentie en de prevalentie nemen toe met de leeftijd, met een duidelijke top tussen de 45 en 65 jaar, om daarna weer af te nemen.⁷ Een groot aantal mensen met chronische klachten gaat hiermee niet naar de huisarts. De jaarlijkse incidentie van schouderklachten in de huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 2,3 procent en de prevalentie 3,5 procent.^{7,8}

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

Van de patiënten die hun huisarts consulteren voor schouderklachten, meldt 30 procent zich in de daaropvolgende zes maanden ziek. Ongeveer de helft is slechts enkele dagen arbeidsongeschikt, de rest tien dagen of meer.^{9,10} Jaarlijks verzuimt 2-4 procent van de werkzame bevolking door klachten van nek, schouders, arm, elleboog of pols en hand (4-6 procent van alle verzuimdagen).¹¹ Er zijn geen cijfers bekend van verzuim door alleen schouderklachten.

In de periode 2006 tot en met juni 2007 kregen 424 cliënten een WIA-beoordeling met als hoofddiagnose chronische schouderklachten. Dat is 0,75 procent van het totale aantal beoordelingen (n=56.267).

| | Chronische schouderklachten | Alle WIA-beoordelingen |
|------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| WIA-instroom | (n=424) | (n=65.267) |
| IVA-uitkering | 2% | 11% |
| WGA, volledig a.o. | 18% | 26% |
| WGA, gedeeltelijk a.o. | 10% | 15% |
| Afwijzing voor WIA | 70% | 48% |

Een WIA-beoordeling bij cliënten met chronische schouderklachten vond vaker plaats bij vrouwen dan bij mannen (55 procent respectievelijk 45 procent). Bijna de helft (48 procent) was jonger dan 45 jaar. In dezelfde periode kregen 293 cliënten een WIA-beoordeling met chronische schouderklachten als nevensdiagnose.⁴

Ontstaan, risicofactoren en beloop

3.1 Ontstaan

Van alle gewrichten heeft de schouder de grootste mobiliteit, doordat de relatief grote humeruskop beweegt tegenover een klein, ondiep gewrichtsvlak. De stabiliteit in dit gewricht wordt voornamelijk tot stand gebracht door het gewrichtskapsel met zijn ligamenten, het labrum glenoidale, de rotatormusculatuur en de meer oppervlakkig gelegen musculatuur.

Schouderklachten die niet door een trauma, systemische of elders gelokaliseerde aandoeningen ontstaan, worden vermoedelijk veroorzaakt door overbelasting. Hierdoor ontstaat degeneratie van spieren en pezen rond het glenohumerale gewricht of van structuren in de directe omgeving, zoals het acromioclaviculaire gewricht.¹⁰ In de eerste lijn is een betrouwbare, op de anatomie gebaseerde indeling van verschillende oorzaken van schouderklachten meestal niet goed te maken.^{1,11} Het lichamenlijk onderzoek richt zich daarom in de eerste plaats op de beoordeling van de functionele mogelijkheden.

In een minderheid van de gevallen ligt de oorzaak van schouderklachten buiten het schoudergebied. Een van de mogelijkheden is dat er sprake is van afwijkingen of functiestoornissen van de cervicale en/of thoracale wervelkolom. Bij passief en actief bewegen van de nek is er dan naast nekklachten ook sprake van pijn in de schouder en/of arm. In zeldzame gevallen kunnen schouderklachten ook veroorzaakt worden door andere, soms ernstige, aandoeningen.¹

3.2 Risicofactoren

Niet beïnvloedbare risicofactoren voor het ontstaan van schouderklachten zijn leeftijd en vrouwelijk geslacht.

Tot de beïnvloedbare risicofactoren behoren overgewicht en sommige vormen van fysieke belasting. Schouderklachten komen veel voor bij sporters en er is onderzoek gedaan onder verschillende beroepsgroepen (verzorgenden, ambulancepersoneel, bosarbeiders).¹³ Als risicofactoren worden genoemd: werken met de armen boven schouderhoogte, het veelvuldig uitvoeren van tillen, duwen en trekken, herhaalde bewegingen en de duur van de blootstelling gedurende het dienstverband.¹⁴⁻¹⁶ Uit onderzoek blijkt dat psychische klachten (angst of depressieve klachten) of psychosociale factoren op het werk (hoge taakeisen, weinig mogelijkheden of onvoldoende steun op het werk door collega's of leidinggevenden) mogelijk ook risicofactoren voor het ontstaan van schouderklachten kunnen zijn.¹⁷ Veel van deze risicofactoren blijken ook prognostische (onderhoudende) factoren te zijn (zie 3.3. Beloop).

3.3 Beloop

Schouderklachten hebben vaak een recidiverend en langdurig beloop en hebben vooral in de acute fase nadelige gevolgen voor het dagelijks functioneren. Van de patiënten die hun huisarts met schouderklachten consulteren, geeft ongeveer 30 procent aan na zes weken hersteld te zijn en 50 procent binnen een halfjaar. Na een jaar is dit gestegen tot 60 procent. Slechts een derde tot de helft van de patiënten die aangeven na een jaar nog niet hersteld te zijn, consulteert hiervoor opnieuw zijn huisarts. Bij het merendeel van de patiënten zijn de klachten op lange termijn niet zo ernstig dat ze het dagelijks functioneren blijven belemmeren.¹

Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over het beloop en de ernst van schouderklachten op langere termijn. Het beloop lijkt negatief te worden beïnvloed wanneer er sprake is van ernstige pijnklachten, een lange voorgeschiedenis, aanwezigheid van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld nekkklachten) en psychosociale factoren (waaronder depressieve klachten, een passieve copingstijl, en catastroferende gedachten).^{9,17,19-22} Voor de meeste psychosociale factoren geldt dat de verbanden niet heel sterk zijn, en niet consistent kunnen worden aangetoond.

Voorspellers voor verzuim bij schouderklachten zijn: verzuim in de voorgaande twee maanden, de ernst van de pijnklachten en het toeschrijven van de oorzaak aan gebruikelijke activiteiten op het werk.²²

Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

In de eerste lijn wordt de diagnostiek van schouderklachten verricht aan de hand van anamnese en lichamelijk onderzoek. Er zijn geen aanwijzingen dat aanvullend beeldvormend onderzoek bij niet-traumatische schouderklachten in de eerste lijn toegevoegde waarde heeft. De arts moet uitsluiten dat de oorzaak van de schouderklachten buiten het schoudergebied gelegen is en ook dat sprake is van een weinig voorkomende, soms ernstige oorzaak. Het gaat daarbij met name om het cervicaal-radiculair syndroom, reumatoïde artritis, polymyalgia rheumatica en referred pain door aandoeningen van de viscerale organen.¹

Het is aannemelijk dat bijzondere oorzaken uitgesloten zullen zijn bij een overgrote meerderheid van de cliënten die zijn uitgevallen met schouderklachten en die na twee jaar arbeidsongeschiktheid beoordeeld worden in het kader van de WIA. Dat neemt niet weg dat het voor de verzekeringarts van belang is ook hiervan voldoende kennis te hebben, evenals van de daarbij behorende diagnostiek. Er kunnen diagnoses gemist zijn en schouderklachten kunnen ontstaan zijn in een periode van arbeidsongeschiktheid die door een andere ziekte veroorzaakt is.

Intrinsieke schouderklachten bij patiënten jonger dan veertig jaar worden bijna altijd veroorzaakt door overbelasting en gaan gepaard met inklemmingsverschijnselen. In de leeftijd van veertig tot vijftig jaar is dat meestal ook het geval, maar moet daarnaast rekening gehou-

den worden met de mogelijkheid van een rotatorcuffruptuur, met name als er langdurig schouderbelastende arbeid verricht is. Na het vijftigste jaar neemt de kans op een cuffruptuur toe.²³⁻²⁵ Instabiliteit van de schouder kan ontstaan na een luxatie of subluxatie van het schoudergewricht. Dit ontstaat meestal door een trauma. In een kleine minderheid kan door chronische, eenzijdige belasting (microtrauma) instabiliteit ontstaan, vaak bij sporters, maar ook bij mensen die frequent boven schouderhoogte moeten werken.^{26,27}

4.2 Anamnese

In de anamnese tracht de verzekeringsarts een indruk te krijgen van de aard, de ernst en het beloop van de klachten en beperkingen. Hij is daarbij alert op zeldzame en soms ernstige oorzaken van schouderklachten. De anamnese is er ook op gericht om te achterhalen of er factoren zijn die het ontstaan en beloop mogelijk hebben beïnvloed en/of die voor de beoordeling van de prognose en de beoordeling van kansen op herstel van belang zijn.

Aandachtspunten daarbij zijn:

- het ontstaan van de pijn in de schouder (acuut of geleidelijk in de loop van enkele weken);
- de visie van de cliënt op het ontstaan van de pijn; ‘spontaan’, door het werk, sporten of trauma;
- de plaats van de pijn, uitstraling in de arm;
- pijn en/of beperkingen bij het bewegen van de bovenarm;
- pijnklachten aan de cervicale en thoracale wervelkolom, pijn bij bewegen van de nek, het uitstralen van pijn in de arm, paresthesieën;
- de ernst van de pijn en de gevolgen van de pijn, zoals verstoring van de nachtrust, beperkingen in het dagelijks functioneren;
- behandeling en resultaat van de behandeling;
- schouderklachten en klachten van de nek en thoracale wervelkolom in het verleden, het beloop, de behandeling en het resultaat van de behandeling;
- klachten van het bewegingsapparaat elders;
- relevante comorbiditeit;
- psychische klachten die het gevolg zijn van de schouderklachten;
- pijngebonden gedrag, vermijden van bewegen, angst voor letsel bij bewegen, negatief verwachtingspatroon (catastroferende gedachten)
- fysieke belasting van het werk en de fysieke werkomgeving;
- psychosociale werkomgeving;
- sociale factoren, sport en vrijetijdsbesteding.

4.3 Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bij schouderklachten in de eerste lijn is pragmatisch van aard. Het is erop gericht functiebeperkingen vast te stellen en mogelijke oorzaken van de klachten die buiten de schouder gelegen zijn, vast te stellen of uit te sluiten. Het is vaak niet goed mogelijk, en ook niet nodig, om bij het lichamelijk onderzoek de verschillende syndromen te onderscheiden die bij intrinsieke schouderklachten een rol kunnen spelen.¹ Ook de plaats waar de pijn ervaren wordt, hoeft geen relatie te hebben met de lokalisatie van de laesie.²⁸

Het onderzoek wordt als volgt uitgevoerd:^a

- Inspectie van beide schouders, de stand van de nek en de thoracale wervelkolom, met aandacht voor atrofie en de stand van de schouderbladen. Laat de client de plaats van de pijn aanwijzen.
- Bewegingsonderzoek van de schouder, met een vergelijking van beide schouders, waarbij de onderzoeker bij voorkeur achter de patiënt staat:
 - *Actieve abductie in het scapulavlak.* Laat de client de beide gestrekte armen zijwaarts heffen tot naast het hoofd en weer laten zakken. Vraag hem de armen zijwaarts gestrekt omhoog te heffen tot schouderhoogte, vervolgens om de handpalmen in de richting van het plafond te draaien en de armen gestrekt verder naar boven te bewegen totdat de handen elkaar boven het hoofd raken. Beoordeel of deze beweging beperkt en/of pijnlijk is, en als sprake is van pijn, in welk deel van het traject dat het geval is (painful arc).
 - *Passieve abductie in het scapulavlak.* Omvat de arm ter hoogte van de elleboog en til de gestrekte arm zijwaarts in de richting van het oor tot naast het hoofd. Beoordeel de totale bewegingsuitslag en vraag naar pijn aan het eind van de beweging. Beoordeel de beweeglijkheid van de humerus ten opzichte van de scapula.
 - *Passieve exorotatie.* Omvat de onderarm ter hoogte van pols, fixeër de elleboog, buig de arm negentig graden in de elleboog en roteer de arm naar buiten. Beoordeel de bewegingsuitslag en de pijn.
- Bewegingsonderzoek van de nek. Actieve flexie, extensie, rotaties naar links en rechts en lateroflexie naar beide zijden. Beoordeel of dit pijnlijk en/of beperkt is en of er sprake is van uitstralende pijn naar de arm. Het actieve bewegingsonderzoek kan gecombineerd worden met het passieve bewegingsonderzoek, waarbij de maximale bewegingsuitslagen beoordeeld worden.

^a Zie afbeeldingen in de bijlage schouderonderzoek

- Op indicatie kan onderzoek van de thoracale wervelkolom plaatsvinden. Dat is met name nodig als er bij inspectie sprake blijkt van een kyfose, een duidelijke asymmetrie of een scoliose.

Tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek observeert de verzekeringsarts de cliënt met het oog op discrepanties tussen klachten en functionele mogelijkheden. De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat de resultaten van het lichamelijk onderzoek soms sterk kunnen variëren in de tijd.

4.4 Diagnose

Aan de hand van de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan in het algemeen een onderscheid gemaakt worden tussen intrinsieke schouderklachten en schouderklachten als gevolg van een oorzaak buiten het schoudergebied (extrinsieke schouderklachten), of door systemische oorzaken.

Om een diagnose te kunnen stellen van schouderklachten door afwijkingen buiten het schoudergebied of door systemische oorzaken, is vaak aanvullend onderzoek nodig. ‘Rode vlaggen’ voor ernstige pathologie zijn: voorgeschiedenis met kanker, onverklaarde zwelling, rode huid, koorts, algemene malaise, onverklaard en significant verlies van sensibiliteit en/of motoriek.²⁹

4.4.1 Intrinsieke schouderklachten

Hierbij wordt de volgende indeling gemaakt:

- *Schouderklachten met passieve bewegingsbeperking.* Hiervan is sprake bij een passieve, pijnlijke bewegingsbeperking in een of meer richtingen van het glenohumerale gewricht. Dit is het beeld van de pijnlijke, stijve schouder, die onder meer door een afwijking van het glenohumeraal gewricht veroorzaakt kan worden. Bij een capsulitis adhesiva (*frozen shoulder*) is er een globale functiebeperking die begint met een beperkte exorotatie. Een artrose van het schoudergewricht geeft passieve bewegingsbeperkingen in alle richtingen. Een röntgenfoto kan de aanwezigheid van artrose bevestigen.
- *Schouderklachten zonder passieve bewegingsbeperkingen, maar met pijn in een deel van het abductietraject (painful arc).* Deze klachten komen het meest voor. Hierbij ervaart de patiënt pijn tijdens of aan het eind van een actief of passief bewegingstraject, maar er is geen sprake van bewegingsbeperking (stijfheid). In dit geval is in het algemeen sprake van een inklemmingssyndroom door inklemming van subacromiale structuren. Dit beeld is ook bekend onder de naam *impingementsyndroom*. Hiervoor kunnen verschillende

oorzaken zijn, zoals tendinitiden en een acute of chronische bursitis. Bij oudere patiënten kan ook sprake zijn van een partiële of totale cuffruptuur. Cuffrupturen kunnen geleidelijk beginnen en een progressief beloop hebben.

Instabiliteit van de schouder en aandoeningen van het acromioclaviculaire of het sternoclaviculaire gewricht kunnen ook schouderklachten geven zonder passieve bewegingsbeperkingen. Deze aandoeningen kunnen in overweging genomen worden, als andere oorzaken van intrinsieke schouderklachten uitgesloten zijn.

4.4.2 *Extrinsieke schouderklachten*

Hierbij heeft de patiënt klachten zonder dat er afwijkingen bij het bewegingsonderzoek van de schouder gevonden worden.

- Overweeg of de oorzaak van de klachten in de nek gelegen is. Pijn kan vanuit de nek naar de armen uitstralen. Een van de mogelijke oorzaken is discopathie. Discopathie, vaak in combinatie met spondylartrose van de laagcervicale wervels, komt boven het vijftigste levensjaar zeer frequent voor, doch leidt slechts in een klein deel van de gevallen tot radicaire verschijnselen. Een andere mogelijkheid is een cervicaal radiculair syndroom. Dit wordt veroorzaakt door een irritatie van een cervicale ruggenmergswortel en wordt gekenmerkt door een uitstralende pijn in het schoudergebied en de arm al of niet in combinatie met neurologische uitvalsverschijnselen. Of pijn optreedt, is vaak sterk afhankelijk van de stand en de beweging van de nek.
- *Referred pain*. Aandoeningen van de viscerale organen kunnen ook schouderklachten veroorzaken, bijvoorbeeld vanuit hart, galblaas of longtoppen of diafragma prikkeling. Er zijn dan ook andere klachten, zoals pijn elders, malaise, gewichtsverlies en/of andere aandoeningen. Het is aannemelijk dat bij deze patiënten in een vroeg stadium nader onderzoek zal plaatsvinden en dat de verzekeringsarts hierover geïnformeerd zal zijn.

4.4.3 *Systemische aandoeningen*

Voorbeelden van systemische aandoeningen waarbij sprake kan zijn van schouderklachten, zijn reumatoïde artritis en polymyalgia rheumatica. Bij reumatoïde artritis heeft de patiënt ook gewrichtsklachten elders. Dit ziektebeeld staat beschreven in het verzekeringsgeneeskundig protocol *Reumatoïde artritis*. Polymyalgia rheumatica wordt ook gerekend tot de reumatische aandoeningen en wordt gekenmerkt door dubbelzijdige pijn en stijfheid van de schouder- en/of bekkengordel, doorgaans bij mensen die ouder zijn dan vijftig jaar. Karakteristiek is een sterk verhoogde BSE. De aandoening is goed te behandelen met corticosteroïden.³⁰

4.5 Behandeling

Bij het merendeel van de patiënten met schouderklachten is de prognose over de functionele mogelijkheden goed. In de beginfase moet de patiënt tijdelijk de activiteiten vermijden die de klachten mogelijk uitgelokt hebben, evenals activiteiten die de pijn duidelijk verergeren. Het is echter belangrijk dat de beweeglijkheid van de schouder onderhouden wordt. In het algemeen is het voldoende als de patiënt zelf dagelijks meerdere keren oefent, waarbij de nadruk ligt op passieve oefeningen en het stapsgewijs uitbreiden van dagelijkse activiteiten volgens een vast tijdschema.^{1,31-34}

In de eerste weken na het ontstaan van de klachten schrijft de huisarts desgewenst analgetica voor. Er zijn aanwijzingen dat corticosteroïdinjecties op korte termijn de klachten verlichten. Op de lange termijn lijken injecties geen extra voordelen op te leveren.^{1,34}

De NHG-Standaard adviseert om de patiënt na zes weken te verwijzen voor oefentherapie. Bij oefentherapie gaat de voorkeur uit naar een tijdgebonden activerende aanpak die de mobiliteit van de schouder onderhoudt, de schoudermusculatuur versterkt en angst voor bewegen voorkomt.¹ Aanvullend kan de arts overwegen de patiënt naar een manueel therapeut te verwijzen. Manuele therapie lijkt het herstel te bespoedigen van patiënten met schouderklachten bij wie ook sprake is van een functiestoornis van de cervicale en/of thoracale wervelkolom.¹

Er zijn nog geen heldere criteria voor verwijzing naar de tweede lijn. Indicaties voor verwijzing naar een specialist of een multidisciplinaire inventarisatie zullen in het algemeen afhangen van de lokale omstandigheden en de persoonlijke ervaring van de behandelend arts.¹

De prognose wordt ongunstiger naarmate de klachten langer duren. Als de patiënt adequaat geoefend heeft en de klachten na een half jaar nog persisteren, dient een verwijzing voor diagnostiek en advies in de tweede lijn wel overwogen te worden. Specialistisch onderzoek, ondersteund door hulponderzoeken, kan de diagnostiek verfijnen en hiermee kan beoordeeld worden of mogelijk sprake is van een operatie-indicatie. Bij een rotatorcuffruptuur kan dat, met name in de arbeidzame leeftijd, het geval zijn. Bij inklemmingsbeelden en bij cervicale pathologie zal de orthopedisch chirurg zich in het algemeen terughoudend opstellen met opereren.

Werkhervatting

De werkhervattingsadviezen van de bedrijfsarts zullen in het algemeen aansluiten op de behandeladviezen. De werkzaamheden worden tijdelijk aangepast en als de klachten afnemen, kan de cliënt het werk geleidelijk hervatten. De bedrijfsarts beoordeelt of er risicofactoren zijn in de werksituatie en bij onduidelijkheid hierover kan hij een werkplekonderzoek adviseren. Hij zal in het algemeen een tijdgebonden werkhervatting adviseren. Als binnen zes weken geen volledige werkhervatting heeft plaatsgevonden, wordt geadviseerd te verwijzen voor oefentherapie, die mede als doel heeft de activiteiten tijdgebonden uit te breiden. Als er sprake is van herstelbelemmerende en/of uitlokkende factoren in de werksituatie, geeft de bedrijfsarts advies om deze belemmeringen weg te nemen. Het kan daarbij zowel gaan om specifieke lichamelijke belasting in het werk als om psychosociale factoren.^{2,18} Bij langdurig verzuim moet de bedrijfsarts de mogelijkheid van een multidisciplinaire inventarisatie overwegen.

De effectiviteit van multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische schouderklachten is niet aangetoond.³⁵ Er zijn echter voldoende aanwijzingen dat een multidisciplinaire behandeling, uitgaande van een cognitief gedragsmatige benadering, effectief kan zijn bij patiënten met chronische pijn. Op individueel niveau kunnen er daarom goede redenen zijn een multidisciplinaire behandeling te adviseren. Een andere mogelijkheid is een beoordeling op individueel niveau door een klinisch arbeidsgeneeskundige, gespecialiseerd in klachten van het houdings- en bewegingsapparaat.

Bij langdurige en/of recidiverende klachten moet door de bedrijfsarts worden overwogen belastende werkzaamheden blijvend te vermijden. Dit kan recidieven, na een aanvankelijk herstel van de klachten, voorkomen.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met chronische schouderklachten 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 Sociaalmedische voorgeschiedenis

Bij een cliënt met chronische schouderklachten beoordeelt de verzekeringsarts de stagnatie in het herstelproces. Hij houdt er rekening mee dat schouderklachten onder de algemene bevolking zeer frequent voorkomen en vaak een langdurig beloop hebben, maar dat veel werknemers hun werkzaamheden hervatten, al of niet met aanpassingen.

De verzekeringsarts betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn beoordeling van de verplichte re-integratie-inspanningen van de werkgever en werknemer.³⁶ Hij kan tot de conclusie komen dat een cliënt belangrijke re-integratiekansen heeft gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij een cliënt met schouderklachten kan door middel van een zorgvuldig lichamelijk onderzoek vaak een goede inschatting van de functionele mogelijkheden gemaakt worden.

De verzekeringsarts moet echter voor de vaststelling van de belastbaarheid ook het beloop van de klachten, herstelbelemmerende factoren, de verrichtte diagnostiek en de ondergane behandeling(en) bij zijn beoordeling betrekken. Hij betreft in zijn afweging voor de vaststelling van de functionele mogelijkheden dat:

- de ernst van de klachten in de loop van de tijd kan variëren;
- de bevindingen bij lichamelijk onderzoek in de loop van de tijd kunnen variëren;
- ten tijde van het onderzoek soms geen beperkingen kunnen worden vastgesteld, bijvoorbeeld doordat de belasting is aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt;
- de schouderklachten mogelijk niet intrinsiek van aard zijn, maar een oorzaak hebben die buiten de schouder gelegen is, bijvoorbeeld een uitstralende pijn vanuit de nek;
- er sprake kan zijn van een combinatie van intrinsieke en extrinsieke oorzaken;
- de schouderklachten veroorzaakt kunnen worden door een systemische aandoening, bijvoorbeeld reumatoïde artritis en polymyalgia rheumatica.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een cliënt met chronische schouderklachten zijn:

- aanpassing fysieke omgevingseisen;
 - trillingsbelasting;
 - kou en tocht;
 - dynamische handelingen;
 - dominantie;
 - lokalisatie van de beperking;
 - werken met toetsenbord en muis;
 - schroefbewegingen hand en arm;
 - reiken en frequent reiken;
 - duwen of trekken;
 - tillen of dragen en frequent licht tillen of dragen;
 - frequent zware lasten hanteren tijdens werk;
 - hoofdbewegingen maken;
 - klimmen;
 - overige beperkingen van het dynamisch handelen;
 - statische houdingen;
 - boven schouderhoogte actief zijn;
 - het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk;
 - overige beperkingen van statische houdingen.
-

6.3 Te verwachten beloop

Voor zijn prognose van de chronische schouderklachten van een cliënt maakt de verzekeringsarts gebruik van de kennis van het beloop van de klachten (inclusief de obstakels in de fysieke en psychosociale werkomgeving), de verrichtte diagnostiek en behandeling(en) en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek. De werkgroep is van mening dat een eenmalig consult bij een relevant specialisme overwogen dient te worden als in de voorgeschiedenis hiervan nog geen gebruik is gemaakt. De verzekeringsarts betreft bij zijn afwegingen de ernst van de huidige klachten, de ervaren beperkingen en of er (mogelijk) sprake is van een oorzaak gelegen buiten de schouder, of van een systemische aandoening.

De prognose van schouderklachten is ongunstiger naarmate de klachten langer duren. De totale duur van het herstel is niet eenvoudig in te schatten. Voor een capsulitis adhesiva (*frozen shoulder*) is een herstelduur van maximaal twee tot drie jaar beschreven, maar het beloop kan ongunstig zijn als er ook sprake is van diabetes mellitus.³⁷ De prognose van schouderklachten waarbij een specifieke aandoening is vastgesteld (doorgaans op basis van beeldvormende diagnostiek), is afhankelijk van de aard van de diagnose en de ernst van de aandoening.

6.4 Behandeling en begeleiding

Wanneer sprake is van chronische schouderklachten waarbij geen aanvullende diagnostiek of verwijzing naar een relevant specialisme heeft plaatsgevonden dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid dat er sprake kan zijn van een behandelbare oorzaak. De verzekeringsarts vraagt toestemming aan de cliënt en treedt hierover in overleg met de huisarts.

De verzekeringsarts die tot de conclusie komt dat er nog mogelijkheden zijn voor verbetering van de functionele mogelijkheden door behandeling en/of begeleiding, aanpassingen of voorzieningen, overlegt hierover met de cliënt en de relevante disciplines in diens omgeving (behandelaar(s), huisarts, bedrijfsarts, werkgever, arbeidsdeskundige, re-integratiecoach en zo meer). Bevindingen en afspraken daarover (het medisch plan van aanpak) worden door de verzekeringsarts vastgelegd en bijgehouden in het dossier. Op geleide daarvan plant de verzekeringsarts een heronderzoek om de functionele mogelijkheden te beoordelen.

A

Literatuur

-
1. Winters, J.C., Jongh, A.C., Windt, D.A.W.M. van der, Jonquière, M., Winter, A.F. de, Heijden, G.J.M.G. van der, Sobel, J.S., Goudswaad, A.N. NHG-Standaard Schouderklachten, eerste herziening. Huisarts Wet 1999; 42: 222-31.
 2. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek. Utrecht: NVAB; 2003.
 3. CANS, nieuwe terminologie en indeling van arm-, nek- en/of schouderklachten. Kenniscentrum AKB, 2004 (www.kenniscentrumakb.nl).
 4. UWV Kwartaalverkenning 2007-III. Kenniscentrum UWV Directie SBK, 4 oktober 2007.
 5. Walker-Bone, K., Palmer, K.T., Reading, I., Coggon, D., Cooper, C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum* 2004 15; 51 (4): 642-51.
 6. Picavet, H.S., Schouten, J.S. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102 (1-2): 167-78.
 7. Linden, M.W. van der, Westers, G.P., Bakker, D.H. de, Schellevis, F.G.. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. NIVEL/RIVM 2004.
 8. Bot, S.D.M., Terwee, C.B., Windt, D.A.W.M. van der, Bouter, L.M., Dekker, J. Incidence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 118-123.
 9. Kuijpers, T., Windt, D.A.W.M. van der, Heijden, G.J.M.G. van der, Twisk, J.W.R., Vergouwe, Y., Bouter, L.M. A prediction rule for Shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7: 97.
 10. Pyne, S.W. Diagnosis and current treatment options of shoulder impingement. *Curr Sports Med Rep* 2004; 3 (5): 251-5.
-

11. Bongers, P.M., IJmker, S., Heuvel, S. van der, Blatter, B.M. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (Part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (Part II). *J Occup Rehabil* 2006; 16: 279-302.
 12. Winter, A.F. de, Jans, M.P., Scholten, R.J., Devillé, W., Schaardenburg, D. van, Bouter, L.M. Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement.. *Ann Rheum Dis* 1999; 58 (5): 272-7.
 13. Aasa, U., Barnekow-Bergkvist, M., Ängquist, K.A., Brulin, C. Relationship between work-related factors and disorders in the neck-shoulder and low-back region among female and male ambulance personnel. *J Occup Health*. 2005; 47: 481-9.
 14. Windt, D.A. van der, Thomas, E., Pope, D.P., Winter, A.F. de, Macfarlane, G.J., Bouter, L.M., Silman, A.J. Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review. *Occup Environ Med* 2000; 57 (7): 433-42.
 15. Walker-Bone, K.E., Palmer, K.T., Reading, I., Cooper, C. Soft-tissue rheumatic disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors. *Semin Arthritis Rheum* 2003 Dec; 33 (3): 185-203.
 16. Walker-Bone, K., Cooper, C. Hard work never hurt anyone: or did it? A review of occupational associations with soft tissue musculoskeletal disorders of the neck and upper limb. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (10): 1391-6.
 17. Mallen, C.D., Peat, G., Porcheret, M., Croft, P. The prognosis of joint pain in the older patient: general practitioners' views on discussing and estimating prognosis. *Eur J Gen Pract* 2007; 13 (3): 166-8.
 18. Sim, J., Lacey, R.J., Lewis, M. The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: a general population study *BMC Public Health* 2006; 6: 234.
 19. Kuijpers, T., Windt, D.A. van der, Heijden, G.J. van der, Bouter, L.M. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004 Jun; 109 (3): 420-31.
 20. Feleus, A., Bierma-Zeinstra, S.M., Miedema, H.S., Verhagen, A.P., Nauta, A.P., Burdorf, A., Verhaar, J.A., Koes, B.W. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice--6 months follow-up. *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Jan; 46 (1): 169-76. Epub 2006 Jun 24.
 21. Bot, S.D., Waal, J.M. van der, Terwee, C.B., Windt, D.A. van der, Scholten, R.J., Bouter, L.M., Dekker, J. Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. *Spine* 2005; 15 30 (16): E459-70.
 22. Kuijpers, T., Windt, D.A.W.M. van der, Heijden, G.J.M.G., Vergouwe, Y., Twisk, J.W.R., Bouter, L.M. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7: 97.
 23. Stevenson, J.H., Trojian, T. Evaluation of shoulder pain. *J Fam Pract* 2002 Jul;51(7):605-11.
 24. Arcuni, S.E. Rotator cuff pathology and subacromial impingement. *Nurse Pract* 2000 May; 25(5): 58, 61, 65-6.
 25. Murrell, G.A., Walton, J.R. Diagnosis of rotator cuff tears. *Lancet* 2001 Mar 10; 357 (9258): 769-70.
 26. Belling Sørensen, A.K., Jørgensen, U. Secondary impingement in the shoulder. An improved terminology in impingement. *Scand J Med Sci Sports* 2000 Oct; 10 (5): 266-78.
 27. Luime, J.J., Verhagen, A.P., Miedema, H.S., Kuiper, J.I., Burdorf, A., Verhaar, J.A., Koes, B.W. Does this patient have an instability of the shoulder or a labrum lesion? *JAMA* 2004 Oct 27; 292 (16): 1989-99.
 28. Groenier, K.H., Winters, J.C., Schuur, W.H. van, Winter, A.F. de, Meyboom-De Jong, B. A simple classification system was recommended for patients with restricted shoulder or neck range of motion. *J Clin Epidemiol* 2006; 59 (6): 599-607.
-

29. Mitchell, C., Adebajo, A., Hay, E., Carr, A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ* 2005 Nov 12; 331 (7525): 1124-8.
30. Vos, P.A., Bijlsma, J.W., Derksen, R.H. Polymyalgia rheumatica en artritis temporalis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005 Aug 27; 149 (35): 1932-7.
31. Geraets, J.J., Goossens, M.E., Groot I.J. de, Bruijn, C.P. de, Bie, R.A. de, Dinant, G.J., Heijden, G. van der, Heuvel, W.J. van den. Effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. *Aust J Physiother* 2005; 51 (2): 87-94.
32. Geraets, J.J., Goossens, M.E., Bruijn, C.P. de, Groot, I.J. de, K  ke, A.J., Pelt, R.A., Heijden, G. van der, Dinant, G.J., Heuvel, W.J. van den. Cost-effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. *Int J Technol Assess Health Care* 2006 Winter; 22(1): 76-83.
33. Windt, D.A.W.M. van der, Koes, B.W. Are corticosteroid injections as effective as physiotherapy for the painful stiff shoulder? In: Best T, MacAuley D. (Eds). *Evidence Based Sports Medicine [2nd Ed]*. London: BMJ Books, Blackwell Publishing 2007: 391-417.
34. Buchbinder, R., Green, S., Youd, J.M. Corticosteroid injections for shoulder pain (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford, Update Software.
35. Karjalainen, K., Malmivaara, A., Tulder, M. van, Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., Koes, B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD002194.
36. UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
37. Laslett, L.L., Burnet, S.P., Jones, J.A., Redmond, C.L., McNeil, J.D. Musculoskeletal morbidity: the growing burden of shoulder pain and disability and poor quality of life in diabetic outpatients. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 (3): 422-9.

B

Commissie en commentaarronde

Als commissie voor dit protocol fungeert de werkgroep Chronisch schouderklachten.

Werkgroep Chronische Schouderklachten

- Mw. dr. D.A.W.M. (Daniëlle) van der Windt, *voorzitter*
Epidemioloog, EMGO Institute en VUMC afdeling Huisartsgeneeskunde
- Dhr. mr. drs. F.M. (Frans) Westerbos, arts, *secretaris*

- Dhr. drs. P.G. (Paul) Brock
Verzekeringsarts, UWV
- Dhr. drs. D.E. (Evert) Smit
Verzekeringsarts, UWV
- Dhr. drs. R.H.J. (Ronald) God
Verzekeringsarts, UWV, orthomanueel arts
- Dhr. dr. L.A.M. (Leo) Elders
Bedrijfsarts, Consulo
- Dhr. drs. M.E. (Michiel) Hart
Bedrijfsarts, Hbma
- Dhr. drs. R.J. (René) Naber
Bedrijfsarts, Arbo-Livio

- Dhr. dr. P.H.T.G. (Peter) Heuts
Revalidatiearts, Revalidatiecentrum Hoensbroek
 - Dhr. dr. W.J. (Jaap) Willems Orthopedisch chirurg,
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
-

Autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocollen

- Prof. dr. J.H.B.M. Willems, *voorzitter*
Bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; TNO Kwaliteit van Leven, Delft
 - Mevr. Y. Jansen
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
 - Prof. dr. R.J. van den Bosch
Hoogleraar psychiatrie UMCG, Groningen; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
 - Prof. dr. J.J.L. van der Klink
Bedrijfsarts, psycholoog, hoogleraar sociale geneeskunde, UMC, Groningen
 - Mevr. prof. dr. J.W.M. Hazes
Hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - Dr. H Kroneman
verzekeringarts; UWV
 - A.H.J.M. Sterk
verzekeringarts
 - Dr. D.J. Bruinvels
Bedrijfsarts, NVAB
 - Mevr. A.E. de Wind
Verzekeringarts, NVVG
 - Mevr. J.G. van Balen
Huisarts, NHG
 - Dr. M. van Dal, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
 - Dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
 - R.H.C.J. Mentink, *secretaris*
Bedrijfs- en verzekeringarts, projectleider VGI
-

Commentaarronde

Het protocol en de bijbehorende toelichting werden in concept voor commentaar aan de volgende organisaties voorgelegd:

- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde;
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde;
- Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland;
- RSI-patiëntenvereniging;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging;
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- Nederlands Huisartsen Genootschap;
- UWV;
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken.

Bewegingsonderzoek van de schouder

De foto's zijn genomen vanuit het perspectief van de onderzoeker en sluiten aan bij de drie onderzoekshandelingen die de verzekeringsarts geacht wordt te verrichten.



Foto 1. Actieve abductie in het scapulavlak.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.



Foto 2 Passieve abductie in het scapulavlak.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.



Foto 3 Passieve exorotatie met afhangende arm.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.
