
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen

Beroerte

Borstkanker





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen:*
Angststoornissen, Beroerte
Uw kenmerk : SV/AL/05/60669
Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-M4
Bijlagen : 1
Datum : 15 maart 2007

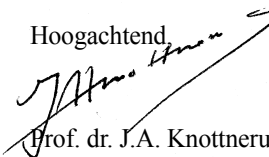
Mijnheer de minister,

Ter beantwoording van de adviesaanvraag d.d. 19 januari 2005 heb ik uw ambtsvoorganger op 22 juli van dat jaar het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg hij de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. Sindsdien zijn vier protocollen verschenen, over *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning* en *Depressieve stoornis*, alsmede de bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. De volgende drie protocollen bied ik u hierbij aan.

De protocollen in dit advies, gewijd aan *Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker*; zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Ze zijn in concept ter commentariëring voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties. Ik ben deze organisaties voor hun commentaren zeer erkentelijk. De conceptprotocollen zijn tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend



Prof. dr. J.A. Knottnerus

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen
Beroerte
Borstkanker

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2007/05, Den Haag, 15 maart 2007

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/05.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-639-6

Inhoud

Samenvatting *9*

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen *13*

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen *19*

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte *57*

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte *65*

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker *103*

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker *111*

	Bijlagen <i>143</i>
A	Adviesaanvraag <i>145</i>
B	Commissie <i>149</i>
C	Commentaren <i>155</i>

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het vijfde tot en met zevende protocol in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind vorig jaar door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

Na het in juli 2005 verschenen advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* en de adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning en Depressieve stoornis*, is dit advies met de protocollen *Angststoornissen, Beroerte* en *Borstkanker* het vierde dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). In de loop van dit voorjaar zal met de publicatie van de protocollen *Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom* en *Whiplash Associated Disorder* de reeks van tien protocollen gecompleteerd worden. De WIA-advisering door de Gezondheidsraad zal worden afgerond met een advies over verzekeringsgeneeskundige ‘mediprudentie’.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen

Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

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

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

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

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

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen aan het begin van het verzuim en wat was het beloop?
 - Waren er al klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan het verzuim (bijvoorbeeld frequent verzuim) en, zo ja, welke?
 - Diagnostiek: (4.1, 4.2)
 - Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld? (4.3) Is er ook comorbiditeit? (4.4)
 - Is de diagnose gedurende het verzuim geëvalueerd en zo nodig herzien?
 - Heeft er overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Zo ja, wanneer?
 - Behandeling:
 - Is de werknemer in behandeling geweest bij de huisarts? Zo ja, welke behandeling is gegeven? (4.5)
 - Is de werknemer voor behandeling of begeleiding verwezen naar eerste- of tweedelijnszorg? Zo ja, hoeveel weken na het begin van het verzuim?
 - Welke adviezen hebben de behandelaars gegeven inzake het medisch herstel? Waaruit heeft de behandeling bestaan?
 - Hebben de behandelaars geadviseerd over re-integratie?
 - Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer zich na een verwijzing onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
 - Zoekt de patiënt (nog) naar een lichamelijke verklaring voor zijn klachten?
 - Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?
 - Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk:
 - Was in het werk sprake van factoren die bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van de angststoornis bij deze werknemer of die zijn werkhervatting belemmeren? (3.2, 4.3)
-

- Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk? (5)
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
 - Was sprake van risicofactoren bij de werknemer zélf of in diens omgeving, die een angststoornis kunnen doen ontstaan of onderhouden?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?
- Werkhervatting:
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Is sprake geweest van verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is er tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

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

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

- de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
 - de mogelijke relatie tussen de ervaren beperkingen en zijn arbeidssituatie
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
 - zijn huidige behandeling
 - wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
 - de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
 - lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
-

- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag, onder welke omstandigheden zijn klachten toenemen en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en werkomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op:

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

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een psychiatrische expertise in geval van:

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

B **Beoordeling**

1 **Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)**

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

2 **Functionele mogelijkheden (6.2)**

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

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

3 **Te verwachten beloop (6.3)**

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

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

4 **Behandeling en begeleiding (6.4)**

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

- In geval van een langer bestaande angststoornis waarbij de verzekeringsarts van oordeel is dat de behandelmogelijkheden – voor de angststoornis of voor de comorbiditeit – nog onvoldoende benut zijn, overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts of behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak dat aansluit bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Angststoornissen

1	Inleiding 21
2	De aandoening 23
2.1	Kenmerken 23
2.2	Epidemiologie 24
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid 25
3	Ontstaan en beloop 27
3.1	Ontstaan 27
3.2	Risicofactoren 28
3.3	Beloop 29
4	Diagnose en behandeling 31
4.1	Aandachtspunten 31
4.2	Diagnostiek 32
4.3	Indeling volgens DSM-IV 34
4.4	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit 39
4.5	Behandeling 41
5	Werkhervatting 45

6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	47
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	47
6.2	Functionele mogelijkheden	48
6.3	Te verwachten beloop	49
6.4	Behandeling en begeleiding	49

Literatuur 51

Inleiding

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

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

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

De verzekeringsgeneeskundige protocollen *Angststoornissen*, *Depressieve stoornis* en *Overspanning* zijn op elkaar afgestemd. Bij de classificatie van psychische morbiditeit wordt in deze drie protocollen de DSM-IV classificatie gevolgd, behalve bij de definitie van ‘overspanning’, die ruimer is dan de DSM-IV categorie ‘aanpassingsstoornis’.⁴

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

De aandoening

2.1 Kenmerken

De term ‘angststoornis’ is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (pathologische angst) die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot hinder in de beroepsrol of andere belangrijke sociale rollen. Een angststoornis wordt onderscheiden van de normale angst die als aanpassingsproces een belangrijke functie heeft in gevaarlijke of bedreigende situaties (zie 3.1).

In de eerste lijn worden veel mengvormen en onvolledige beelden gezien. De angststoornissen die in de DSM-IV classificatie onderscheiden worden zijn te beschouwen als prototypen van de verschillende manieren waarop mensen met een angstprobleem in de knoop kunnen raken.

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

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

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

De DSM-IV classificatie is een middel voor de communicatie over psychische stoornissen.⁴ Classificatie van een klinisch beeld als een van de in de DSM-IV onderscheiden angststoornissen helpt de verzekeringsarts bij het verrichten van een volledige en zorgvuldige verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Angststoornissen hebben pathologische angst als gemeenschappelijke basis. De verschillende stoornissen hebben echter ook hun eigen dynamiek en expressie en kunnen daardoor leiden tot zeer uiteenlopende beperkingen. Bovendien moet rekening gehouden worden met individuele verschillen tussen patiënten met dezelfde angststoornis.

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

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

2.2 Epidemiologie

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

Van de angststoornissen komen de fobieën, met een jaarprevalentie van 11,9 procent, met meeste voor. Met een jaarprevalentie van ruim zeven procent is de

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

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

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

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

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

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

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

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

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

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

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

Volwassenen hebben een bepaald niveau van angstsymptomen, dat bij afwezigheid van angstinducerende psychosociale en biologische gebeurtenissen betrekkelijk constant is. Deze angstdispositie is voor de meeste mensen laag, maar voor een kleine groep matig tot hoog. De verschillen in angstniveau tussen mensen is voor 50-75 procent terug te voeren op stabiele kenmerken en voor 25-50 procent op incidentele biologische of psychologische gebeurtenissen.¹³

Volgens een cognitief verklaringmodel is bij een angststoornis sprake van een vicieuze cirkel. Als iemand geneigd is het gevaar van een bepaalde situatie sterk te overschatten, kan een angsttoestand ontstaan. De angst gaat gepaard met lichamelijke verschijnselen, doordat het autonome zenuwstelsel wordt geacti-

veerd. Als ook deze verschijnselen verkeerd geïnterpreteerd worden, zullen ze opgevat worden als voortekenen van een naderende catastrofe, waardoor de angst nog verder toeneemt en een paniekaanval kan ontstaan. Zo worden patiënten met een angststoornis bang voor hun eigen angst en voor situaties waarin die angst zou kunnen ontstaan. Wanneer deze anticipatieangst gekoppeld is aan bepaalde situaties of objecten, zoals bij de verschillende fobieën het geval is, gaat de patiënt die situaties of objecten vermijden.

3.2 Risicofactoren

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

3.2.1 Predisponerende factoren

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

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

Van de omgevingsfactoren is onder meer de opvoedingssituatie van belang. Een controlerende en weinig affectieve opvoedingsstijl zou bijdragen aan het latere ontstaan van angststoornissen.¹³ Ook kunnen ouders hun eigen angst overdragen

op de kinderen. Angststoornissen komen twee tot drie keer zo vaak voor bij lager opgeleiden als in de gemiddelde bevolking.⁷

3.2.2 *Uitlokkende factoren*

Het is van belang om in gedachten te houden dat uitlokkende factoren weliswaar bijdragen aan het ontstaan van een angststoornis, maar dat de predispositie de belangrijkste rol speelt. Onderzoek naar de invloed van psychosociale factoren bij het ontstaan van paniekstoornis laat zien dat er relatief veel *life events* optreden in de periode voorafgaand aan het ontstaan van de stoornis.¹⁴ Van de mensen met een specifieke fobie herinnert maar een kwart zich een traumatische ervaring als aanleiding voor de fobie.¹⁵ Bij sociale fobie is niet aangetoond dat een tekort aan sociale vaardigheden de stoornis uitlokt.¹⁶

Uitlokkende factoren kunnen zich voordoen in de werksituatie, waar ze aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van een angststoornis bij personen die daarvoor toch al aanleg hebben. Ook kunnen zij een ongunstige invloed uitoefenen op de fluctuaties in het beloop van een bestaande stoornis. Dit geldt zowel voor incidenten, zoals ongevallen en ernstige conflicten, als voor chronische ongunstige situaties, zoals voortdurend gespannen werkverhoudingen.

De stressbron kan ook buiten de werksituatie liggen, terwijl de effecten zich manifesteren op de werkplek. Dat kan er toe leiden dat werknemers met een angststoornis hun klachten ten onrechte toeschrijven aan het werk.

Blootstelling aan een traumatische ervaring op het werk kan een PTSS uitlokken. Maar slechts een minderheid van de mensen ontwikkelt na een traumatische gebeurtenis een PTSS. Ook voor deze stoornis geldt het multicausale verklaringmodel.

3.3 **Beloop**

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

Verschillende fobieën ontstaan op verschillende leeftijden. Enkelvoudige fobieën komen het meest voor in de jeugd en verdwijnen vaak voor het twintigste

levensjaar. Als een enkelvoudige fobie na het twintigste levensjaar nog bestaat, verdwijnt deze niet meer spontaan. Een sociale fobie, een paniekstoornis en agorafobie ontstaan vaak tussen het twintigste en dertigste levensjaar. Boven de veertig ontstaan doorgaans geen angststoornissen meer. Uitzonderingen zijn de posttraumatische stressstoornis en angststoornissen als gevolg van een lichamelijke aandoening, bijvoorbeeld een beroerte.

Een paniekstoornis met of zonder agorafobie heeft in het algemeen een wisselend beloop met remissies en exacerbaties. De gegeneraliseerde angststoornis, de obsessief-compulsieve stoornis en de hypochondrie hebben naar schatting in meer dan de helft van de gevallen een chronisch beloop. Bij de sociale fobie en de PTSS hangt het natuurlijke beloop af van de complexiteit en ernst van de klachten en van de lijdensdruk.¹ Comorbiditeit met depressie en verslaving hebben een negatieve invloed op het beloop.

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

Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

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

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

- frequent ziekteverzuim
 - frequent bezoek aan huisarts of specialist voor wisselende en onderling niet samenhangende klachten
 - aanhoudende specifieke spanningsklachten zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen
 - als de patiënt zelf over ‘hyperventilatie’-klachten spreekt
-

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

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

4.2 Diagnostiek

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

De diagnostiek van angststoornissen vindt veelal plaats met behulp van gestructureerde en semi-gestructureerde interviews, zelfbeoordelingsvragenlijsten en observatie- en gedragsmaten.* Als de verzekeringsarts vermoedt of kan vermoeden dat er sprake is van een angststoornis kan hij meer zekerheid verkrij-

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

gen door te informeren naar de angst. Hij kan hiervoor gebruik maken van de volgende vragen:^{1,2,17}

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

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

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

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

- *situationele angst*: een episode van angst of paniek, die alleen na confrontatie met een bepaalde gebeurtenis optreedt

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

- *verwachtingsangst*: angst die al optreedt vóór de confrontatie werkelijk plaatsvindt
- *onverwachte angstaanvallen*: angst- of paniekaanvallen die plotseling optreden en waarvoor geen aanleiding is; ze kunnen zich ook tijdens de slaap voordoen
- *gegeneraliseerde of diffuse angst*: minder intense maar continue aanwezige angst, die niet situationeel is.

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

4.3 Indeling volgens DSM-IV

4.3.1 *Paniekstoornis, met en zonder agorafobie*

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

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

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

paniekstoornis, met of zonder agorafobie, voldoet bijna de helft ook aan de criteria voor een sociale fobie en zeventig procent aan die voor de gegeneraliseerde angststoornis. Ook de combinatie met depressie en verslaving komt zeer frequent voor.

Plotselinge en onverwachte paniekaanvallen kunnen een sterk ontregelende invloed op het werk hebben. Het zelfvertrouwen wordt ondermijnd en de concentratie kan verstoord raken. Door slapeloosheid kunnen patiënten steeds vermoeider worden. Een bijkomende agorafobie kan een belemmering vormen om naar het werk te komen of bepaalde beroepen uit te oefenen.²

4.3.2 Sociale fobie

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

De diagnostische criteria voor de sociale fobie zijn:

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

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

Werknemers met een sociale fobie kunnen vaak goed functioneren zolang zich geen bijzonderheden voordoen. De vermijdingsstrategieën kunnen heel subtiel zijn. Een werknemer gaat bijvoorbeeld wel naar een vergadering, maar zorgt

ervoor niet te hoeven spreken. Als er echter eisen aan hen gesteld worden die hun sociale vaardigheden te boven gaan, bijvoorbeeld spreken in het openbaar of gezamenlijk de maaltijd gebruiken, kan de fobie manifest worden.

4.3.3 *Enkelvoudige (specifieke) fobie*

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

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

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

4.3.4 *Gegeneraliseerde angststoornis*

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

De zorgen zijn zo ernstig dat ze moeilijk in de hand gehouden kunnen worden, terwijl er geen reële basis voor is. Tevens dienen minstens drie van de volgende zes in de DSM-IV genoemde klachten aanwezig te zijn: rusteloosheid, snelle vermoeidheid, concentratiemoeilijkheden, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapstoornis. De klachten zijn minstens zes maanden aanwezig en verstoren

in ernstige mate het dagelijks functioneren. De stoornis wordt in bijna de helft van de gevallen niet als zodanig herkend in de eerste lijn, doordat de angsten toegeschreven worden aan de persoonlijkheid van de patiënt, of omdat aan een lichamelijke aandoening wordt gedacht. De symptomen zijn niet altijd goed te onderscheiden van die bij een depressie en ook comorbiditeit met depressie komt veel voor.

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

4.3.5 *Obsessieve-compulsieve stoornis*

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

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

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

4.3.6 *Posttraumatische stressstoornis*

In de DSM-IV is de posttraumatische stressstoornis (PTSS) de enige angststoornis waarbij een etiologische factor vereist is om de diagnose te kunnen stellen,

namelijk een traumatische gebeurtenis. Onder een traumatische gebeurtenis wordt een gebeurtenis verstaan waarin sprake is van dood, ernstig letsel, beschadiging of bedreiging van de lichamelijke integriteit, van de persoon zelf of van een ander, en waarbij intense angst, hulpeloosheid of afschuw werd ervaren. Voorbeelden van traumatische gebeurtenissen zijn: ernstige ongelukken, overvallen en ander crimineel geweld, maar ook langdurige blootstelling aan belastende gebeurtenissen, zoals seksuele kindermishandeling en oorlogservaringen, seksuele intimidatie en verkrachting. Mensen verschillen in wat zij als een ingrijpende gebeurtenis kunnen ervaren. Ook arbeidsconflicten, plotseling (dreigend) ontslag, echtscheiding en het verlies van een dierbare kunnen als traumatische gebeurtenissen ervaren worden.⁹

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

- Voortdurende *herbeleving* van de traumatische gebeurtenis. Voorbeelden zijn opdringende onaangename herinneringen of nachtmerries, handelen of voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt, intens psychisch lijden of fysiologische reacties bij associaties met de traumatische gebeurtenis.
- Hardnekkige *vermijding* van situaties die geassocieerd zijn met het trauma of afstomping van de algehele reactiviteit. Bijvoorbeeld het vermijden van gedachten, gevoelens, gespreksonderwerpen en personen of situaties die op de een of ander manier met het trauma geassocieerd worden. Vermijding kan zich ook uiten in verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten, affectvervlakking en onthechting.
- Aanhoudende symptomen van *verhoogde prikkelbaarheid*. Voorbeelden zijn moeite met in- of doorslapen, prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, moeite met concentreren, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties.

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

De meeste slachtoffers van een trauma vertonen in eerste instantie symptomen van de PTSS, maar meestal verdwijnen deze klachten spontaan. Wanneer de symptomen voldoen aan de criteria voor de diagnose PTSS, maar binnen vier weken grotendeels verdwijnen, spreekt men van een acute stressstoornis (ASS).^{9,20} Bij ongeveer tien tot vijftien procent houden de symptomen aan. Een aanzienlijk deel van de getraumatiseerden kan te kampen hebben met intensieve

PTSS symptomatologie, die niet voldoet aan alle criteria van de DSM-IV. Er wordt dan gesproken van een partiële PTSS.⁹ Een PTSS kan ook lange tijd, soms verscheidene jaren, na het oorspronkelijke trauma manifest worden of door een betrekkelijk gering voorval geluxeed worden.

4.3.7 *Hypochondrie*

Hypochondrie wordt gekenmerkt door de aanhoudende angst of overtuiging een ernstige ziekte te hebben, terwijl daarvoor onvoldoende grond bestaat. De angst of overtuiging blijft aanwezig, ondanks adequate aandacht en voorlichting en veroorzaakt aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren. Hypochondrie kan afgegrensd worden van de paniekstoornis, waarbij de patiënt zich ook ernstig zorgen maakt over een lichamelijke ziekte. Bij hypochondrie is de preoccupatie met een ernstige ziekte permanent aanwezig, terwijl bij de paniekstoornis de preoccupatie beperkt blijft tot de periode van de paniekaanval. Het onderscheid is niet altijd duidelijk en de beide stoornissen komen ook vaak samen voor.

Hypochondrie hoeft geen aanleiding te geven tot opvallende participatieproblemen. Er kunnen wel interpersoonlijke problemen ontstaan doordat de patiënt zijn omgeving belast met de hardnekkige overtuiging dat hij een ernstige ziekte heeft.

4.4 **Differentiële diagnostiek en comorbiditeit**

4.4.1 *Somatische aandoeningen*^{12,21}

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

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

De grens tussen angst als gevolg van de ziekte en een angststoornis is soms moeilijk aan te geven. Slecht gecontroleerde pijn, benauwdheid, metabole ontregeling en diverse medicamenten kunnen aanleiding geven tot angstige gevoelens. Waar de grens ligt tussen normale angst in reactie op de ziekte en pathologische

angst hangt af van de ernst en de duur van de symptomatologie en de mate waarin het functioneren van de patiënt wordt verstoord door zijn angstige gevoelens.²² Signalen die wijzen op een angststoornis zijn anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag, dat wil zeggen: gedrag dat bedoeld is om de angst op te heffen of te verminderen.

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

4.4.2 *Middelengebruik*

Angst kan ontstaan door gebruik of onthouding van psychoactieve middelen, zoals cafeïne, alcohol, farmaca en drugs (cannabis, hallucinogenen, amfetaminen en ecstasy).²¹ Een bruikbaar, maar in de praktijk niet altijd duidelijk onderscheid is dat tussen

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

4.4.3 *Andere psychiatrische aandoeningen*

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

Comorbiditeit van angststoornissen en depressieve stoornis komt ook veelvuldig voor. Met name de combinatie van een paniekstoornis en een depressie wordt veel gezien. De depressieve stoornis is daarbij vaker secundair aan de paniekstoornis dan omgekeerd.⁷ Een obsessieve-compulsieve stoornis komt vaak samen voor met de somatoforme stoornis.²⁴ Ook OCS en persoonlijkheidsstoornissen gaan vaak samen.²⁴

Behalve van frequente comorbiditeit is er ook sprake van overlap in symptomatologie tussen angststoornissen en andere psychiatrische stoornissen, zoals depressieve stoornis, overspanning, somatoforme stoornis en verslavingsstoornissen.

4.5 Behandeling

4.5.1 Algemeen

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

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

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

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

Inzichtgevende psychotherapie geldt niet als een succesvolle behandeling voor angststoornissen.

4.5.2 Niet-medicamenteuze behandeling

Bij de behandeling van angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keus. Soms is het nodig dat patiënten vooraf begeleid worden met een motiverende gesprekstechniek.

CGT is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij de cognitieve therapie zijn de specifieke cognities of angstige gedachten de invalshoek voor de behandeling. De niet-functionele en angstige cognities worden opgespoord en vervangen door functionele, rationele en minder angstige gedachten. Dit wordt gerealiseerd met verschillende cognitieve technieken (uitdagen van automatische gedachten, kosten-baten analyse, gedragsexperimenten etc.) Verondersteld wordt dat het gevoel en het gedrag veranderen als gevolg van de veranderde gedachten. Bij de gedragstherapie wordt aan de patiënt uitgelegd dat vermijding van moeilijke situaties op korte termijn angstreductie geeft, maar dat op de lange termijn de drang om te vermijden toeneemt en de angst blijft bestaan en soms zelfs groeit. Het voornaamste werkzame principe van de gedragstherapie is de *exposure in vivo*. Tijdens de blootstelling zal de patiënt de spanning aanvankelijk moeten verdragen. Hij zal dan merken dat de angst vervolgens geleidelijk uitdooft. Gedragstherapie zonder *exposure* is onvoldoende werkzaam.

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

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

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

4.5.3 Medicamenteuze behandeling

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

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

Werkhervatting

Omdat werknemers met angststoornissen geneigd zijn tot vermijden zal een aantal van hen niet open over hun klachten en angsten praten. Angststoornissen die gevolgen hebben voor het werk kunnen zich dan uiten in frequent ziekteverzuim, wisselende lichamelijke klachten, symptomen die doen denken aan overspanning en onverklaard disfunctioneren. Bovendien kunnen angststoornissen overschaduwd worden door symptomen van comorbiditeit, zoals depressie, middelengebruik en somatische aandoeningen. De diagnostiek van angststoornissen is niet een eenmalige vaststelling, maar een herhaalde activiteit die leidt tot werkhypothese waaraan steeds weer nieuwe – diagnostische – informatie kan worden toegevoegd, wat vervolgens kan leiden tot aanpassing van de begeleiding.

Werknemers die met een angststoornis uitvallen, reïntegreren in het algemeen sneller dan werknemers die verzuimen als gevolg van een depressieve stoornis.²⁵ Voorspellende factoren voor een langer durend verzuim zijn een leeftijd boven de vijftig jaar, een pessimistische inschatting van de werknemer zelf, comorbiditeit met depressie en een hogere opleiding.²⁶

Vermijding kan ook een rol spelen tijdens de re-integratie. Aanvankelijk lijken het herstel en de hervatting goed te verlopen, maar op gegeven moment kan de re-integratie zonder duidelijke aanleiding stagneren. Aandringen op verdere uitbreiding van het werk kan op sterke weerstand stuiten en mogelijk leiden tot terugval. Als tijdens de evaluatie blijkt dat de stagnatie het gevolg is van (re)activering van de pathologische angst, dan moet de begeleiding daarop worden afgestemd. Ook moet dan rekening gehouden worden met uitlokkende en

instandhoudende factoren in de werksituatie. Bij angststoornissen is een gedoseerde en goed begeleide blootstelling aan bedreigende of beangstigende situaties een belangrijke therapeutische interventie. Dat uitgangspunt geldt ook voor situaties die zich voordoen in het werk.

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

- te verwijzen naar de huisarts
- in overleg met de patiënt, diens huisarts en de werkomgeving naar een aanvaardbare belasting in het werk te zoeken
- in overleg met de huisarts/behandelaar, de patiënt en de werkomgeving medewerking te verlenen aan een traject van *exposure*.

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

Bij uitval naar aanleiding van een ernstige traumatische ervaring in de werksituatie zal de bedrijfsarts vaak al vanaf het begin een belangrijke rol vervullen in begeleiding en werkhervatting. In de beginfase dient zo veel mogelijk het normale verwerkingsproces gestimuleerd te worden. De werknemer kan zo nodig tijdelijk aan het werk gaan in een aangepaste functie, met als uiteindelijk doel volledige hervatting van het eigen werk. Wanneer de werknemer na een tot drie maanden nog niet is hersteld of als de klachten erger zijn geworden, kan verwijzing naar een in PTSS gespecialiseerde behandelaar of instelling noodzakelijk zijn.⁹ Een onbehandelde PTSS duurt gemiddeld 64 maanden en in een derde van de gevallen is het beloop chronisch. Niet alle patiënten met een PTSS zijn gemotiveerd voor behandeling. Zij associëren behandeling soms met 'zwakte' of incompetentie. In dat geval zal de bedrijfsarts of de huisarts de werknemer begeleiden met als doel om hem te motiveren voor behandeling.

Tijdens de behandeling van PTSS is het goed mogelijk dat een werknemer gedeeltelijk werkzaam is. Behandelaar en begeleider op de werkplek zullen dan hun beleid goed op elkaar moeten afstemmen. Soms kan een werknemer na behandeling toch niet meer terug naar het eigen werk. Herplaatsing in ander werk, al dan niet bij de eigen werkgever, is dan noodzakelijk. Bij werknemers die herstellen kunnen PTSS-klachten worden geactiveerd door nieuwe gebeurtenissen. Dit betekent niet per se dat er sprake is van een terugval. De meeste patiënten hebben namelijk in de behandeling geleerd om met deze klachten om te gaan.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

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

De verzekeringsarts betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.²⁷

6.2 Functionele mogelijkheden

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

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

- Een paniekstoornis kan, met name wanneer er ook sprake is van agorafobie, zodat de patiënt zijn huis niet meer uit durft, leiden tot beperkingen in de zelfverzorging en tot participatieproblemen, onder andere in het werk.
- Een sociale fobie veroorzaakt interpersoonlijke beperkingen en participatieproblemen doordat sociale situaties op het werk en in de privé-sfeer aanleiding geven tot angst en vermijding.
- Een enkelvoudige fobie geeft in het algemeen geen aanleiding tot ernstige beperkingen of participatieproblemen, maar in specifieke gevallen, zoals bloedfobie of primaire en secundaire vlieg angst, kan hiervan wel sprake zijn.
- Een obsessieve-compulsieve stoornis kan leiden tot ernstige interpersoonlijke problemen en kan het beroepsmatig functioneren ernstig schaden, bijvoorbeeld door traagheid en grote onzekerheid bij het nemen van beslissingen. De dwanggedachten en de dwanghandelingen kosten de patiënt veel tijd en energie en kunnen ten koste gaan van concentratie en gerichte aandacht.
- De gegeneraliseerde angststoornis leidt in vergelijking met de andere angststoornissen vaak tot interpersoonlijke beperkingen. Patiënten met deze stoornis kunnen irritaties bij anderen oproepen doordat ze overal tegenop zien, zich chronisch zorgen maken, veel lichamelijke klachten hebben en zich niet kunnen ontspannen. De beperkingen zijn het gevolg van piekeren, concentratieproblemen, spierspanningsklachten, slaapproblemen en vermoeidheid.
- De posttraumatische stressstoornis veroorzaakt, als er sprake is van een traumatische ervaring in het werk, vaak interpersoonlijke problemen (wantrou-

wen of sociaal isolement) en beperkingen in de beroepssfeer. Maar ook een PTSS die ontstaan is door een traumatische ervaring buiten het werk, kan beperkingen in het werk geven.

- Hypochondrie kan leiden tot participatieproblemen door de preoccupatie met een ernstige ziekte en ook tot interpersoonlijke problemen, doordat anderen te veel betrokken raken bij de rituelen van de persoon met hypochondrie.

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

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

6.3 Te verwachten beloop

De prognose van een al langere tijd bestaande angststoornis is afhankelijk van de vraag of reeds adequate behandeling heeft plaatsgevonden. Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn hebben een relatief goede prognose bij adequate behandeling. Heeft adequate behandeling plaatsgevonden, maar zijn er nog wel aanmerkelijke beperkingen in het functioneren, dan is de prognose van de beperkingen niet gunstig.

6.4 Behandeling en begeleiding

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

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

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

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

Literatuur

- 1 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomags GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). Huisarts Wet 2004; 47(1): 26-37.
 - 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijntontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
 - 3 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Utrecht: NVAB; 2000.
 - 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 - 5 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, De Rijk C, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2448-2452.
 - 6 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2453-2460.
 - 7 Vollebergh WA, de Graaf R, Ten Have M, Schoemaker C, Van Dorsselaer S, Spijker J e.a. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
 - 8 van Boeijen C, Visser S, Van Balkom A. Gegeneraliseerde angststoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 118-145.
-

- 9 Carlier IVE, Arentz DH, Stikker P. Posttraumatische psychische problemen. In: Klink Jvd, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 317-342.
- 10 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP e.a. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291(21): 2581-2590.
- 11 Laitinen-Krispijn S, Bijl R. Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking. Utrecht: Trimbos-instituut; 2002.
- 12 Bakker A, Verwey JS, Van Dyck R. Paniekstoornis, agorafobie en endocrinologie. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138(47): 2329-2332.
- 13 Van Dyck R, Maasen JHW, Van der Meer K. Angststoornissen. In: van der Klink J, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 373-396.
- 14 Bakker B, Visser S, Van Balkom A. Paniekstoornis met en zonder agorafobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 22-43.
- 15 Van Oppen P, Scholing A. Specifieke fobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 44-58.
- 16 Oosterbaan D, Bögels S. Sociale fobie. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 59-79.
- 17 Vragenlijst Standaard onderzoek bij psychische stoornissen. een semi-gestructureerd interview. 2006. Nijmegen Cure & Care Publishers.
- 18 Terluin B, van der Klink JLL. Diagnostiek. In: van der Klink JLL, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 21-46.
- 19 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
- 20 Kindt M, Hovens H. Posttraumatische stress-stoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 100-117.
- 21 Schadé A, Marquenie L. Angststoornis door een middel en angststornis door een somatische aandoening. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000: 136-145.
- 22 De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM. Kanker. In: Kaptein AA, Beunderman R, Dekker J, Vingerhoets AJJM, editors. Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum; 2006: 115-136.
- 23 Bakker A, Van Balkom A, Van Dyck R. Angststoornissen. In: Willems JHBM, Croon NHTh, Korten JW, editors. Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
-

- 24 Van Oppen P, Van Balkom A. Obsessieve-compulsieve stoornis. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000: 80-99.
- 25 Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2004.
- 26 Schene A, van Weeghel J, van Dijk F, van der Klink J. Jaarboek Psychische aandoeningen en arbeid: de achtergronden. 2005.
- 27 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34-44.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte

Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

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

De gevolgen van een beroerte voor de functionele mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van de aard en de omvang van de stoornissen. Bij werknemers die twee jaar na een beroerte in aanmerking komen voor een beoordeling in het kader van de WIA is vrijwel altijd sprake van blijvende motorische en/of neuropsychologische stoornissen met psychosociale gevolgen.

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

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

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

- Aard en ernst van klachten en ervaren belemmeringen:
 - Wat waren de klachten en ervaren belemmeringen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
 - Diagnostiek:
 - Is een oorzaak voor de beroerte vastgesteld en, zo ja, welke? (2.1, 3.1)
 - Was sprake van vroege comorbiditeit, bijvoorbeeld cardiaal of endocrien?
 - Heeft nadere diagnostiek plaatsgevonden naar de gevolgen van de beroerte voor het functioneren, zoals neuropsychologisch onderzoek? Is een neuropsychologisch rapport beschikbaar? (3.4, 4.1)
 - Heeft de bedrijfsarts nog diagnostische bevindingen gedaan in de loop van de begeleiding (bijvoorbeeld later ontstane comorbiditeit, zoals een depressieve stoornis)?
 - Behandeling en revalidatie: (4.2)
 - Hoe was het verloop van de revalidatie en waarop was deze gericht?
 - Is sprake geweest van training van concrete vaardigheden voor het verrichten van arbeid?
 - Zijn er beperkingen voor het verrichten van werk die nog voor (aanvullende) training in aanmerking komen?
 - Welke medicatie gebruikt de patiënt?
 - Welke hulpmiddelen gebruikt de patiënt?
 - Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer de oefenadviezen tijdens de revalidatie opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
 - Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer en diens omgeving:
 - Zijn er factoren in de omgeving van de werknemer die de re-integratie bemoeilijken, zoals onvoldoende zorg en ondersteuning door naasten, of belastende psychosociale omstandigheden?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
-

- Zijn er nog voorzieningen in de thuissituatie nodig voor het optimaal functioneren van betrokkene?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in eigen en aangepast werk:
 - Zijn er factoren die de werkhervatting in eigen werk in de weg staan, zoals onvoldoende steun van leidinggevende en collega's of taakeisen waaraan betrokkene gezien zijn beperkingen niet kan voldoen?
 - Is het gebruik van medicatie en/of hulpmiddelen een belemmering voor het hervatten in eigen werk? Zijn aanpassingen in de werksituatie nodig?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?
 - Indien besloten is dat de werknemer niet in eigen werk kon terugkeren: op welk moment is dat besloten en wat waren de motieven?
- Werkhervatting: (5)
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Indien de bedrijfsarts meent dat de werknemer niet in staat is tot arbeid: is dat onvermogen aannemelijk op grond van de thans bekende beperkingen?
 - Welke inspanningen hebben de werknemer en de werkgever geleverd om werkhervatting in eigen of ander werk te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek (3.4, 4.1)

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

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

- de visie van de werknemer op:
 - de oorzaken van het uitblijven van medisch herstel en werkhervatting
-

- zijn functionele mogelijkheden
- zijn huidige behandeling
- wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- belemmeringen van herstel en hervatting in het werk, bijvoorbeeld door een te zware fysieke of psychische belasting in het werk of onvoldoende steun van leidinggevende of collega's
- de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat doet hij op een 'gemiddelde' dag of door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek (3.4, 4.1)

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

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

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

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

- cardiale en vasculaire aandoeningen, met name atriumfibrilleren, hypertensie en circulatiestoornissen
-

- *neglect* (vooral te constateren tijdens het aan- en uitkleden)
- (gevolgen van) diabetes mellitus.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

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

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de stoornissen en beperkingen en andere redenen voor het uitblijven van een (volledige) re-integratie van de werknemer en geeft zo nodig feedback aan bedrijfsarts of behandelaar(s). De verzekeringsarts realiseert zich dat de re-integratie soms kan stagneren om onvoorziene en onverwachte redenen, waaronder relationele aspecten in het werk.
- Hij betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat niet alle kansen voor revalidatie, training en re-integratie zijn benut.

2 Functionele mogelijkheden (3.4, 6.2)

De doorsnee CVA-patiënt bestaat niet. Een groot aantal, met name jongere CVA-patiënten, hervat het werk geheel of grotendeels binnen de termijn van twee jaar. Er zijn echter ook patiënten bij wie de beoordeling van de functionele mogelijk-

heden na twee jaar nog uiterst complex is. In die gevallen moet de verzekeringsarts daartoe expertise inroepen.

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

3 Te verwachten beloop (6.3)

- In de regel is twee jaar na een beroerte geen herstel meer te verwachten van de direct uit de beroerte voortvloeiende stoornissen.
- Dat neemt niet weg dat zich bij een deel van de patiënten nog veranderingen in de functionele mogelijkheden kunnen voordoen. Een aantal patiënten verkeert nog in een aanpassingsproces; bij hen is er kans op een verbetering van het functioneren. Anderzijds is er een groep die geleidelijk slechter gaat functioneren.
- Bij de inschatting van het te verwachten beloop moet rekening worden gehouden met:
 - bekende risicofactoren
 - het verloop van het herstel tot op heden
 - de nog te benutten revalidatiemogelijkheden en werk(plek)aanpassingen
 - relevante comorbiditeit en de samenhang tussen de verschillende ziektebeelden.
- Bij volledige arbeidsongeschiktheid die voortvloeit uit de directe gevolgen van de beroerte kan in redelijkheid geen herstel verwacht worden. Komt volledige arbeidsongeschiktheid mede voort uit behandelbare comorbiditeit, dan dient de prognose te worden beoordeeld.

4 Behandeling en begeleiding (4.2, 6.4)

- Als verder herstel van de functionele mogelijkheden, aanpassingen of behandeling van de comorbiditeit mogelijk zijn, dan verzekert de verzekeringsarts
-

zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid en dat de mogelijkheden van voorzieningen of aanpassingen onderzocht worden.

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

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Beroerte

1	Inleiding 67
2	De aandoening 69
2.1	Kenmerken 69
2.2	Epidemiologie 70
2.3	Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid 70
3	Ontstaan, beloop en blijvende gevolgen 73
3.1	Ontstaan 73
3.2	Risicofactoren 74
3.3	Beloop 74
3.4	Blijvende gevolgen 75
4	Diagnose en behandeling 83
4.1	Diagnose en comorbiditeit 83
4.2	Behandeling en revalidatie 85
5	Werkhervatting 89
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 93
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis 93
6.2	Functionele mogelijkheden 94

6.3	Te verwachten beloop	95
6.4	Behandeling en begeleiding	95
<hr/>		
	Literatuur	97

Inleiding

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

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

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

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Beroerte* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de

orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

2.1 Kenmerken

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

De term beroerte wordt hier gebruikt als synoniem van cerebrovasculair accident (CVA). Hij omvat verschillende meer specifieke diagnoses. In circa 80 procent van alle beroertes is sprake van een herseninfarct (focale hersenischemie). In de overige twintig procent is sprake van een bloeding, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen intracerebrale en extracerebrale bloedingen.

Het onderscheid tussen herseninfarct en bloeding is van belang voor de behandeling in de acute fase en voor de secundaire preventie. In dit protocol spreken we van beroerte of CVA als de oorzaak niet van belang is. Wanneer dat

wel het geval is, wordt de term herseninfarct of bloeding gebruikt. Er zijn evidente verschillen in acute zorg en secundaire preventie, maar de opvang en begeleiding bij een bloeding zijn gelijk aan die bij ischemie.

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

Voor het classificeren van beroerte (CVA) wordt de CAS-code C639 (Cerebrovasculaire aandoening) gebruikt.

2.2 Epidemiologie

In het jaar 2000 werden naar schatting in Nederland 41 000 mensen voor het eerst getroffen door een beroerte (exclusief TIA).⁶ Dat is 33 procent meer dan waar men tot voor kort vanuit ging.⁷ De incidentie van beroerte (exclusief TIA) in de huisartsenpraktijk wordt geschat op twee tot drie per 1000 per jaar.¹

Beroerte is de belangrijkste oorzaak van blijvende invaliditeit in de westerse wereld. Een beroerte kan op elke leeftijd ontstaan, maar is vooral een ziekte van oudere mensen. Ruim 80 procent van de patiënten is ouder dan 65 jaar. In 2000 werden 7200 mannen en vrouwen jonger dan 65 jaar door een cerebrovasculaire ziekte getroffen; 5500 van hen waren jonger dan 60 jaar, 1350 jonger dan 45 jaar.⁷ De subarachnoidale bloeding komt daarentegen juist het vaakst voor bij mensen onder de 65 jaar. In 2000 werden ongeveer 1075 mensen door een subarachnoidale bloeding getroffen; 690 patiënten waren jonger dan 65 jaar en 222 jonger dan 45 jaar.⁷

Een beroerte komt op de derde plaats van de meest voorkomende doodsoorzaken. In de periode 1980-2004 is het sterftecijfer met veertig procent afgenomen. Het aantal personen dat een beroerte heeft doorgemaakt zal de komende jaren toenemen door de vergrijzing van de bevolking en de stijging van de leeftijdspecifieke prevalentie.⁸

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

In 2004 werd bij de WAO-instroom in 964 gevallen de diagnose cerebrovasculaire aandoening gesteld; dat was 1,9 procent van de totale instroom. Beroerte

kwam daarmee op de zevende plaats in de rangorde van diagnoses naar hoogte van WAO-instroom.*

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

Ontstaan, beloop en blijvende gevolgen

3.1 Ontstaan

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

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

De oorzaak van een subarachnoïdale bloeding is in 85 procent van de gevallen het barsten van een sacculair aneurysma, aan of nabij de cirkel van Willis aan de hersenbasis.¹¹

Aan een gebrek aan zuurstof en glucose gaan hersencellen uiteindelijk te gronde. De wijd verbreide opvatting dat hersenweefsel na enkele minuten zuurstofgebrek al onherstelbaar beschadigd raakt, moet echter genuanceerd worden. Hersenweefsel kan, afhankelijk van de omstandigheden, een zuurstoftekort soms urenlang overleven. Er treedt dan wel een verlies van functies op, maar die kunnen

terugkeren nadat de normale bloedvoorziening is hersteld. Het beeld van de voorbijgaande uitval is slechts te verklaren door aan te nemen dat er een ischemische schemerzone (*ischemic penumbra*) bestaat, waarin de hersenfunctie tijdelijk is uitgeschakeld, maar celdood nog niet is opgetreden.²

3.2 Risicofactoren

Risicofactoren kunnen onderverdeeld worden in niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare factoren.² Niet-beïnvloedbare risicofactoren zijn hogere leeftijd, mannelijk geslacht, negroïde ras en positieve familie-anamnese. Belangrijke beïnvloedbare risicofactoren zijn verhoogde bloeddruk, roken, diabetes mellitus, verhoogd cholesterolgehalte, doorgemaakte coronaire hartziekte, atriumfibrilleren en stenosering van de arteria carotis interna. Bij de primaire preventie vormt het totale risicoprofiel de leidraad. Stoppen met roken is altijd een belangrijk onderdeel.

3.3 Beloop

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

Ongeveer veertien procent van de patiënten die voor het eerst getroffen worden door een beroerte, overlijdt voor opname in een ziekenhuis. In de eerste twee weken na een beroerte overlijdt ongeveer twintig procent van de patiënten. Patiënten bij wie de verschijnselen al in een vroeg stadium sterk verbeteren of die een discrete uitval vertonen, zoals een geïsoleerde facialisparesis of een licht verminderde knijpfunctie van de hand, komen niet altijd in aanmerking voor een spoedopname.

Bij naar schatting 35 procent van de patiënten is sprake van een eerste, niet fatale beroerte die niet leidt tot een ziekenhuisopname. De jongere mensen onder hen zijn merendeels poliklinisch onder behandeling bij een neuroloog.^{6,7} Verraderlijk kan zijn dat patiënten die niet worden opgenomen of die na een korte opname zonder begeleiding naar huis gaan, soms na verloop van tijd toch meer beperkingen blijken te hebben dan in eerste instantie verwacht werd. Herstel van stoornissen en beperkingen vindt voor het overgrote deel plaats in de eerste drie maanden.³

Na een herseninfarct is de kans op een recidiefinfarct in het eerste jaar tien tot twaalf procent en daarna twee tot vijf procent per jaar, tot het vijfde jaar. Na een

intracerebrale bloeding is de kans op een nieuwe bloeding in de eerste maand het grootst. Binnen een jaar krijgt drie tot zeven procent van de patiënten een recidiefbloeding. Na vijf jaar heeft één op de vijf patiënten een recidief gehad.¹¹

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

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

3.4 Blijvende gevolgen

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

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

3.4.1 Neuropsychologische stoornissen

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

Cognitie

Bij veranderingen in de cognitie kan gedacht worden aan stoornissen in oriëntatie, concentratie, aandacht en geheugen, maar ook aan visuele, auditieve of tactiele waarneming, communicatie, constructieve vaardigheden, redeneren en uitvoerende vaardigheden.

Een belangrijk probleem bij cognitieve stoornissen is dat de patiënt zelf zich de stoornis niet altijd bewust is of de gevolgen van de stoornis niet kan overzien, juist als gevolg van de stoornis. Dit kan de revalidatie ernstig belemmeren en later bij de werkhervatting leiden tot ernstige en onvoorziene problemen. De verzekeringsarts dient met deze valkuil rekening te houden in het beoordelingsgesprek en bij de vaststelling van de functionele mogelijkheden. Soms rapporteert een patiënt zelfs helemaal geen klachten, terwijl er wel degelijk beperkingen zijn.

Veranderingen in gedrag en emotie doen zich voor bij bijna de helft van de patiënten en kunnen het gevolg zijn van een verminderd cognitief functioneren.

Voor de verzekeringsarts belangrijke cognitieve stoornissen doen zich voor op verschillende gebieden:

- *Aandacht*. Aandacht speelt een grote rol bij de kwaliteit van andere neuropsychologische functies en is een noodzakelijke voorwaarde voor waarnemen, denken, handelen, het leren van vaardigheden en planning van activiteiten. Bij de aandachtsfuncties speelt het tempo van informatieverwerking een belangrijke rol. Ongeveer zeventig procent van de CVA-patiënten heeft als gevolg van een vertraagd tempo moeite om onder tijdsdruk goed te handelen. Ook onder normale omstandigheden kan een verminderd tempo van informatieverwerking een negatieve invloed hebben op de aandachtsfuncties, het geheugen en de organisatie en planning van het gedrag. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen gerichte (selectieve) aandacht, verdeelde aandacht en volgehouden aandacht:
 - De *selectieve* of *gerichte aandacht* is vaak gestoord. Als gevolg hiervan is de patiënt niet of onvoldoende in staat om irrelevante of minder relevante informatie te onderdrukken. Onbelangrijke prikkels kunnen gemakkelijk de aandacht van de hoofdactiviteit afleiden. Deze stoornis is tijdens een gestructureerd gesprek of bij objectief testonderzoek vaak niet goed aantoonbaar en kan het best in praktische situaties geobserveerd worden. Een heteroanamnese kan voor de verzekeringsarts soms noodzakelijk zijn om deze stoornis vast te stellen.
 - Ook de *verdeelde aandacht* kan gestoord zijn. Verdeelde aandacht is de mogelijkheid om op meer dan één taak of op verschillende elementen binnen een complexe taak tegelijkertijd te reageren en om verschillende geautomatiseerde taken naast elkaar uit te voeren, bijvoorbeeld een gesprek voeren tijdens het lopen.
 - Verder komen stoornissen voor in de *volgehouden aandacht*. Bij een ongestoorde volgehouden aandacht kan iemand de aandacht voor de duur
-

van een (deel)activiteit gericht vasthouden, bijvoorbeeld gedurende een gesprek. Ook deze stoornis komt in het dagelijks leven, waarin tijdsdruk en overmaat aan informatie een rol spelen, eerder naar voren dan in een gestructureerde (test- of onderzoeks-) situatie en uit zich vaak in een versnelde vermoeidheid en verminderde energie.

- *Geheugen*. Het geheugen is het vermogen om informatie op te slaan, te bewaren en later weer toe te passen. Geheugenstoornissen komen na een beroerte zeer vaak voor. Ze kunnen het aanleren van nieuwe vaardigheden en daarmee ook de revalidatie belemmeren. De verzekeringsarts kan het kortetermijngeheugen tijdens het onderzoek redelijk inschatten. Hij kan vaak ook nagaan of de patiënt informatie kan opdiepen uit het langetermijngeheugen, uit de periode voor de beroerte. Hij moet echter ook beoordelen of het bewuste (declaratieve) geheugen goed functioneert. Veel informatie wordt als het ware ‘vanzelf’ in het lange termijngeheugen opgenomen, maar soms moet informatie bewust worden opgeslagen. Het declaratieve geheugen is belangrijk voor vaardigheden waarbij bewuste organisatie en planning een rol spelen, zoals agendabeheer en het onthouden van afspraken.
 - *Waarneming*. Waarneming is het bewust worden van informatie over de buitenwereld via de zintuigen. Daarin kunnen zich verschillende stoornissen voordoen:
 - *Agnosie* is een stoornis in het herkennen van bekende stimuli van de zintuigen, zonder dat het zintuig defect is. De patiënt kan bijvoorbeeld iemand zien, maar hem niet herkennen. Hij kan dan vaak wel de stem herkennen. In de praktijk is het niet eenvoudig om agnosieën vast te stellen, met name door de mogelijke verwarring met afasie of apraxie.
 - *Neglect* is een aandachtsstoornis waarbij de ruimte of het lichaam aan de contralaterale zijde van de hersenlaesie wordt verwaarloosd, zonder dat de patiënt zich dat bewust is. In een vroeg stadium komt dit voor bij vijftig tot zeventig procent van de CVA-patiënten. Bij een ogenschijnlijk herstelde patiënt kan de *neglect* opnieuw naar voren komen in meer complexe situaties of bij vermoeidheid of ziekte. *Neglect* kan in verschillende vormen voorkomen. Bij sensorisch of perceptueel *neglect* reageert de patiënt niet of trager op visuele, auditieve of tactiele prikkels die van de contralaterale zijde van de hersenlaesie komen. Voorbeelden zijn: overslaan van woorden links in een tekst; wel reageren op mensen die zich aan de linkerzijde bevinden, maar niet meer, of in mindere mate, wanneer tegelijk óók aandacht voor personen of activiteiten aan de rechterzijde wordt gevraagd.
-

- *Apraxie.* Apraxie is een stoornis in het doelgericht uitvoeren van geleerde en betekenisvolle activiteiten die niet terug te voeren is op primaire motorische stoornissen, sensibiliteitsstoornissen of stoornissen in het begrijpen, geheugen, bewustzijn of motivatie. Een voorbeeld is het schrijven met een pen waar de dop nog opzit. De diagnose is vaak moeilijk te stellen, want apraxie is meestal partieel en komt zeer vaak voor in combinatie met andere cognitieve stoornissen, zoals afasie.
- *Visuoconstructieve stoornissen* zijn stoornissen in de ruimtelijke uitvoering bij activiteiten die betrokkene voordien wel kon verrichten, zoals iets in elkaar zetten (montage en constructiewerkzaamheden), zonder dat er sprake is van een apraxie. Patiënten merken soms zelf dat zij niet meer in staat zijn bepaalde handelingen te verrichten, maar dat inzicht kan ook ontbeken. Dan worden bepaalde activiteiten vermeden, wat verward kan worden met een gebrek aan motivatie. Een indicatie kan zijn dat mensen stoppen met bepaalde hobby's.
- *Executieve functies.* Op executieve of uitvoerende functies wordt een beroep gedaan als niet teruggevallen kan worden op routines of automatismen en de situatie weinig gestructureerd is. Het ontbreken van ziekte-inzicht is een executieve stoornis. Andere voorbeelden zijn: gebrek aan initiatief, verlies aan vermogen om doelgericht naar oplossingen te zoeken, niet adequaat op fouten reageren, verlies van zelfcontrole en zelfcorrectie, verminderde flexibiliteit, verminderd plannings- en organisatievermogen. Bij deze stoornis kunnen geheugen en taal intact zijn.

Emotie en gedrag

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

3.4.2 *Vermoeidheid en verminderd uithoudingsvermogen*

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

3.4.3 *Stoornissen in motoriek en mobiliteit*

Ongeveer tachtig tot negentig procent van de patiënten heeft bij aanvang een centrale (spastische) parese in ten minste een van de ledematen.

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

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

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

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

loopfunctie, al of niet met een afwijkend looppatroon of met gebruikmaking van hulpmiddelen.^{3,17}

3.4.4 Stoornissen in de communicatie

Er zijn verschillende soorten taal- en spraakstoornissen. Afasie is een verworven taalstoornis als gevolg van een laesie in de voor de taal dominante hemisfeer – meestal de linker – die alle taalmodaliteiten kan betreffen: spreken (woordvinding, woordvorming en zinsvorming), begrijpen, lezen en schrijven. Taal en communicatie kunnen ook verstoord worden door beschadigingen in de niet voor taal dominante hemisfeer. Taalvorm en taalinhoud zijn dan grotendeels intact, maar het gebruik is veranderd. Een beroerte kan tevens de oorzaak zijn van spraakstoornissen, zoals een verbale apraxie of een dysartrie.

Een half jaar na het ontstaan van de beroerte heeft nog 12 tot 23 procent van de patiënten een vorm van afasie. Leeftijd, geslacht, handvoorkeur en opleidingsniveau blijken op het herstel niet duidelijk van invloed.

Enkele voor de verzekeringsarts belangrijke stoornissen in de communicatie zijn:

- *Afasie*. Verschillende afasiesyndromen kunnen onderscheiden worden:
 - Bij een *globale* of *gemengde afasie* spreekt de patiënt weinig tot niets. Het taalbegrip en het ziekte-inzicht zijn slecht. Het eigen taalgebruik is teruggevallen tot stereotype reacties van enkele woorden.
 - Bij de *afasie van Broca* of *motorische afasie* spreekt de patiënt ook weinig, maar het taalbegrip is redelijk en het ziekte-inzicht is goed. De patiënt heeft moeite met het vinden van het juiste woord en het opbouwen van correcte zinnen. De gesproken taal is niet vloeiend.
 - Bij de *Wernicke-afasie* spreekt de patiënt veel, soms te veel. Het taalbegrip en het ziekte-inzicht zijn slecht.
 - *Dysartrie* is een spraakstoornis als gevolg van verlies van kracht en/of coördinatie- en/of sensibiteit. De stoornis kan zich manifesteren in de ademhaling, stem, resonantie, articulatie en het spreektempo. De ernst kan variëren van moeite om verstaanbaar te spreken tot onverstaanbaar of helemaal niet spreken. Geschat wordt dat ongeveer vijftien procent van de patiënten op de lange duur nog last houdt van enige vorm van dysartrie.
 - *Disfunctie van de rechter hemisfeer*. Hierbij kunnen communicatiestoornissen ontstaan die met het gebruik van de taal te maken hebben en niet met de taalvorm en de inhoud. Deze patiënten kunnen moeite hebben met het interpreteren van de intonatie van woorden en zinnen, met figuurlijke taal (grap-pen), met het vertellen van een coherent verhaal en met het aanbrengen van
-

een affectieve modulatie in hun eigen taal. Ook kunnen zij ook dingen op het verkeerde moment zeggen en bagatelliseren waar dit ongepast is. Er is een gebrekkig ziekte-inzicht. Incidentiecijfers zijn niet bekend, onder andere omdat de stoornis regelmatig over het hoofd gezien wordt.

3.4.5 Overige gevolgen

Voor de verzekeringsarts kunnen van belang zijn:

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

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose en comorbiditeit

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

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

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

Minder uitgesproken stoornissen kunnen zich in een sterk gestructureerd gesprek met gesloten vragen aan het zicht onttrekken. De stoornissen kunnen subtiel lijken, maar desondanks grote gevolgen hebben voor het persoonlijk en

beroepsmatig functioneren. Het is van belang dat de patiënt aan de hand van open vragen zijn eigen verhaal kan vertellen. Een heteroanamnese kan wenselijk zijn. Van Heugten en collega's ontwikkelden een signaleringslijst om zorgverleners te ondersteunen bij het stellen van de juiste vragen. De lijst is niet bedoeld als diagnostisch instrument.¹⁸

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

Afgezien van de primaire gevolgen van de beroerte is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden de veel voorkomende comorbiditeit van belang.

Daarbij kan met name gedacht kan worden aan:

- *Depressieve stoornis.* Bij dertig tot zestig procent van de CVA-patiënten treedt een depressie op. Het is niet altijd duidelijk of de depressie gezien moet worden als een direct gevolg van de hersenbeschadiging of als een reactief proces. Cognitie en emotie beïnvloeden elkaar immers. Gezien de hoge frequentie van voorkomen van depressie dient de verzekeringsarts bij zijn beoordeling hier altijd onderzoek naar te verrichten. Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van depressieve stoornis, dysthymie en chronische depressie wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*. Geadviseerd wordt om voor de behandeling van psychische klachten te verwijzen naar een psycholoog die ervaring heeft met patiënten met cognitieve stoornissen.
 - *Angststoornissen.* Veel patiënten zijn bang voor herhaling van het CVA of voor het verlies van hun zelfstandigheid. Deze angst kan begrijpelijk zijn in het licht van de ziekte, maar er kan ook sprake zijn van een angststoornis. De verzekeringsarts dient daar alert op te zijn. Heeft hij aanwijzingen heeft voor een angststoornis, dan moet hij daar gericht naar vragen. De diagnostiek van een angststoornis kan moeilijk zijn. Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van angststoornissen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.
 - *Cardiovasculaire aandoeningen.* Er is een sterke associatie tussen het optreden van cerebrale ischemie en ischemisch hartlijden. Ritmestoornissen kunnen een bron zijn van een hersenembolie. In het algemeen zal de
-

aanwezigheid van cardiovasculaire comorbiditeit nader onderzocht zijn in de curatieve sector. De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in.

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

4.2 Behandeling en revalidatie

4.2.1 Acute fase: de eerste twee weken

Hoofddoel van de behandeling in de acute fase is het voorkómen van verdere schade aan de hersenen en van complicaties. De causale behandel mogelijkheden van beroerte zijn beperkt. Onder optimale omstandigheden waarbij geen tijdverlies optreedt tussen ontstaan en behandeling, kan mogelijk 25 procent van de patiënten met focale hersenischemie met trombolyse behandeld worden. Er zijn echter veel contra-indicaties voor trombolyse. De werkelijkheid op dit moment is dan ook dat slechts een klein deel van de patiënten met een focale hersenischemie, ongeveer vijf procent, met trombolyse behandeld wordt.² Hierdoor wordt in deze groep de kans op overlijden of zorgafhankelijkheid met ruim een derde verlaagd.

Het nut van chirurgische therapie van spontane intracerebrale bloedingen is niet aangetoond. De secundaire preventie van beroerte bestaat uit de behandeling van bekende risicofactoren, inclusief de behandeling van cardiale aandoeningen en soms van perifere vaatlijden, zoals een carotisstenose. Bovendien wordt in de acute fase al begonnen met de revalidatie.

4.2.2 Revalidatie en herstelfase: twee weken tot zes maanden

Revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionaliteit door het verminderen van beperkingen en het bewerkstelligen van re-integratie in de maatschappij en beoogt dus niet primair de stoornissen zelf te herstellen. Het herstel van stoornissen en beperkingen verloopt niet lineair in de tijd en veel vaardigheden bereiken hun plafond voordat zes maanden zijn verstreken. Het meest effectief en efficiënt is de revalidatie in de eerste drie maanden. Het is aannemelijk dat starten met revalidatie in de acute fase het herstelproces bevordert.

Beperkingen kunnen verminderen door het aanleren van (nieuwe) vaardigheden, door adaptatie aan de nieuwe situatie en door compensatie. Bij compensatie is de revalidatie gericht op het gebruikmaken van aanwezige restcapaciteiten.

Hoewel revalidatie een bewezen gunstig effect heeft, is het nog niet duidelijk in hoeverre het uiteindelijke niveau van functioneren er gunstig door beïnvloed wordt. De effecten van revalidatiebehandelingen bij CVA-patiënten zijn zeer specifiek en beperken zich voornamelijk tot die taken die in de behandeling getraind zijn. Ze laten zich niet gemakkelijk overdragen naar andere, niet getrainde taken.^{3,4,16} De specificiteit van behandel-effecten impliceert dat de doelen van revalidatie relevant moeten zijn voor het dagelijks functioneren en dat er geredeneerd moet worden vanuit de woon-, leef-, en werksituatie van betrokkene. De behandeling heeft dan ook het meest effect als aandacht wordt besteed wordt aan de sociale rollen die betrokkene zou kunnen vervullen.

4.2.3 Chronische fase: vanaf zes maanden na de beroerte

Na zes maanden is er in het algemeen geen grote verbetering van het functioneren meer te verwachten. Zes tot twaalf maanden na een beroerte wordt bij slechts vijf tot tien procent van de getroffen personen nog herstel van motorische of neuropsychologische stoornissen waargenomen. In de chronische fase kunnen aanpassingen in huis en op het werk een patiënt met blijvende beperkingen in staat stellen zelfstandig te functioneren. Loophulpmiddelen, zoals rollator en scootmobiel, kunnen eveneens de zelfstandigheid vergroten en de kans op onnodig vallen verkleinen.

Vermoeidheid blijft een belangrijk probleem voor veel patiënten. De vermoeidheid kan niet altijd gekoppeld worden aan een specifieke stoornis en heeft een negatief effect op cognitieve prestaties en op de psychische belastbaarheid.

De stoornissen kunnen belangrijke gevolgen hebben voor het sociale leven van de patiënt en zijn omgeving.^{3,16,19} Is het herstel niet volledig, dan staan de patiënt en diens naasten voor de opgave verder te leven met de beperkingen. Vanaf een maand of vier na de beroerte neemt de steun die patiënten van hun omgeving ondervinden in veel gevallen geleidelijk af. Contacten met familie en vooral met anderen buiten de familie verminderen en de patiënt heeft vaak moeite zijn vroegere sociale activiteiten op te pakken.

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

zelf als minder geïnteresseerd, minder bekwaam en minder onafhankelijk. Na anderhalf jaar is er bij een derde van de patiënten sprake van sociale isolatie.

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

4.2.4 *Revalidatie in perspectief*

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

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

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

Werkhervatting

In de literatuur wordt een grote spreiding gevonden in het percentage patiënten dat na een beroerte weer aan het werk komt. De verschillende onderzoeken zijn echter niet altijd vergelijkbaar, door verschillen in leeftijd, de definitie van het begrip werkhervatting, de neurologische diagnoses en de follow-up periode.

Kappelle en collega's verrichten in 1994 een follow-up onderzoek onder 296 patiënten met een herseninfarct in de leeftijd van 15 tot 45 jaar. Van de overlevenden keerde 42 procent terug naar werk.¹² Een vergelijkbaar percentage, 43 procent, werd gevonden in 1990 bij een groep van 56 patiënten in de leeftijd van 17 tot 45 jaar. Andere onderzoekers vonden in vergelijkbare leeftijdsgroepen percentages van 53 tot 73 procent.^{13,22-24}

Milandre en anderen onderzochten een groep van 52 patiënten met een herseninfarct in de leeftijd van 16 tot 35 jaar.¹⁰ Van deze groep keerde 74 procent terug naar het werk. Onderzoek onder oudere werknemers laat lagere percentages zien. Wozniak en medewerkers vonden in een groep van 109 werknemers met een gemiddelde leeftijd van 55 jaar een hervattingspercentage van 53 procent, waarvan 85 procent full-time.²⁵ Zij namen een positieve correlatie waar tussen jongere leeftijd en werkhervatting.

In geen van de onderzoeken wordt gerapporteerd hoe de re-integratie had plaatsgevonden. In artikelen waarin melding gemaakt wordt van werkaanpassingen, was daarvan sprake in ongeveer een kwart van de gevallen.^{13,15,22} Slechts de helft van de werknemers keerde terug in zijn oude werk.²² Als positieve factoren voor werkhervatting worden genoemd: normale spierkracht, zelfstandig kunnen

lopen, het ontbreken van cognitieve stoornissen, het verrichten van bureau-werkzaamheden en een goede medewerking aan de revalidatie.^{26,27} Depressie is negatief geassocieerd met werkhervatting.²⁷ Er werd geen verband aangetoond tussen de lokalisatie van de ischemie en werkhervatting.²⁵ Ook bij een focaal letsel kunnen meer algemene beperkingen voorkomen dan vroeger werd aangenomen. De gemiddelde tijdsduur tussen beroerte en werkhervatting loopt in verschillende onderzoeken uiteen van acht tot achttien maanden, met een spreiding van enkele dagen tot veertig maanden.^{22,27}

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

Cognitieve stoornissen vormen in het algemeen de belangrijkste belemmeringen voor een goed verlopende re-integratie, met name als een werknemer zijn eigen stoornis(sen) niet goed kan inschatten en zijn mogelijkheden overschat. In veel gevallen is er in het begin bij alle betrokkenen veel begrip en inzet om van de terugkeer een succes te maken. Deze steun kan echter afbrokkelen als de aanvankelijke verwachtingen niet uitkomen. De arbeidsprestaties en de hoeveelheid tijd die met de begeleiding gemoeid is, kunnen tegenvallen. Ook relationele aspecten kunnen een rol spelen. Er kunnen bijvoorbeeld (subtiele) karakterveranderingen hebben plaatsgevonden die de scherpe kantjes van de premorbide persoonlijkheid van de werknemer versterken. Of er zijn gedragsveranderingen die vervreemdend werken of irritatie opwekken bij leidinggevenden en collega's. Ook een niet herkende depressieve episode kan de arbeidsverhoudingen onder druk zetten.

Geadviseerd wordt om in de gevallen waarin een neuropsychologische stoornis aanwezig is of vermoed wordt, gebruik te maken van neuropsychologisch onderzoek. Als er al een onderzoek in de revalidatiefase heeft plaatsgevonden, kan de bedrijfsarts dit, in overleg met betrokkene, raadplegen. Is dat niet het geval, dan zal een expertise moeten worden aangevraagd. Helaas blijkt in de praktijk dat financiering door de werkgever problemen kan opleveren.

De bedrijfsarts en ook de verzekeringsarts dienen zich te realiseren dat een neuropsychologisch onderzoek niet alle cognitieve, emotionele en gedragsmatige problemen nauwkeurig in kaart kan brengen en dat het beeld in de loop der tijd niet stabiel is. Voor een zorgvuldig gebruik van de onderzoeksresultaten is een

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

vergelijking met het feitelijk functioneren in de praktijk noodzakelijk. Bedrijfsfysiotherapeut, ergotherapeut of arbeidsdeskundige kunnen de werknemer observeren in zijn werksituatie. Bovendien kunnen zij advies uitbrengen over wenselijke aanpassingen in het werk.

Vermoeidheidsklachten en gering uithoudingsvermogen kunnen in de loop van een werkdag of bij te zware belasting, de prestaties negatief beïnvloeden. In de begeleiding dient hiermee rekening gehouden te worden.

Aandachtspunten bij de re-integratie zijn:

- Overleg en samenwerking binnen de behandelende sector en met belanghebbenden en bedrijfsarts zijn noodzakelijk. Met name degenen die bij revalidatie en re-integratie betrokken zijn moeten hierin participeren. Cognitieve en fysieke trainingen in de revalidatiesetting(s) generaliseren niet altijd naar relevante andere situaties. Om die reden moeten bepaalde aspecten soms opnieuw of specifiek getraind worden in de beoogde werksituatie (4.2.2).
- De percepties en verwachtingen van alle betrokkenen ten aanzien van de re-integratie verdienen de aandacht van de bedrijfsarts. Als ze op onjuiste veronderstellingen berusten, moet dat aan de orde worden gesteld. Het beloop en de uitkomst van het re-integratieproces kunnen niet altijd voorspeld worden. Door zich vroegtijdig aan voorspellingen te wagen kan de bedrijfsarts, als zijn uitspraken niet bewaarheid worden, de werknemer ontmoedigen en zijn krediet bij werkgever en collega's verspelen.
- Tijdige en deskundige advisering over aanpassingen in de werksituatie is aangewezen.
- Als verwijzing naar een psycholoog noodzakelijk is, dient gekozen te worden voor een psycholoog die ervaring heeft in het behandelen van patiënten met hersenletsel.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een werknemer met een beroerte vormt de verzekeringsarts zich aan de hand van het re-integratieverslag en andere beschikbare gegevens een oordeel over aard en ernst van de stoornissen, comorbiditeit, revalidatie en begeleiding, in de wetenschap dat er grote verschillen tussen patiënten zijn, maar dat slechts bij een minderheid van de patiënten jonger dan 65 jaar de zelfredzaamheid blijvend verloren gaat.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.²⁸

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

6.2 Functionele mogelijkheden

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

De verzekeringsarts dient zich te realiseren dat veel CVA-patiënten niet alleen blijvende beperkingen hebben van neuropsychologische of motorische aard, maar vaak ook te kampen hebben met comorbiditeit en met verstrekkende gevolgen van psychosociale aard. Hij moet zich ervan bewust zijn dat een eenmalig gesprek met de patiënt voor een goede taxatie van de fysieke, cognitieve, emotionele en gedragsmatige beperkingen niet altijd toereikend is. Goede aanvullende informatie, die in de praktijk getoetst is, kan voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van doorslaggevend belang zijn. Hij moet verder bedenken dat cognitieve en fysieke trainingen het meest succesvol zijn in de concrete arbeidssituatie. Schijnbaar overwonnen beperkingen kunnen bij re-integratie opnieuw aan de dag treden en nieuwe beperkingen kunnen zich onverwacht openbaren. Ook vermoeidheid kan de functionele mogelijkheden negatief beïnvloeden. Met het oog op de secundaire preventie kan het verder nodig zijn om rekening te houden met factoren in het werk waarvan bekend is dat ze de bloeddruk kunnen verhogen, zoals onregelmatige werktijden, emotionele stress, deadlines, lawaai en zware fysieke inspanning.^{29,30}

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

6.3 Te verwachten beloop

In de regel is twee jaar na een beroerte geen herstel meer te verwachten van de direct uit de beroerte voortvloeiende stoornissen. Dat neemt niet weg dat zich bij een deel van de patiënten nog veranderingen in de functionele mogelijkheden kunnen voordoen. Sommige patiënten maken een lang aanpassingsproces door dat na twee jaar nog niet is afgerond. Bepaalde vaardigheden kunnen bovendien ook na die tijd nog worden aangeleerd worden, al moeten de verwachtingen wel realistisch zijn. Anderzijds zijn er patiënten die in een latere fase juist meer vermoeidheidsklachten en klachten van depressieve aard krijgen en geleidelijk slechter gaan functioneren. Ongeveer twintig procent van de patiënten verslechtert nog in de chronische fase. Bij de inschatting van het te verwachten beloop moet rekening worden gehouden met de bekende risicofactoren, het verloop van het herstel tot op heden, de nog te benutten revalidatiemogelijkheden en werk(plek)aanpassingen, relevante comorbiditeit en de samenhang tussen de verschillende ziektebeelden.

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

6.4 Behandeling en begeleiding

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

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

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

Literatuur

- 1 Verhoeven S, Beusmans GHMI, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J e.a. NHG-Standaard CVA. *Huisarts & Wetenschap* 2004; 47(10): 458-467.
 - 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Beroerte*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2000.
 - 3 Commissie CVA-Revalidatie. *Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2001.
 - 4 Van Peppen RPS, Kwakkel G, Harmeling-van der Wel BC, Kollen BJ, Hobbelen JSM, Buurke JH e.a. *KNGF-richtlijn Beroerte*. Amersfoort: KNGF; 2004.
 - 5 Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHMI, Pleumeekers HJCM e.a. NHG-standaard TIA (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap* 2004; 47(10): 458-467.
 - 6 Bots ML, Van Dis SJ. *Beroerte. Cijfers en feiten*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006.
 - 7 Bots ML, Berger-van Sijl M, Jager-Geurts MH, Bos M, Reitsma JB, Breteler MMB e.a. Incidentie van cerebrovasculaire ziekte in Nederland in 2000. In: Jager-Geurts MH, Peters RJG, Van Dis SJ, Bots ML, editors. *Hart- en vaatziekten in Nederland, 2006, cijfers over ziekte en sterfte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006: 35-56.
 - 8 van den Berg Jeths A, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven: RIVM/SCP; 2004: RIVM 270502001.
 - 9 Leys D. [Ischemic strokes in young adults]. *Rev Med Interne* 2003; 24(9): 585-593.
 - 10 Milandre L, Brosset C, Habib G, Graziani N, Khalil R. [Cerebral infarction in patients aged 16 to 35 years. Prospective study of 52 cases]. *Presse Med* 1994; 23(35): 1603-1608.
 - 11 Prevo AJH, Kappelle LJ. CVA. In: Willems JHBM, Croon NHTh, Kolen JW, editors. *Handboek Arbeid en Belastbaarheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
-

- 12 Kappelle LJ, Adams HP, Jr., Heffner ML, Torner JC, Gomez F, Biller J. Prognosis of young adults with ischemic stroke. A long-term follow-up study assessing recurrent vascular events and functional outcome in the Iowa Registry of Stroke in Young Adults. *Stroke* 1994; 25(7): 1360-1365.
- 13 Musolino R, La Spina P, Granata A, Gallitto G, Leggiadro N, Carerj S e.a. Ischaemic stroke in young people: a prospective and long-term follow-up study. *Cerebrovasc Dis* 2003; 15(1-2): 121-128.
- 14 Marini C, Totaro R, Carolei A. Long-term prognosis of cerebral ischemia in young adults. National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Stroke* 1999; 30(11): 2320-2325.
- 15 Varona JF, Bermejo F, Guerra JM, Molina JA. Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. Study of 272 cases. *J Neurol* 2004; 251(12): 1507-1514.
- 16 Van Bennekom CAM, Van Heugten CM. Revalidatie na een beroerte 1: Lange termijn gevolgen. In: Franke C, Limburg M, editors. *Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2006: 317-331.
- 17 Prevo AJH, Dijkman MMTT, Le Fèvre FAM. Stoornissen en beperkingen door een ernstig invaliderend herseninfarct bij opname in een revalidatiecentrum en een halfjaar na de beroerte. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142(12): 637-640.
- 18 Van Heugten C, Rasquin S, Winkens I, Beusmans GHMI, Verhey F. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA. Signaleringslijst voor zorgverleners. In: Visser-Meily A, Van Heugten C. *Zorg voor de mantelzorg*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004.
- 19 Nederlandse Hartstichting. Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. *Hartfalen, coronaire hartziekten en cerebrovasculair accident*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006.
- 20 Teasell RW, McRae MP, Finestone HM. Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(2): 205-209.
- 21 van de Port I, Kwakkel G, van W, I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2006; 37(1): 167-171.
- 22 Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A e.a. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis* 1998; 8(5): 296-302.
- 23 Alfassa S, Ronen R, Ring H, Dynia A, Tamir A, Eldar R. [Quality of life in younger adults (17-49) after first stroke--a two year follow-up]. *Harefuah* 1997; 133(7-8): 249-54, 336.
- 24 Rodriguez J, Exposito JA, Salvador J, Ferrand P, Perez JC, del Pino R. [Functional recovery and return to work in the young patient after a stroke]. *Neurologia* 2004; 19(4): 160-167.
- 25 Wozniak MA, Kittner SJ, Price TR, Hebel JR, Sloan MA, Gardner JF. Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. *Stroke* 1999; 30(12): 2568-2573.
- 26 Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *J Rehabil Med* 2003; 35(3): 127-131.
- 27 Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Return to work after stroke. A follow-up study. *Stroke* 1995; 26(3): 399-401.
- 28 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
-

- 29 Tofler GH, Muller JE. Triggering of acute cardiovascular disease and potential preventive strategies. *Circulation* 2006; 114(17): 1863-1872.
- 30 Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occup Med* 2000; 15(1): 1-6, iii.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker

Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Borstkanker komt incidenteel voor bij mannen. Waar ‘werkneemster’, ‘zij’ of ‘haar’ staat kan daarom ook ‘werknemer’, ‘hij’ of ‘zijn’ gelezen worden.

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

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

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

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

- Aard en ernst van klachten en symptomen:
 - Wat waren de klachten en symptomen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- De in opzet curatieve behandeling: (4.2)*
 - Welke curatieve behandelingen hebben plaatsgevonden? Chirurgische, radiotherapeutische, chemotherapeutische, hormonale of immunotherapeutische behandeling?
 - Zijn er complicaties opgetreden tijdens de behandeling? Zo ja, welke vervolgbehandeling was hiervoor noodzakelijk?
 - Is de curatieve behandeling thans afgerond? Zo ja, wanneer? Zo nee, is er zicht op wanneer dat het geval zal zijn?
- Locoregionale behandelingseffecten die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (4.3)
 - functiebeperkingen en pijnklachten van de arm en schouder
 - lymfoedeem
 - neurologische klachten en uitvalsverschijnselen
 - pijnklachten in borstwand na borstampuatie of in okselkliergebied na okselklieroperatie
 - gevolgen van behandeling van lokale recidieven
 - gevolgen van behandeling van solitaire regionale metastasen.
- Andere klachten en morbiditeit die een rol spelen bij het uitblijven van (volledige) werkhervatting, zoals: (3.2)
 - moeheid
 - andere lichamelijke klachten

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

- psychische klachten en psychiatrische comorbiditeit
- andere comorbiditeit.
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemster: (4.4)
 - Heeft de werknemster deelgenomen aan een begeleidingsprogramma voor borstkankerpatiënten?
 - Heeft de werknemster het advies gekregen zich te laten behandelen voor moeheid, psychische of andere comorbiditeit? Zo ja, heeft zij dat advies opgevolgd?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
 - Was in het werk sprake van factoren die werkhervatting kunnen belemmeren, zoals fysiek of mentaal belastend werk of gebrek aan sociale steun?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen?
- Werkhervatting:
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemster beoordeeld?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemster of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemster en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

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

- De prognose:
 - Welke prognostische informatie heeft de behandelend arts gegeven aan de werknemster? En aan de bedrijfsarts?
- Werkhervatting:
 - Kan en wil zij haar eigen werk doen, al of niet met aanpassingen?
 - Wil de werknemster werken? En waarom wel of niet?
 - In hoeverre is haar werkomgeving bereid en in staat werkhervatting mogelijk te maken?
 - Is er een discrepantie tussen wat de werknemster wil en haar toestand, in termen van functionele mogelijkheden en prognose?

2 Beoordelingsgesprek (4.3, 4.4)

De verzekeringsarts dient bij de werknemster met borstkanker die geen aange-
toonde metastasen op afstand heeft, de vraag te beantwoorden waarom bij deze
werknemster het herstel gestagneerd is, wat haar functionele mogelijkheden zijn
en of herstel van functionele mogelijkheden nog te verwachten is. Hij voert het
gesprek in de wetenschap dat de meeste vrouwen die behandeld zijn voor borst-
kanker er alles aan gelegen is om hun werkzaamheden weer te hervatten en dat
een goede psychosociale begeleiding hiervoor van groot belang is. In veel geval-
len zijn de beperkingen niet diagnosespecifiek, maar komen ze overeen met de
multicausaal bepaalde beperkingen die veel mensen ervaren wanneer ze voor
kanker behandeld zijn.

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

Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemster op:
 - haar mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - haar inschatting dat de ziekte terugkomt of eventueel haar eigen prognose
 - wat zij meent nog te kunnen doen om haar functionele mogelijkheden te verruimen
 - belemmeringen van herstel en hervatting in het werk, met name de zwaarte van het werk en de rol en attitude van leidinggevende en collega's
 - de betekenis van betaald werk in haar levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van betrokkene, bijvoorbeeld door na te vragen wat zij doet op een 'gemiddelde' dag en door te informeren naar de gevolgen van haar klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

Belangrijke onderwerpen van het gesprek met de werknemster met een geme-
tastaseerd mammacarcinoom zijn haar levensplan en de plaats die betaalde
arbeid daarin inneemt.

3 Medisch onderzoek (4.3)

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

De verzekeringsarts is daarbij met name alert op aanwijzingen voor een

- overspanning
- depressieve stoornis
- angststoornis.

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

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

4 Overleg met derden

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

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

- ernstige twijfel over de comorbide diagnose(n), met name wanneer de juiste diagnose van belang is voor het beoordelen van de beperkingen en de prognose
-

- gefundeerde twijfel over nog te benutten revalidatiemogelijkheden; zulke twijfel kan zich voordoen als:
 - ondanks adequate begeleiding het herstel langdurig gestagneerd is
 - begeleiding en revalidatie veel te wensen overlieten.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de behandeling en de begeleiding in de wetenschap dat vele patiënten zonder metastasen en zonder ernstige comorbiditeit, al of niet met aanpassingen, weer in arbeid re-integreren.
- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- Als ten tijde van de beoordeling sprake is van een gemetastaseerd mammacarcinoom, is de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis van minder belang en richt de verzekeringsarts zich op de actuele situatie en het te verwachten beloop.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

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

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

- beperkingen van de bovenste lichaamshelft als gevolg van:
 - bewegingsstoornis van de schouder
 - stoornis van de spierkracht van schouder en arm
 - sensorische stoornissen: pijnklachten en dysesthesieën
 - stoornissen in de functies van de huid
 - beperkingen ten gevolge van verlies van mentale en fysieke energie:
 - stoornis in geheugen, concentratie en stemming
 - vermoeidheid
 - beperkingen ten gevolge van systemische bijwerkingen van de behandeling:
-

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

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

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

3 Te verwachten beloop (6.3)

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

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

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

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Bij arbeidsongeschiktheid als gevolg van een locoregionaal recidief verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer naast de oncologische behandeling adequaat wordt begeleid bij de revalidatie en bij de verwerking van deze nieuwe ingrijpende ervaring.
- Wanneer functioneel herstel bij niet-gemetastaseerde borstkanker langere tijd is uitgebleven zonder locoregionale oorzaak, overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om deze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Borstkanker

1	Inleiding <i>113</i>
2	De aandoening <i>115</i>
2.1	Kenmerken <i>115</i>
2.2	Epidemiologie <i>115</i>
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid <i>116</i>
3	Ontstaan en beloop <i>117</i>
3.1	Ontstaan <i>117</i>
3.2	Beloop <i>117</i>
4	Diagnose en behandeling <i>121</i>
4.1	Diagnose <i>121</i>
4.2	Behandeling <i>122</i>
4.3	Bijwerkingen <i>124</i>
4.4	Begeleiding en revalidatie <i>126</i>
5	Werkhervatting <i>129</i>
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling <i>133</i>
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis <i>133</i>
6.2	Functionele mogelijkheden <i>134</i>

6.3	Te verwachten beloop	135
6.4	Behandeling en begeleiding	136
<hr/>		
	Literatuur	137
<hr/>		
A	pTNM-classificatie	141

Inleiding

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

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

Het protocol sluit aan bij de richtlijnen *Behandeling van het mammacarcinoom, Lymfoedeem, Mammacarcinoom: screening en diagnostiek* van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de *NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom*.¹⁻⁴

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de

orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

2.1 Kenmerken

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

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

U229 Nieuwvorming in borst

2.2 Epidemiologie

Borstkanker is de meest voorkomende kwaadaardige nieuwvorming bij vrouwen. Jaarlijks wordt de diagnose bij ruim 12 500 vrouwen in Nederland gesteld. Een vrouw heeft negen tot tien procent kans om gedurende haar leven borstkanker te krijgen. In 2005 stierven ongeveer 3400 mensen aan borstkanker. De overall vijfjaarsoverleving na het stellen van de diagnose is 85 procent. Minder dan een procent van het aantal borstkankerpatiënten is man.* In het protocol wordt om die reden steeds over de vrouwelijke patiënt gesproken.

De kans op het optreden van borstkanker neemt toe met de leeftijd. De incidentie is 31 per 100 000 voor vrouwen tussen de 30 en 34 jaar en loopt voor de

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

groep tussen de 55 en 59 jaar op tot 223 per 100 000. Ongeveer een kwart van alle mammacarcinomen wordt voor het vijftigste levensjaar gediagnosticeerd en ongeveer de helft voor het 65^e jaar. Na de invoering van het bevolkingsonderzoek voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar is het aantal gediagnosticeerde mammacarcinomen toegenomen. Een groot aantal hiervan is niet invasief en heeft een zeer goede prognose.^{1,3,4}

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

In een Canadees onderzoek onder vrouwen met borstkanker werd een gemiddelde verzuimduur van zes maanden gevonden, met een spreiding van minder dan vier maanden tot langer dan een jaar.⁵ Er wordt thans onderzoek gedaan naar de verzuimduur bij vrouwen met borstkanker in Nederland.

Borstkanker werd in 2004 bij bijna twee procent van de instroom in de WAO, dat wil zeggen bij ongeveer duizend vrouwen, als eerste diagnose genoemd.*

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

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

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

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

3.2 Beloop

Onbehandelde invasieve borstkanker heeft een infauste prognose. In het protocol wordt ervan uitgegaan dat praktisch alle vrouwen met borstkanker behandeld

worden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen het beloop van de ziekte in engere zin en het beloop van het functioneel herstel na behandeling. Niet borstkanker-specifieke en niet tot een bekende biomedische oorzaak te herleiden gevolgen van diagnose en behandeling zijn voor het functioneel herstel van groot belang.^{6,7}

3.2.1 De ziekte in engere zin

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

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

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

veertig tot zestig procent en de tienjaars overleving ongeveer 25 procent. De behandeling is wel in opzet curatief.¹

- *Gemetastaseerd carcinoom*. Het op afstand gemetastaseerd carcinoom moet worden beschouwd als een niet-curabele ziekte. De mediane overleving na vaststelling van de metastasering is anderhalf tot twee jaar. Het beloop is echter zeer variabel en overleving kan ook vele jaren duren.⁸

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

3.2.2 *Het functioneel herstel*

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

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

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

- vermoeidheid
-

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

Van deze klachten is vermoeidheid het meest bekend en het meest onderzocht. Op middellange termijn, tussen de een en vijf jaar, heeft 35 tot 40 procent van de patiënten nog klachten van aanzienlijke tot ernstige vermoeidheid. Deze is onafhankelijk van de leeftijd. In het algemeen wordt er bij aanhoudende vermoeidheid na de behandeling geen somatische oorzaak voor de vermoeidheid gevonden.¹²⁻¹⁴ Uit onderzoek blijkt dat driekwart van de patiënten die hun werkzaamheden hebben aangepast dit hebben gedaan in verband met hun vermoeidheid.¹⁵ In twintig procent van de gevallen houden de klachten meer dan vijf jaar aan. De vermoeidheid wordt niet alleen fysiek ervaren, maar soms omschreven als een volledig gebrek aan energie en een ernstige mentale uitputting.⁹ Er is vaak een relatie tussen de vermoeidheid bij borstkanker en depressie, angst en slaapstoornissen.^{9,15}

Jonge vrouwen met een erfelijke vorm van borstkanker krijgen vaak te maken met een zeer moeilijk en soms stagnerend verwerkingsproces. Door de erfelijke belasting kunnen zij het rouwproces over de ingrijpende gebeurtenis niet afronden; er is immers een voortdurende dreiging voor herhaling bij familie, kinderen en bij hen zelf. Het seksueel functioneren kan zijn aangetast zowel ten gevolge van de ziekte als door de behandeling. Aantasting van het lichaamsbeeld door de chirurgische ingreep kan bijdragen aan psychische klachten en verlies van libido.^{9,16}

De prognose van de functionele mogelijkheden bij gemetastaseerde borstkanker is niet alleen afhankelijk van de hiervoor genoemde algemene en locoregionale gevolgen van de behandeling, maar ook van de klachten, stoornissen en beperkingen die een gevolg zijn van de metastasen en de behandeling(en) voor deze metastasen.¹

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

Het merendeel van de mammatumoren wordt door de patiënt zelf ontdekt. Sinds 1998 is er een landelijk dekkend systeem van bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen in de leeftijd tussen de 50 en 75 jaar. Het aantal niet-palpeerbare tumoren dat gediagnosticeerd wordt, is hierdoor toegenomen. Dit betreft voor een deel in situ carcinomen.

Een onderdeel van de diagnostiek is de stadiëring van de tumor. De stadiëring is van belang voor zowel de keuze van de behandeling als voor de prognose. Internationaal en voor de landelijke registratie wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem. Door de toevoeging van de letter p vóór de T, N of M worden de bevindingen van het onderzoek door de patholoog weergegeven (zie bijlage A op pagina 141).

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

De diagnostiek van metastasen op afstand is geen vast onderdeel van de controles bij follow-up, maar vindt plaats op geleide van klachten van de patiënte. Het actief opsporen en vervolgens systemisch behandelen van a-symptomatische metastasen leidt niet tot een aantoonbaar overlevingsvoordeel. Metastasering

komt bij 75 procent van de patiënten aan het licht naar aanleiding van klachten van de patiënt.¹

4.2 Behandeling

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

4.2.1 Primaire behandeling

Chirurgie

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

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

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

Bij een gemodificeerde radicale mastectomie wordt verwijdering van de klierschijf, waarbij de pectoralismsculatuur in situ wordt gelaten, gecombineerd met okselklierdissectie. Bij okselklierdissectie worden de n. thoracodorsalis (innervatie van de m. latissimus dorsi), de n. thoracicus longus (m. serratus anterior) en zo mogelijk ook de sensibele zenuwtakken gespaard.

Radiotherapie

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

Adjuvante systemische therapie

Het doel van vroege systemische behandeling is het elimineren van eventueel aanwezige, maar nog niet vast te stellen metastasen op afstand (micrometastasen).¹ Deze adjuvante therapie levert een duidelijke bijdrage aan de genezingskans van vrouwen met een vroeg stadium van borstkanker. De overlevingswinst is afhankelijk van het stadium en de aanwezigheid van micrometastasen. De kans op occulte metastasen wordt onder andere bepaald door factoren als aanwezigheid van lymfkliermetastasen, tumorgrootte, tumorgraad, leeftijd, hormoonreceptorpositiviteit en overexpressie van HER-2. De keuze voor de aanvullende behandeling wordt afgestemd op de individuele situatie van een patiënt. Duur en intensiteit van de verschillende behandelvormen kunnen sterk variëren. Dat geldt ook voor ernst en duur van de bijwerkingen.

Polychemotherapie duurt doorgaans vier tot zes maanden. Chirurgische of medicamenteuze uitschakeling van de ovariële functie bij premenopauzale vrouwen in combinatie met tamoxifen (anti-oestrogeen) resulteert in een reductie van de mortaliteit. De hormonale behandeling duurt minimaal vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen wordt als hormonale adjuvante therapie een sequentie van twee tot drie jaar tamoxifen geadviseerd, gevolgd door twee tot drie jaar aromataseremmers (remming van de oestrogeenproductie), hetgeen resulteert in een behandelduur van vijf jaar. Bij postmenopauzale vrouwen met HER-2 overexpressie en positieve hormoonreceptoren wordt een vijf jaar durende behandeling met een aromataseremmer aanbevolen. Aan alle vrouwen met HER-2 overexpressie bij wie een indicatie bestaat voor adjuvante chemotherapie, wordt daar-

naast adjuvante behandeling met trastuzumab (antilichaambehandeling) gedurende een jaar geadviseerd.^{1,17,18}

4.2.2 *Vervolgbehandeling*

Behandeling van het locoregionale recidief

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

Behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom

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

4.3 **Bijwerkingen**

4.3.1 *Locoregionale klachten en functiestoornissen*

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

- bewegingsbeperking van de schouder als gevolg van fibrosevorming door radiotherapie van de oksel; vooral na radiotherapie in combinatie met oksel-klierdissectie
- pijnklachten als gevolg van brachialisneuralgie; vooral na subclaviculaire radiotherapie

- pijnklachten en dysesthesiën als gevolg van doorsnijding van de intercostobrachiale zenuwen bij okselklierdissectie
- pijnklachten door andere oorzaken
- afname van spierkracht
- lymfoedeem, met als mogelijke gevolgen bewegingsbeperking, een zwaar gevoel en een verminderde weerstand van de huid.

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

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

De pijnklachten die niet het gevolg zijn van een brachialisneuralgie of van dysesthesiën kunnen het functioneren aanzienlijk beperken. Zij treden bijvoorbeeld op bij werken boven schouderhoogte en of bij plotselinge krachtige bewegingen.

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

4.3.2 Systemische bijwerkingen en functiestoornissen

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

De meeste bijwerkingen van *hormonale therapie* worden veroorzaakt door een verlaging of het blokkeren van de oestrogeenspiegel. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen pre- en postmenopauzale vrouwen. Bij premenopauzale vrouwen wordt de ovariële functie uitgeschakeld door chirurgische of radiotherapeutische ablatie of door suppressie door middel van LH-RH analogen, al of niet

gecombineerd met tamoxifen. Als gevolg hiervan ontstaan climacteriële klachten, zoals spier- en gewrichtsklachten, droge slijmvliezen, opvliegers, stemmingswisselingen, vermoeidheid en osteoporose. Bij post-menopauzale vrouwen kan tamoxifen opvliegers, nachtzweeten, vaginale afscheiding, jeuk of droogheid veroorzaken. Behandeling met tamoxifen geeft een tweemaal verhoogde kans op trombo-embolieën en op lange termijn is er ook een geringe kans (enkele promillen) op endometriumcarcinoom. Het gebruik van aromataseremmers geeft een verhoogd risico op osteoporose, maar geen verhoogd risico op trombo-embolische complicaties of endometriumafwijkingen.¹

Bijwerkingen van *chemotherapie*, tijdens en kort na de behandeling, zijn misselijkheid, beenmergsuppressie, mucositis, haaruitval en vermoeidheid. Deze bijwerkingen duren tot ongeveer drie maanden na het stoppen van de behandeling. De langetermijn bijwerkingen zijn chronische vermoeidheid, afname van de cognitieve functies, neuropathie, amenorroe en in sommige gevallen ook hartschade (een half tot een procent congestief hartfalen bij behandeling met antracycline bevattende chemotherapie).¹

Bij *antilichaamtherapie* met trastuzumab kan cardiotoxiciteit optreden, met name een afname van de linkerventrikel-ejectiefractie. De mate waarin dit gebeurt is mede afhankelijk van de combinatie met andere geneesmiddelen.^{17,17}

4.4 Begeleiding en revalidatie

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

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

- diagnose, genezingskans en mogelijke oorzaken van de ziekte
- de voorgestelde behandeling en andere behandelingsopties en de gevolgen daarvan
- functieverlies, pijn en lymfoedeem
- borstprothesen

- mogelijkheden voor zelfzorg, revalidatie, lotgenotencontact en psychosociale zorg.

Fysiotherapeutische interventie in de postoperatieve fase bestaat uit adviezen over belasting en belastbaarheid, preventie van bewegingsangst, het belang van fysieke activiteit en bewegingsinstructie. Heeft een okselklierdissectie plaatsgevonden, dan is de begeleiding gericht op preventie van beperkingen van de schouderfunctie en van lymfoedeem.

Vermoeidheid na behandeling voor borstkanker komt, zoals gezegd, veel voor. Ruim de helft van de patiënten zegt dat vermoeidheid het symptoom is dat hun kwaliteit van leven het meest beïnvloedt.¹⁵ Bij vermoeidheid moet niet alleen gedacht worden aan lichamelijke vermoeidheid, maar ook aan een volledig gebrek aan energie en aan geestelijke uitputting. Een geleidelijke opbouw van activiteiten, volgens een afgesproken schema, lijkt de beste kansen op herstel te geven.¹⁰ Kankerpatiënten geven er echter soms de voorkeur aan om hun activiteiten af te stemmen op de wisselende klachten.

Psychische problemen, bijvoorbeeld depressie, kunnen de vermoeidheid verergeren. Andersom kan vermoeidheid ook leiden tot klachten van depressieve aard. Voor de behandeling en begeleiding is het van belang dat een depressieve stoornis bij iemand die voor kanker behandeld wordt of werd, tijdig onderkend wordt.⁹ Voor de diagnostiek van depressie wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*.

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

Revalidatieprogramma's voor kankerpatiënten die de primaire behandeling hebben afgerond, dragen significant bij aan de kwaliteit van leven.^{6,23-28} In een Nederlandse gerandomiseerde studie blijkt dat een fysiek trainingsprogramma en een fysiek trainingsprogramma in combinatie met een cognitief-gedragsthera-

peutisch programma beide even effectief zijn, afgemeten aan fysieke uitkomstmaten, vermoeidheid en kwaliteit van leven.²⁴⁻²⁶

De Vereniging van Integrale Kankercentra en de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland, samen met de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen vertegenwoordigd in de Stichting Herstel en Balans, hebben kwaliteitscriteria voor groepsrevalidatieprogramma's voor kankerpatiënten opgesteld.²⁹ Het revalidatieprogramma *Herstel & Balans* bestaat uit fysieke training, met een stapsgewijze fysiologische en gedragstherapeutische opbouw, en psycho-educatie, gericht op verwerken van de ziekte, vergroten van het zelfvertrouwen en versterken van de autonomie. De deelnemers komen gedurende een periode van drie maanden twee à drie keer per week in groepen bij elkaar. Alle negen Integrale Kankercentra zijn bij de uitvoering van *Herstel & Balans* betrokken.

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

Werkhervatting

Werkhervatting van patiënten met kanker is al vele jaren onderwerp van onderzoek. In vergelijking met enkele decennia geleden is er sprake van een opmerkelijke toename van de terugkeer naar werk.^{10,30} Dat neemt niet weg dat werkhervatting voor vele kankerpatiënten nog steeds een opgave is. Zij moeten leren omgaan met de gevolgen die diagnose en behandeling hebben voor hun leven en welbevinden. Ook lopen ze soms aan tegen onwetendheid en wantrouwen op de werkplek.

Terugkeer naar het werk is zowel vanuit individueel als vanuit maatschappelijk oogpunt belangrijk. Voor betrokkene betekent verlies van werk in veel gevallen achteruitgang in inkomen, sociaal isolement en verminderd zelfvertrouwen. Kankerpatiënten ervaren terugkeer naar het werk vaak als zeer belangrijk. Het bevestigt het medisch herstel, vergroot het zelfvertrouwen en leidt tot herstel van sociale rollen. Van de werknemers die niet naar het werk terugkeren doet twintig procent dat vrijwillig. Vijftig procent geeft de eigen gezondheid op als reden voor het verlies van werk.^{15,31}

Patiënten met borstkanker worden in het algemeen goed begeleid door het behandelteam. De meeste patiënten worden multidisciplinair behandeld en hebben contact (gehad) met een mammacareverpleegkundige. De kans dat zij goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en over het voor hen relevante hulpaanbod is groot. Desondanks zijn veel patiënten niet voorbereid op de re-integratie in arbeid. In ongeveer de helft van de gevallen wordt de terugkeer naar het werk

niet met de behandelend arts besproken. Veel patiënten blijken bovendien hun angst- en depressieklachten niet aan hun behandelaar te melden.³²

De bedrijfsarts heeft dan ook belangrijke taken in de begeleiding en bij het beoordelen van belemmeringen voor de re-integratie die mogelijk het gevolg zijn van comorbiditeit. Hierbij kan gedacht worden aan een depressieve stoornis, maar ook aan een angststoornis, overspanning of somatische comorbiditeit. Na een recidief of metastasering worden patiënten nog ingrijpender geconfronteerd met het levensbedreigende karakter van hun aandoening. Angst, boosheid, teleurstelling, schuldgevoelens en rouw zijn belangrijke emoties in deze fase.

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

Aandachtspunten

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

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

Werkgerelateerde factoren. Factoren die de terugkeer in positieve zin beïnvloeden zijn:¹⁰

- een positieve houding van collega's en leidinggevenden ten aanzien van borstkanker en terugkeer

- bereidheid om het aantal uren en de zwaarte van het werk, de hoeveelheid werk of de piekbelasting aan te passen aan de functionele mogelijkheden
- aanpassing van onregelmatige diensten en nachtdiensten; hierbij kan onder andere gedacht worden aan functies in de zorg – verpleegkundigen en artsen – en executieve functies bij brandweer en politie.

Lichamelijk en psychisch zwaar werk en een discriminerende bejegening zijn factoren die de terugkeer belemmeren.

Voor patiënten die behandeld zijn voor borstkanker en die werkzaam zijn in de zorg, kan de zorg voor en de omgang met patiënten met kanker, naast de fysieke zwaarte van het werk, een extra belasting betekenen.

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

Gemetastaseerde borstkanker. De prognose bij aangetoonde metastasen op afstand is infaust. De levensverwachting kan echter in belangrijke mate variëren. Met name patiënten die hormonaal behandeld worden en een langdurige remissie doormaken, kunnen gedurende vele jaren relatief klachtenvrij zijn.⁸ Voor de begeleiding en arbeidsmogelijkheden zijn ook in dit geval zowel de ziektespecifieke diagnostiek als de persoonsgebonden factoren van belang.¹⁰

De ziektespecifieke diagnostiek kan een goede indicatie geven van de uitgebreidheid en de locatie(s) van de metastasen en de gevolgen daarvan voor het functioneren. Deze bevindingen dienen betrokken te worden bij het inschatten van de arbeidsmogelijkheden. Voor de prognose lijken de gezondheidsgerelateerde klachten van nog meer belang. Er zijn goede aanwijzingen dat de kwaliteit van leven die de patiënte zelf ervaart in dit geval een betere voorspeller is dan sommige conventionele prognostische criteria, zoals bijvoorbeeld de uitgebreidheid van de metastasen.^{11,34}

De begeleiding en advisering in dit stadium van de ziekte moeten volledig afgestemd worden op de individuele situatie van de patiënt. Het leven met metastasen zal in veel gevallen de belastbaarheid negatief beïnvloeden. Ook is er geen sprake van een langdurig stabiele situatie. Voor de continuïteit van zorg kan regelmatig overleg met de behandelende sector wenselijk zijn. In dit stadium is respect voor de inschatting die patiënte heeft van haar eigen mogelijkheden en voor haar levensplan maatgevend voor het beleid.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij de diagnose borstkanker vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en de ernst van de ziekte, de ingestelde behandeling en de begeleiding, in de wetenschap dat, indien er geen metastasen op afstand zijn aangetoond, re-integratie in arbeid in de meeste gevallen succesvol verloopt. Een jaar na de behandeling rapporteren de meeste vrouwen, ook als zij nog klachten hebben, al weer een goede kwaliteit van leven. Toch hebben borstkankerpatiënten ook na een lang ziektevrij interval (vijf jaar) in het algemeen nog steeds meer klachten en problemen met hun lichamelijk functioneren dan vrouwen zonder borstkanker.¹² Patiënten met een recidief hebben meer psychische klachten en meer vermoeidheidsklachten dan vrouwen zonder recidief.

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

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

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij het beoordelingsgesprek realiseert de verzekeringsarts zich dat de werknemster in veel gevallen een lang behandelingsproces heeft ondergaan. Zij heeft gedurende langere tijd gefunctioneerd in een ziekenrol en heeft een of meer sociale rollen moeten loslaten. Het merendeel van de werknemers slaagt erin om, al of niet met hulp van derden, de ziekenrol weer te verlaten, haar gebruikelijke sociale activiteiten op te pakken en geheel of gedeeltelijk, al dan niet in aangepaste arbeid, te re-integreren.

Het herstel van de patiënte die beoordeeld wordt voor de WIA is in de loop van de tijd gestagneerd en kan door het optreden van comorbiditeit gecompliceerd zijn. De patiënte heeft vaak veel kennis over haar eigen ziekteproces. Als gevolg van haar ziekte is mogelijk haar visie op de functie van betaalde arbeid in haar leven veranderd.

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

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

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

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

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

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

6.3 Te verwachten beloop

Als twee jaar na het stellen van de diagnose geen locoregionaal recidief is opgetreden en geen metastasen op afstand zijn vastgesteld, is de levensverwachting in het algemeen gunstig. De analyse van de stagnatie van het herstel is in dit geval van belang voor het beoordelen van het te verwachten beloop.

De kans op een minder gunstig functioneel herstel neemt toe wanneer een locoregionaal recidief optreedt. Als in de voorgaande periode van een recidief

sprake is geweest, dan kan het uitblijven van het functioneel herstel mogelijk hierdoor verklaard worden. De prognose is echter niet zo ongunstig dat er gesproken kan worden van een blijvende arbeidsongeschiktheid.

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

6.4 Behandeling en begeleiding

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

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

Literatuur

- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom 2005. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
 - 2 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Lymfoedeem. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2005.
 - 3 de Bock GH, Beusmans GHMI, Hinloopen R, Roelfsema WJ, Wiersma T. NHG-standaard Diagnostiek van mammacarcinoom. *Huisarts & Wetenschap* 2002; 45(9): 466-472.
 - 4 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Mammacarcinoom: screening en diagnostiek. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 1999.
 - 5 Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Masse B e.a. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *CMAJ* 2005; 173(7): 765-771.
 - 6 van Weert E, Hoekstra-Weebers J, Grol B, Otter R, Arendzen HJ, Postema K e.a. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors: effectiveness on health-related quality of life. *J Psychosom Res* 2005; 58(6): 485-496.
 - 7 Rietman JS, Dijkstra PU, Hoekstra HJ, Eisma WH, Szabo BG, Groothoff JW e.a. Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29(3): 229-238.
 - 8 Van de Velde CJH, Schornagel JH, Bartelink H. Mammatumoren. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. *Oncologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 345-360.
 - 9 De Haes JCJM, Gualthérie van Weezel LM. Kanker. In: Kaptein AA, Beunderman R, Dekker J, Vingerhoets AJJM, editors. *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine*. Houten/Diemen: Bohn Stafleu van Loghum; 2006: 115-136.
-

- 10 Verbeek J, Spelten R. Work. In: Feuerstein M, editor. The handbook of cancer survivorship. New York: Springer; 2007.
- 11 Sprangers MAG, Aaronson NK, de Haes JCJM. Onderzoek naar de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. In: Van de Velde CJH, van Krieken JHJM, de Mulder PHM, Vermorken JB, editors. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 513-518.
- 12 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernards C, Rowland JH, Meyerowitz BE e.a. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer* 2006; 106(4): 751-758.
- 13 Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2000; 18(4): 743-753.
- 14 Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol* 2002; 13(4): 589-598.
- 15 Curt GA. Fatigue in cancer. *BMJ* 2001; 322(7302): 1560.
- 16 de Haes H, Olschewski M, Kaufmann M, Schumacher M, Jonat W, Sauerbrei W. Quality of life in goserelin-treated versus cyclophosphamide + methotrexate + fluorouracil-treated premenopausal and perimenopausal patients with node-positive, early breast cancer: the Zoladex Early Breast Cancer Research Association Trialists Group. *J Clin Oncol* 2003; 21(24): 4510-4516.
- 17 Willemse PHB, De Vries EGE. De plaats van trastuzumab bij het mammacarcinoom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(14): 770-775.
- 18 Van Nes JGH, Seynaeve C, Van de Velde CJH, Nortier JWR. Optimale adjuvante hormonale therapie bij postmenopauzale vrouwen met een hormoongevoelig mammacarcinoom: tamoxifen en de aromataseremmers anastrozol, exemestaan en letrozol. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(52): 2863-2869.
- 19 Rietman J, Dijkstra P, Debreczeni R, Geertzen J, Robinson D, De Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disabil Rehabil* 2004; 26(2): 78-84.
- 20 Johansson K, Ohlsson K, Ingvar C, Albertsson M, Ekdahl C. Factors associated with the development of arm lymphedema following breast cancer treatment: a match pair case-control study. *Lymphology* 2002; 35(2): 59-71.
- 21 Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301(6752): 575-580.
- 22 Schadé A, Marquenie L. Angststoornis door een middel en angststoornis door een somatische aandoening. In: Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Van Dyck R, editors. *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001: 136-145.
- 23 Korstjens I, Mesters I, van der Peet E, Gijsen B, van den Borne B. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *Eur J Cancer Prev* 2006; 15(6): 541-547.
- 24 Korstjens I, May-de Groot A, van Weert E, Mesters I. Quality of life after multidisciplinary cancer rehabilitation combining physical training and psycho-education. *Psycho-Oncology* 2006; 15(S293)
- 25 May-de Groot A, van Weert E, Korstjens I, Trijsburg RW, Ros WJG. Effect of an oncological rehabilitation program on physical fitness in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S319.
-

- 26 van Weert E, May-de Groot A, Korstjens I, van der Schans CP, Hoekstra-Weebers J. Effect of an
oncological rehabilitation program on fatigue in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2006; 15: S443.
- 27 van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, Grol BM, Otter R, Arendzen JH, Postema K e.a. Physical
functioning and quality of life after cancer rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 2004; 27(1): 27-35.
- 28 van der Peet E. Een systematische literatuursearch naar revalidatieprogramma's voor (ex-)
kankerpatiënten. Stichting Herstel & Balans, 2005. [http://herstelenbalans.ecommany.com/
publicaties/index.php](http://herstelenbalans.ecommany.com/publicaties/index.php), 16-01-2007.
- 29 Gijzen BCM, Koppejan-Rensenbrink AG. Herstel & Balans. Groepsrevalidatie in de oncologie.
Tijdschrift Kanker 2003: 36-39
- 30 Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschenes L. Work situation after breast
cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(24): 1813-1822.
- 31 Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM e.a. Cancer,
fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39(11):
1562-1567.
- 32 Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective
cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003;
60(5): 352-357.
- 33 Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely
fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a
randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2006; 24(30): 4882-4887.
- 34 Efficace F, Bottomley A. Toward a clearer understanding of the prognostic value of health-related
quality-of-life parameters in breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(6): 1335-1336.
- 35 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging
Beleidsregels beoordelingskadeer poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-
44.
-

pTNM-classificatie

Voor een juiste planning van de behandeling is de klinische stadiëring van de borstkanker van belang. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het TNM-systeem.

Tx	geen meetbare tumor
To	geen tumor aantoonbaar
Tis	carcinoma in situ
T1	tumor < 2cm
T2	tumor >2 maar < 5 cm
T3	tumor > 5 cm
T4	tumor, ongeacht afmeting met uitbreiding in huid of thoraxwand
Nx	regionale lymfeklieren niet beoordeelbaar
N0	geen palpabele lymfeklieren
N1	palpabele mobiele oksellymfeklieren
N2	onderling vergroeide of gefixeerde oksellymfeklieren
N3	palpabele lymfeklieren parasternaal
M0	geen metastasen op afstand aantoonbaar
M1	metastasen op afstand aanwezig

Door toevoeging van de letter p vóór T,N of M worden de bevindingen van het onderzoek door de patholoog weergegeven.

	Tis	T0	T1	T2	T3	T4
N0	Stadium 0		Stadium I	IIA	IIB	
N1		Stadium IIA		Stadium IIB		
N2	Stadium IIIA					
N3	Stadium IIIB					
M1	Stadium IV					

A Adviesaanvraag

B Commissie

C Commentaren

Bijlagen

Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 schreef de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandel mogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is. Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgvactiteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
w.g. mr. A.J. de Geus

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren:

- de werkgroep Angststoornissen en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*
- de werkgroep Beroerte en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Beroerte*
- de werkgroep Borstkanker en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker*

Werkgroep Angststoornissen

- prof. dr. R. van Dyck, *voorzitter*
hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit Medisch Centrum/GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 - J. Dogger
bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 - R.P.R. Heussen
bedrijfsarts; Arbodienst Koninklijke Landmacht, Schaarsbergen
 - prof. dr. C.A.L. Hoogduin
hoogleraar psychopathologie; HSK, Arnhem
 - prof. dr. M. Kindt
hoogleraar experimentele klinische psychologie; Universiteit van Amsterdam
-

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren:

- de werkgroep Angststoornissen en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*
- de werkgroep Beroerte en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Beroerte*
- de werkgroep Borstkanker en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker*

Werkgroep Angststoornissen

- prof. dr. R. van Dyck, *voorzitter*
hoogleraar psychiatrie; Vrije Universiteit Medisch Centrum/GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 - J. Dogger
bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 - R.P.R. Heussen
bedrijfsarts; Arbodienst Koninklijke Landmacht, Schaarsbergen
 - prof. dr. C.A.L. Hoogduin
hoogleraar psychopathologie; HSK, Arnhem
 - prof. dr. M. Kindt
hoogleraar experimentele klinische psychologie; Universiteit van Amsterdam
-

- prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
- dr. B. Terluin
huisarts; Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- N. Visser
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Groningen
- dr. J.A.G. Wijnen
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Helmond
- dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. F. Westerbos, *secretaris*
arts; Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Beroerte

- prof. dr. M. Limburg, *voorzitter*
hoogleraar neurologie; Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - dr. C.A.M. van Bennekom
revalidatiearts; Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee
 - E. Berends
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Groningen
 - dr. G.H.M.I. Beusmans
huisarts; Universiteit Maastricht
 - dr. C. van Heugten
neuropsychologe; iRv – Kenniscentrum voor revalidatie en handicap,
Hoensbroek
 - N.J.M. Huizing
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Haag,
per 1 januari 2007, SVB, Curacao
 - J. Konijnenburg
bedrijfsarts; Zetten
 - dr. G. Kwakkel
bewegingswetenschapper, fysiotherapeut; Vrije Universiteit Medisch
Centrum, Amsterdam
 - P. Mater
bedrijfsarts; Tilburg
 - dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
-

- dr. A.N.H. Weel, *secretaris* (tot 1 juni 2006)
bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag,
- mr. F.M. Westerbos, *secretaris* (vanaf 1 juni 2006)
arts; Gezondheidsraad, Den Haag

Geraadpleegde deskundige:

- prof. dr. A.J.H. Prevo, emeritus hoogleraar revalidatiegeneeskunde;
Universiteit Utrecht

Werkgroep Borstkanker

- dr. H.E. van der Horst, *voorzitter*
huisarts, senioronderzoeker; Vrije Universiteit Medisch Centrum,
Amsterdam
 - prof. dr. J.W.R. Nortier
hoogleraar medische oncologie; Leids Universitair Medisch Centrum
 - dr. E.J.Th. Rutgers
chirurg-oncoloog; Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam
 - prof. dr. J.C.J.M. de Haes
hoogleraar medische psychologie; Academisch Medisch Centrum,
Amsterdam
 - dr. W.J.G. Ros
gezondheidspsycholoog; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - T. Rejda
bedrijfsarts; Arbodienst Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - Y. Cernohorsky-Brands
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen,
Leeuwarden
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
 - dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr. A.N.H. Weel, *secretaris* (tot 1 mei 2006)
bedrijfsarts; Gezondheidsraad, Den Haag,
 - mr. F. Westerbos, *secretaris* (vanaf 1 mei 2006)
arts; Gezondheidsraad, Den Haag
-

Geraadpleegde deskundige:

- prof. dr. CCE Koning, hoogleraar radiotherapie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Commissie WIA

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
- prof. dr. W.J.J. Assendelft (tot 1 oktober 2006)
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- drs. W.E.L. de Boer
verzekeringsarts; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
- dr. E. Borst-Eilers
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bilthoven
- prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- prof. dr. J.W. Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
- prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam
- dr. H. Kroneman
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
- prof. dr. E. Lindeman
hoogleraar revalidatie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
- prof. dr. A.H. Schene
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. ir. T. Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden; Vrije Universiteit, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
- dr. B. Sorgdrager
bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam

- prof. dr. J.H.B.M. Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Commentaren

De drie protocollen en de bijbehorende toelichtingen werden in concept becommentarieerd door een aantal organisaties. Deze dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen werd becommentarieerd door:

- Angst, dwang en Fobie stichting (<http://www.adfstichting.nl>)
 - Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
 - Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (<http://www.lve.nl>)
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; (<http://nvab.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (<http://www.nvvp.net>)
 - Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)
 - Stichting Pandora (<http://www.stichtingpandora.nl/>)
 - Vereniging Landelijk Platform GGz
 - Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (<http://www.vgct.nl>)
-

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte werd becommentarieerd door:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder (<http://www.cva-samenverder.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (<http://vra.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker werd becommentarieerd door:

- BorstkankerVereniging Nederland (<http://www.borstkanker.nl>)
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (<http://www.kankerpatient.nl>)
- Nederlandsche Internisten Vereeniging (<http://www.internisten.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (<http://www.nvmo.org>)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (<http://www.nvro.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)