
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Algemene inleiding

Overspanning

Depressieve stoornis





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen:*
Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis
Uw kenmerk : SV/AL/05/60669
Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-M3
Bijlagen : 1
Datum : 19 december 2006

Mijnheer de minister,

Ter beantwoording van uw adviesaanvraag d.d. 19 januari 2005 heb ik u op 22 juli van dat jaar het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg u de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. De eerste twee protocollen, *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct*, werden gepubliceerd op 30 november 2005. Sindsdien heb ik acht nieuwe werkgroepen ingesteld die, tezamen met de commissie WIA, de voorbereiding van de overige acht protocollen ter hand hebben genomen. De eerste twee hiervan, gewijd aan *Overspanning* en *Depressieve stoornis*, zijn thans gereed en bied ik u hierbij aan.

Sinds november vorig jaar heeft de structuur van de verzekeringsgeneeskundige protocollen een ontwikkeling doorgemaakt. De opzet van de beide protocollen die verschijnen in dit advies zal ook worden aangehouden in de zes begin volgend jaar te publiceren protocollen. De herziene structuur en de daarmee samenhangende gedachten over de rol die de protocollen kunnen spelen in de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening, worden toegelicht in de in dit advies opgenomen algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen. De Gezondheidsraad zal volgend jaar herziene versies van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct* uitbrengen die in overeenstemming zijn met de nieuwe opzet.

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



Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis*

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-M3

Pagina : 2

Datum : 19 december 2006

De beide protocollen die ik u hierbij aanbied zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door twee daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Nieuw is dat de protocollen in concept ter becommentariëring zijn voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties. Ik ben deze organisaties voor hun bijdragen 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

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Algemene inleiding
Overspanning
Depressieve stoornis

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2006/22, Den Haag, 19 december 2006

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: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/22.

auteursrecht voorbehouden

ISBN-10: 90-5549-629-4

ISBN-13: 978-90-5549-629-7

Inhoud

Samenvatting *11*

Algemene inleiding *13*

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning *29*

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning *37*

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis *71*

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis *77*

Bijlagen *115*

A De adviesaanvraag *117*

B De commissie *121*

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het derde en het vierde 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.

Tevens wordt in dit advies gepubliceerd de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. In deze inleiding komen enkele algemene aspecten, kenmerken en overwegingen aan de orde die gelden voor elk van de door de Gezondheidsraad uit te brengen protocollen. Achtereenvolgens passeren de revue: doel en domein van de protocollen; de in de protocollen geïmpliceerde opvatting van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek; structuur en functie van de protocollen; enkele overwegingen ten aanzien van de toepassing, evaluatie en herziening; en, ten slotte, de positionering van de protocollen ten opzichte van enkele andere documenten en activiteiten die (mede) gericht zijn op kwaliteitsbevordering van het verzekeringsgeneeskundig handelen. De afzonderlijke protocollen dienen in samenhang met de *Algemene inleiding* gelezen te worden.

Na het in juli 2005 verschenen advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* en het advies met de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct*, is dit advies met de protocollen *Overspanning* en *Depressieve stoornis* het derde dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader

van de invoering van de nieuwe wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Begin volgend jaar zal met de publicatie van de protocollen *Angststoornissen*, *Beroerte*, *Borstkanker*, *Chronische-vermoeidheidssyndroom*, *Lumbosacraal radiculair syndroom* en *Whiplash Associated Disorder* de reeks van tien protocollen gecompleteerd worden. Vervolgens zal de WIA-advisering door de Gezondheidsraad in het voorjaar van 2007 worden afgerond met een advies over verzekeringsgeneeskundige ‘mediprudentie’.

Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen

Op verzoek van de minister van SZW stelt de Gezondheidsraad verzekeringsgeneeskundige protocollen op voor tien diagnoses waarop in 2004, afgaand op toenmalige WAO-instroomcijfers, een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek was terug te voeren.

In deze *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen* komen enkele algemene aspecten, kenmerken en overwegingen aan de orde die gelden voor elk van deze door de Gezondheidsraad uit te brengen protocollen. Achtereenvolgens passeren de revue: doel en domein van de protocollen; de in de protocollen geïmpliceerde opvatting van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek; structuur en functie van de protocollen; enkele overwegingen ten aanzien van de toepassing, evaluatie en herziening; en, ten slotte, de positionering van de protocollen ten opzichte van enkele andere documenten en activiteiten die (mede) gericht zijn op kwaliteitsbevordering van het verzekeringsgeneeskundig handelen.

1 Doel en domein

De verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijk gefundeerde ondersteuning te bieden van het verzekeringsgeneeskundig handelen. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen. In de bijbehorende toelichtingen is de kennis waarop het protocol gebaseerd is, samengevat.

De verzekeringsgeneeskundige protocollen beperken zich tot dat deel van de verzekeringsgeneeskunde dat wordt beoefend in de context van de Nederlandse wetgeving die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid. Daarbinnen richten ze zich primair op de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts te vervullen heeft wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA, te weten:

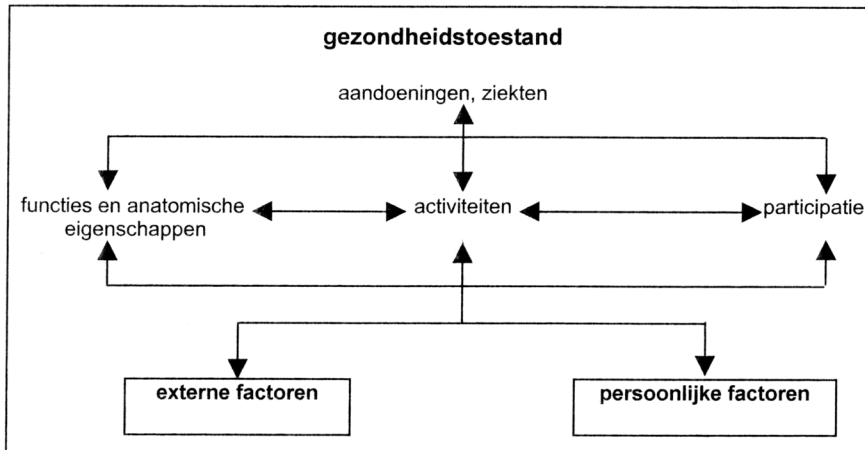
- de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis
- de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden
- de beoordeling van het te verwachten beloop en
- de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

Dezelfde of sterk verwante beoordelingstaken zijn aan de orde bij herbeoordelingen voor WIA of WAO en in het kader van de wet WAJONG.

Andere werkerreinen van de in de publieke sector werkzame verzekeringsarts, zoals de begeleidende ‘arborol’ die verzekeringsartsen vervullen voor uitzendkrachten en voor werknemers in de WW, worden in de protocollen niet expliciet behandeld. De kennis die in de protocollen en de bijbehorende toelichtingen is vevat, is in deze andere verzekeringsgeneeskundige functies echter eveneens toepasbaar.

2 Verzekeringsgeneeskundig onderzoek

De tweede beoordelingstaak, de beoordeling van de functionele mogelijkheden, is de centrale taak van de verzekeringsgeneeskunde. Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten uit 2000 (herzien in 2004) omschrijft deze taak als het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ter beantwoording van de vraag of en in hoeverre bij een werknemer die in aanmerking wenst te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, sprake is van “ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte of gebrek”. In het Schattingsbesluit, dat ook na de invoering van de wet WIA de wettelijke grondslag vormt van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek, is een bepaalde opvatting van dit onderzoek vastgelegd. Deze opvatting ligt aan de basis van de verzekeringsgeneeskundige protocollen. Hij rust op twee pijlers. De eerste pijler is een bepaalde visie op “ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte”. De tweede pijler is een visie op de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.



Figuur 1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren (bron: ICF, Nederlandse vertaling*).

Ziekte en de ICF

Het concept “ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte” in het Schattingsbesluit wordt in de bijbehorende Nota van toelichting uitgewerkt aan de hand van drie begrippen die ontleend zijn aan de in 1980 voor het eerst verschenen *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) van de WHO: de begrippen stoornis, beperking en handicap. Deze drie begrippen vertegenwoordigen drie niveaus van het mens-zijn waarop ziekte zich kan manifesteren. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dient zich te richten op al deze drie niveaus. “Ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte” kan volgens de Nota van toelichting alleen aan de orde zijn indien sprake is van een logische samenhang van stoornissen, beperkingen en handicaps.

De ICIDH werd in 2001 opgevolgd door de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF): “een taal die de termen bevat waarmee het menselijk functioneren kan worden beschreven” en daarmee tevens “een raamwerk voor het ordenen van gegevens” (Nederlandse vertaling, 2002)*. Centraal in de ICF staat een model van het menselijk functioneren (figuur 1), waarin de onderlinge relaties tussen stoornissen, beperkingen en handicaps (in de ICF-

* WHO-FIC Collaborating Centre. ICF, Nederlandse vertaling van de ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

terminologie: participatieproblemen) in beeld worden gebracht. De drie niveaus waarop ziekte zich manifesteert worden omschreven als

- het niveau van de functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen,
- het niveau van de activiteiten, de onderdelen van iemands handelen, waarop beperkingen aanwezig kunnen zijn, en
- het niveau van de participatie, waarop sprake kan zijn van participatieproblemen, i.e.: problemen met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De drie niveaus van het menselijk functioneren hangen niet alleen in onderlinge wisselwerking met elkaar samen, maar zijn ook verbonden met externe factoren (fysieke en sociale) en met persoonlijke factoren (bijvoorbeeld leeftijd, persoonlijkheid levensstijl), die zowel op het functioneren van invloed zijn als erdoor beïnvloed worden.

De verzekeringsarts maakt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van dit samenhangende, dynamische systeem van het menselijk organisme en zijn omgeving een momentopname. Is er op dit moment sprake van een consistente en plausibele samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen? Is dat het geval, dan kan er sprake zijn van “ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte” in de zin van het Schattingsbesluit.

Om na te kunnen gaan of bij iemand een dergelijke consistente en plausibele samenhang aan de orde is, is het van belang zicht te hebben op de externe en persoonlijke factoren die met het functioneren van de persoon verbonden zijn. De stoornissen, beperkingen en participatieproblemen doen zich altijd voor in een bepaalde persoon in een bepaalde omgeving. Al naar gelang de eigenschappen van die persoon en omgeving kan de samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen verschillende gedaanten aannemen. Mede daarom is de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling altijd een individuele beoordeling. Soms zal blijken dat in het ontstaan of voortbestaan van een samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen externe en persoonlijke factoren, zoals gebrek aan sociale steun, inactiviteit, persoonlijkheidskenmerken, ambities, copingstijlen enzovoort, een belangrijke rol spelen. Dat is geen reden om, wanneer is vastgesteld dat van een dergelijke samenhang sprake is, de omvang van de beperkingen als geringer te beoordelen dan wanneer niet of nauwelijks aanwijsbare persoonlijke of externe factoren in het geding zouden zijn geweest. De beoordeling van de functionele mogelijkheden is een momentopname, waarbij de etiologie van eventuele beperkingen geen andere rol speelt dan die van een mogelijke verklaring.

Hoewel in de tien door de Gezondheidsraad te publiceren verzekeringsgeneeskundige protocollen het ICF-model een belangrijke rol speelt, zijn in de protocollen waar het gaat over specifieke stoornissen, beperkingen en participatieproblemen veel termen terug te vinden, die niet aan de ICF ontleend zijn. In de professionele richtlijnen waarbij de protocollen aansluiten en ook in de oorspronkelijke wetenschappelijke literatuur, wordt nog slechts sporadisch gebruik gemaakt van de ICF-terminologie. De meeste kennis over de specifieke stoornissen, beperkingen en participatieproblemen bij verschillende aandoeningen is gevat in termen en begrippen die niet precies zo in de ICF zijn terug te vinden. Dat de protocollen in dit opzicht aansluiten bij de huidige stand van de professionele en wetenschappelijke ontwikkelingen doet echter niets af aan het feit dat bij de protocolontwikkeling het ICF-model een belangrijk oriëntatiepunt is geweest.

Kwaliteit

In het Schattingsbesluit is vastgelegd dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet voldoen aan de vereisten van

- toetsbaarheid: onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies moeten schriftelijk worden vastgelegd;
- reproduceerbaarheid: een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden; en
- consistentie: de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dienen vrij te zijn van innerlijke tegenspraak.

Bovendien moet het vaststellen van de ongeschiktheid tot werken op een medisch verantwoorde wijze gebeuren. De toegepaste onderzoeksmethoden dienen onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd te zijn. Deze eis is uitgewerkt in de verzekeringsgeneeskundige standaard *Onderzoeksmethoden*. Het beoordelingsgesprek, dat uitgaat van de claim van de betrokkene en de argumenten die deze daarvoor aanvoert – conform het principe van de argumentatieve claimbeoordeling –, neemt hierin een centrale plaats in.

Uitgaand van deze visie op de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn in de protocollen en de bijbehorende toelichtingen de aan de medische kennis over een bepaalde diagnose te ontleen inzichten bijeengebracht die voor de uitvoering van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek van belang zijn. De protocollen bieden daarmee, conform de doelstelling, een ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming – en niet meer dan dat. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling is en blijft, ook met de protocol-

len onder handbereik, een kwestie van professionele oordeelsvorming, conform de richtlijnen vastgelegd in het Schattingsbesluit.

3 Structuur en functie

De verzekeringsgeneeskundige protocollen bestaan uit twee delen. Deel *A Onderzoek*, dat is geënt op de verzekeringsgeneeskundige standaard *Onderzoeksmethoden*, gaat in op de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Deel *B Beoordeling* behandelt vervolgens de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts, op basis van de verzamelde gegevens, te vervullen heeft. Elk protocol gaat vergezeld van een *Toelichting* waarin de kennis waarop het protocol is gebaseerd, is samengevat.

A Onderzoek

Oriëntatie op aanwezige gegevens

In het protocol wordt in deel *A Onderzoek* allereerst, onder *Oriëntatie op aanwezige gegevens*, een reeks vragen geformuleerd aan de hand waarvan de verzekeringsarts zich een beeld kan vormen van relevante aspecten van de voorgeschiedenis van de werknemer. Niet alle vragen zijn in alle gevallen van even groot belang. De verzekeringsarts zal zich, afhankelijk van zijn bevindingen, in bepaalde aspecten van de voorgeschiedenis meer of minder verdiepen.

Uitgangspunt is dat een groot deel van de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen is toe te schrijven aan veelvoorkomende aandoeningen die bij verreweg de meeste mensen niet leiden tot twee jaar aaneengesloten ziekteverzuim. Dit roept de vraag op waardoor bij de werknemers die wél aan de poort van de WIA komen, herstel en werkhervatting gestagneerd zijn. De in de protocollen geformuleerde aandachtspunten kunnen de verzekeringsarts helpen bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel. Sommige zijn algemeen van aard en zijn dus in alle protocollen terug te vinden, andere zijn gebaseerd op de huidige inzichten omtrent de adequate behandeling en begeleiding bij de diagnose in kwestie, weer andere op onderzoek naar factoren die herstel en werkhervatting bij deze diagnose begunstigen dan wel belemmeren. Door te analyseren waardoor de stagnatie veroorzaakt is, wordt tevens duidelijk of er in het vastgelopen herstelproces kansen zijn gemist die mogelijk alsnog benut kunnen worden.

Beoordelingsgesprek en medisch onderzoek

Het onderzoeksdeel van het protocol vervolgt, conform de standaard *Onderzoeksmethoden*, met het *Beoordelingsgesprek* en het *Medisch onderzoek*, waarin de anamnese een prominente plaats inneemt.

Beoordelingsgesprek en anamnese zijn gespreksvormen die elkaar deels overlappen. De volgorde is arbitrair. In het beoordelingsgesprek wordt het uitgangspunt van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de claim en de argumenten daarvoor, geformuleerd, geëxploreerd en getoetst. De anamnese is erop gericht duidelijkheid te krijgen over wat er medisch gezien aan de hand is. Informatie over klachten en functioneringsproblemen is van belang voor zowel beoordeling als diagnostiek. In de praktijk zal de verzekeringsarts ook in deze fase ten aanzien van volgorde en diepgang van zijn onderzoek, afhankelijk van de situatie, eigen keuzen maken. Daarbij zijn voor hem de kwaliteit en actualiteit van de reeds aanwezige medische informatie belangrijke overwegingen.

In de protocollen wordt aan goede diagnostiek veel belang gehecht. Een diagnose is een noch noodzakelijke, noch voldoende voorwaarde voor een aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dat neemt niet weg dat diagnosticeren, het beoordelen wat er medisch gezien aan de hand is met de patiënt, een belangrijk aspect is van het medisch handelen van artsen in het algemeen en ook van dat van verzekeringsartsen. Het toetsen van de al gestelde en zo nodig zelf stellen van de juiste diagnoses – waarbij het niet alleen gaat om de aandoening waarmee de werknemer bij de verzekeringsarts wordt aangemeld, maar ook om soms recent ontstane comorbiditeit – is een actief onderzoeksproces dat begint met de klachten van de patiënt en met de symptomen die door de arts worden waargenomen. Het wordt van meet af aan mede gestuurd door de diagnostische kennis van de arts: kennis over de diagnostische waarde van klachten en symptomen en over statistische, pathofysiologische en psychologische verbanden tussen verschillende diagnostisch relevante verschijnselen. De gestelde diagnoses vormen vervolgens voor de verzekeringsarts de brug naar de kennis omtrent etiologie, ziektemechanismen, prognose en behandeling die bij deze werknemer relevant is. Een goed beeld van wat er met de werknemer aan de hand is, is van groot belang om de uitspraken van de patiënt over de klachten en beperkingen die hij in zijn dagelijks leven zelf ervaart goed te kunnen interpreteren en wegen en om mogelijke beperkingen op het spoor te komen die niet als zodanig door de patiënt ervaren worden. Het is ook essentieel om het beeld van met elkaar samenhangende stoornissen, beperkingen en participatieproblemen dat uit het dossier en het verzekeringsgeneeskundig onderzoek naar voren komt, in het licht van de

relevante medische kennis op consistentie en plausibiliteit te kunnen beoordelen en om prognostische uitspraken te kunnen doen.

Overleg met en onderzoek door derden

Het onderzoeksdeel van het protocol wordt afgesloten met de onderdelen *Overleg met derden* en *Onderzoek door derden*, waarbij voor zover mogelijk de indicaties voor het toepassen van deze vormen van aanvullende informatieverzameling gespecificeerd worden.

B Beoordeling

Sociaal-medische voorgeschiedenis

In deel *B Beoordeling* noemt het protocol als eerste beoordelingstaak van de verzekeringsarts de beoordeling van de *Sociaal-medische voorgeschiedenis*. Het kernpunt is hier de analyse van de stagnatie van herstel en werkhervatting. De uitkomsten van deze beoordeling spelen een rol in het evalueren van de medische aspecten van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode (de ‘poortwachertoets’),* in het opbouwen van een consistent en plausibel beeld van de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die bij de werknemer in het geding zijn, in het stellen van de prognose en in het beoordelen van de huidige behandeling en begeleiding. Ze kunnen ook leiden tot feedback aan bedrijfsarts en behandelaars die bij het voortraject betrokken waren.

Functionele mogelijkheden

De volgende beoordelingstaak, de beoordeling van de *Functionele mogelijkheden*, is de kerntaak van de verzekeringsarts. In de formulering van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (art.3):

- 1 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek strekt ertoe vast te stellen of betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken.

* Voor de thans geldende omschrijving van de ‘poortwachertoets’ zie het besluit *Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter*, met de daarbij behorende bijlage, het *Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen* (Staatscourant 16 november 2006, nr. 224, p 34).

- 2 Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.
- 3 Tevens stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren ondervindt ten gevolge van het verlies of vermindering van vermogens, bedoeld in het tweede lid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid.

Kort gezegd: de verzekeringsarts staat voor de taak vast te stellen of en in hoeverre iemands functionele mogelijkheden tot het verrichten van arbeid beperkt zijn door ziekte of gebrek.

Op dit punt formuleren de protocollen enkele overwegingen die bij de diagnose in kwestie van bijzonder belang zijn. Ze geven vaak ook een lijstje van aspecten van het menselijk functioneren die bij die diagnose speciale aandacht verdienen (waarmee dus geenszins is gezegd dat ook op al die aspecten beperkingen zouden moeten worden aangenomen).

Te verwachten beloop

De derde beoordelingstaak is het beoordelen van het *te verwachten beloop* of, met andere woorden, het stellen van de prognose. De prognose is van belang voor de door de WIA vereiste beoordeling van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid, voor de beoordeling van behandeling en begeleiding en voor de planning van herbeoordelingen.

Behandeling en begeleiding

De vierde beoordelingstaak, de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding, is een tot nu toe niet expliciet als zodanig benoemde taak die vraagt om een wat ruimere toelichting.

Ten tijde van de beoordeling na twee jaar ziekteverzuim is er een grote variatie in de mate waarin betrokkenen contact onderhouden met bedrijfsartsen en behandelaars. Sommigen worden intensief behandeld en begeleid, anderen hebben al maanden met geen enkele zorgverlener contact gehad. De verzekeringsarts kan dus de eerste in maanden zijn die de gezondheidstoestand van de betrokkene in relatie tot zijn mogelijkheden tot werkhervatting vanuit een professioneel medisch oogpunt overziet. Bovendien is hij in de regel de eerste, niet eerder bij de ziektegeschiedenis betrokken medische deskundige die na twee jaar ziekteverzuim in de positie is om zich een onafhankelijk oordeel te vormen over de

voorgeschiedenis, de actuele toestand en de vooruitzichten van de persoon in kwestie.

Deze omstandigheden brengen voor de verzekeringsarts mogelijkheden en verantwoordelijkheden met zich mee. Bovendien is het UWV op grond van de WIA verplicht om voor iemand die in aanmerking komt voor een uitkering op grond van de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) van de WIA, in samenspraak met de WGA-uitkeringsgerechtigde, een zogeheten re-integratievisie vast te stellen en deze periodiek te evalueren en bij te stellen. De uitkeringsgerechtigde, van zijn kant, is verplicht zich in te spannen om zijn mogelijkheden tot het verrichten van arbeid te behouden of te verruimen en dient in dat verband onder meer “zich geneeskundig te laten behandelen of aanwijzingen van een arts op te volgen” indien het UWV (of de eigenrisicodragers) daartoe opdracht geeft. Het lijkt voor de hand te liggen, al staat dat niet met zoveel woorden in de wet, dat de beoordelende verzekeringsarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan deze door het UWV op te stellen re-integratievisie, wanneer er kansen zijn om de arbeidsmogelijkheden van de betrokkene door middel van (betere) behandeling en begeleiding te verruimen. In de protocollen wordt ervan uitgegaan dat de verzekeringsarts zo nodig, in het verlengde hiervan, in overleg treedt met betrokkene en diens behandelaar(s) en begeleider(s), om te komen tot een medisch plan van aanpak, waarbij de verantwoordelijkheid voor de behandeling vanzelfsprekend bij de behandelaars blijft liggen. De verzekeringsarts kan de uitvoering van het plan evalueren tijdens de door hemzelf te plannen herbeoordelingen in het kader van de WGA.

Ook wanneer iemand niet in aanmerking komt voor de WGA liggen er soms voor de verzekeringsarts relevante mogelijkheden – en dus verantwoordelijkheden. Dat geldt zeker bij iemand met een “geringe kans op herstel” die een uitkering ontvangt op grond van de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) van de WIA. Deze subcategorie van IVA-uitkeringsgerechtigden moet volgens de wet de eerste vijf jaar jaarlijks opnieuw beoordeeld worden. Dit geeft de mogelijkheid om nieuw ontstane perspectieven op verbetering van de gezondheidstoestand te signaleren en aan te grijpen. Maar ook iemand die niet voor inkomensondersteuning in aanmerking komt, bijvoorbeeld omdat zijn arbeidsongeschiktheidspercentage lager is dan 35 procent, kan baat hebben bij een deskundig advies van de verzekeringsarts. De protocollen wijzen de verzekeringsarts op dit punt opnieuw op het belang van een goede analyse van de stagnatie van het herstel. Inzicht in de wijze waarop herstel en werkhervatting voordien gestagneerd is en kennis over behandelingsmogelijkheden – zoals in kort bestek uiteengezet in de toelichting bij de protocollen – kunnen de weg wijzen naar mogelijkheden om het herstelproces alsnog vlot te trekken.

Welke initiatieven de verzekeringsarts ook ontplooit ten aanzien van behandeling en begeleiding, zijn rol blijft primair die van beoordelaar. Dat neemt niet weg dat hij soms, met respect voor de autonomie van patiënten en de professionele verantwoordelijkheid van behandelaars en begeleiders, niet mis te verstane signalen zal moeten afgeven: wanneer duidelijke kansen in de behandeling zijn gemist, wanneer de lopende behandeling of begeleiding in strijd is met geldende professionele richtlijnen of wanneer een patiënt, tot zijn schade, elk contact met zorgverleners verloren heeft. Natuurlijk treedt de verzekeringsarts niet in overleg met behandelaars en begeleiders zonder dat hij zijn voornemen met de patiënt heeft besproken en diens toestemming gekregen heeft. Daarbij zal met regelmaat de communicatie tussen verzekeringsarts en patiënt overeenkomsten vertonen met die tussen een patiënt en diens begeleider of behandelaar. Maar daarmee houdt de overeenkomst op: de verzekeringsarts blijft beoordelaar. De protocollen dichten hem niet de rol toe van een behandelaar of begeleider.

Toelichting

In het protocol verwijzen nummers tussen haakjes naar hoofdstukken en paragrafen in de bijbehorende *Toelichting*, die zelf een meer traditionele, door de aard van de erin samengevatte medische kennis ingegeven structuur kent dan het verzekeringsgeneeskundig gestructureerde protocol. De toelichting geeft een overzicht van de medische kennis die voor verzekeringsartsen van belang is. Kennisname van de toelichting is noodzakelijk voor een goed begrip van het protocol.

4 Toepassing, evaluatie en herziening

De protocollen en de daarbij behorende toelichtingen zijn documenten ter ondersteuning van het professionele verzekeringsgeneeskundig handelen. Ze bevatten kennis over ontstaan van aandoeningen, over diagnostiek, behandeling en begeleiding, aandachtspunten bij onderzoek en beoordeling en aanbevelingen die de nodige ruimte laten voor de zelfstandige professionele oordeelsvorming van verzekeringsartsen. Gedetailleerde handelingsvoorschriften ontbreken. Ook worden geen eenduidige relaties gelegd tussen specifieke onderzoeksbevindingen en de aan- of afwezigheid van bepaalde beperkingen. Al met al wordt het werk van verzekeringsartsen er niet gemakkelijker op – van ‘kookboekgeneeskunde’ is geen sprake –, maar de commissie verwacht dat de protocollen de systematiek, de inhoudelijke onderbouwing en daarmee de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen ten goede komen.

Voorwaarde daarvoor is dat verzekeringsartsen zich de protocollen eigen maken. Zij zullen de deels nieuwe kennis van de protocollen moeten integreren in hun bestaande – onder invloed van oudere kennis, praktijkervaring en praktische omstandigheden gegroeide – denkgewoonten en handelingspatronen. Dat is een lastig proces, dat meer behelst dan ‘aanvullen’ van oude met nieuwe kennis. Een actieve herbezinning op eigen ervaringskennis en routines is noodzakelijk om nieuwe inzichten in reeds opgebouwde professionele kennis en kunde in te kunnen vouwen.

De commissie stelt vast dat dit hoge eisen stelt aan de wijze waarop de protocollen in de praktijk worden ingevoerd en dat er tijd nodig is om dit proces zijn beslag te laten krijgen. Zij constateert tevens dat de rol van de Gezondheidsraad in dit opzicht slechts bescheiden kan zijn. De professionele en uitvoeringsorganisaties zullen hier het voortouw moeten nemen. Hetzelfde geldt voor de evaluatie van de effecten van de protocollen op de verzekeringsgeneeskundige praktijk en voor de herziening van de protocollen, wanneer nieuwe wetenschappelijke of professionele inzichten daartoe aanleiding geven. Zoals alle instrumenten in een dynamisch, professioneel kwaliteitssysteem, hebben ook de verzekeringsgeneeskundige protocollen een voorlopig karakter. De commissie hecht aan evaluatie en herziening groot belang, maar stelt tegelijk vast dat in de toekomst een actieve rol van de Gezondheidsraad ook op deze punten niet voor de hand ligt.

5 Positionering

Verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen

De protocollen beogen een aanvulling te zijn op bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen. Tot de verzekeringsgeneeskundige richtlijnen behoren onder meer de richtlijnen *Geen duurzaam benutbare mogelijkheden* en *Medisch arbeidsongeschiktheids criterium* uit 1996 (in het jaar 2000 gecodificeerd in, en officieel vervangen door, het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten) en de standaard *Onderzoeksmethoden* (2000). Van de door het UWV vastgestelde beleidsregels voor de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen zijn in verband met de verzekeringsgeneeskundige protocollen onder andere van belang de *Beleidsregels beoordelingskader poortwachter* (2002, gewijzigd in 2005 en op 17 oktober 2006), met de daarbij behorende bijlage, het *Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen*. De verzekeringsgeneeskundige ‘gespreksmodellen’ zijn het ‘methodisch beoordelingsgesprek’, de ‘belastbaarheidsgerichte beoordeling’ en

de ‘multicausale analyse’. In deze modellen wordt een wijze van verzekeringsgeneeskundige gespreksvoering gekoppeld aan een wijze van bewijsvoering.

De inhoud van de verzekeringsgeneeskundige protocollen interfereert niet met deze richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen, al leggen de protocollen op sommige punten andere accenten.

Mediprudentie

De totstandkoming van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van mediprudentie – “een voor alle betrokkenen toegankelijke verzameling van schriftelijk vastgelegde en becommentarieerde arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen” – zijn twee parallelle ontwikkelingen die elkaar aanvullen en versterken. De protocollen ondersteunen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in de praktijk door relevante kennis voor verzekeringsartsen toegankelijk te maken. De analyse van verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kan vervolgens duidelijk maken welke rol deze kennis in de beoordeling van concrete casus kan spelen en hoe lacunes in de kennis door het professionele oordeel van de verzekeringsarts kunnen worden overbrugd. Mediprudentie kan zo de toepassing van de in de protocollen samengevatte kennis bevorderen, maar tevens leiden tot bijstelling van de protocollen, door het signaleren van bijvoorbeeld kennislacunes of nog niet eerder geëxpliciteerde professionele inzichten.

Hoewel op termijn een toenemend aandeel van de ziektegevallen die de poort van de WIA bereiken, bestreken zal worden door verzekeringsgeneeskundige protocollen, zal het – net als in de curatieve sector – niet mogelijk zijn om voor alle relevante aandoeningen dergelijke protocollen te ontwikkelen. Ook de niet door protocollen gedekte beoordelingen zullen echter profiteren van een meer op toepassing van wetenschappelijke *evidence* gerichte denk- en werkwijze van verzekeringsartsen. Bovendien zal de groeiende mediprudentie naar verwachting inzichten opleveren die bij uiteenlopende diagnoses kunnen worden toegepast.

3B-richtlijnen

De commissie karakteriseerde in het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden* 3B-richtlijnen als door de betrokken beroepsgroepen gedragen, overkoepelende, discipline overstijgende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding bij gezondheidsproblemen die leiden tot ziekteverzuim. De 3B-richtlijnen zouden als leidraad kunnen dienen bij de ontwikkeling of herziening van disciplinespecifieke richtlijnen. Omgekeerd zouden bestaande richtlijnen een bijdrage

kunnen leveren aan de totstandkoming van 3B-richtlijnen. Hetzelfde geldt voor de nu gepresenteerde verzekeringsgeneeskundige protocollen.

De commissie zou graag zien dat de ontwikkeling van toekomstige verzekeringsgeneeskundige protocollen zo spoedig mogelijk gaat plaatsvinden in samenhang met een door alle betrokken beroepsgroepen gedragen ontwikkeling van 3B-richtlijnen. In de 3B-richtlijnen zal dan ook de rol van de verzekeringsarts tijdens de eerste twee ziektejaren – in de ‘arborol’, bij het invoeren van een deskundigenoordeel en bij het zogeheten opschudmoment – behandeld moeten worden.

Wetenschappelijk onderzoek

De nu gepresenteerde verzekeringsgeneeskundige protocollen ontleen hun zeggingskracht ten eerste aan de bestaande richtlijnen waarvan bij de ontwikkeling werd uitgegaan en, ten tweede, aan de deskundigheid van de werkgroepleden. De wetenschappelijke status van de protocollen is daarmee vergelijkbaar met die van de eraan ten grondslag liggende professionele richtlijnen, die op hun beurt gebaseerd zijn op systematisch vergaarde en gewogen wetenschappelijke *evidence* en de daarop gebaseerde discussie en meningsvorming in een groep deskundigen vanuit de betrokken zorgdisciplines en, in een aantal gevallen, patiëntenorganisaties. De protocollen onderscheiden zich in dit opzicht van de gebruikelijke adviezen van de Gezondheidsraad, die in de regel gestoeld zijn op een eigen inventarisatie, weging en synthese van de meest actuele wetenschappelijke inzichten door (een commissie van) de raad.

Een belangrijke functie van de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen – en van professionele medische richtlijnen in het algemeen – kan zijn: het identificeren van leemten in de beschikbare wetenschappelijke kennis. De nu ontwikkelde protocollen bevestigen de relevantie van eerder door de Raad voor Gezondheidsonderzoek geïdentificeerde prioriteiten in het onderzoek ter wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, zoals de ontwikkeling van *evidence based* methoden voor arbeidsgeschiedheidsbeoordeling en prognosestelling en de samenhang tussen persoonlijkheidsstructuur en arbeidsongeschiktheid.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning

Verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning

- 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.

Overspanning is een multifactorieel bepaalde toestand die ontstaat als reactie op een externe stressor en die wordt gekenmerkt door 1) het falen van het vermogen om stress het hoofd te bieden (controleverlies), 2) spanningsklachten, waaronder gevoelens van onmacht en demoralisatie, en 3) een aanzienlijke verstoring van het sociaal functioneren.(2.1) * Deze omschrijving omvat het beeld 'burn-out'.

Overspanning zonder comorbiditeit of complicatie zal slechts hoogst zelden leiden tot twee jaar ziekteverzuim. Door de hoge incidentie van overspanning doet dit soort zeldzame gevallen zich in de praktijk echter wel voor.

* 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 vormt de verzekeringsarts zich een indruk van de voorgeschiedenis van de werknemer. Wanneer de overspanning langer dan zes maanden geleden is ontstaan (en niet pas recent, in aansluiting op een andere aandoening, bijvoorbeeld kanker), richt deze oriëntatie zich op beantwoording van de vraag waarom functioneel herstel is uitgebleven. De verzekeringsarts gaat na:

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Wat waren aard en ernst van controleverlies, 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 kort verzuim) en, zo ja, welke?
 - Diagnose en behandeling:
 - Heeft een brede probleemoriëntatie plaatsgevonden, waarbij predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren bij de werknemer en in zijn privé- en werkomgeving in beeld gekomen zijn? (4.1)
 - Welke problemdiagnose en klinische diagnose(n) zijn gesteld en zijn deze gedurende het verzuim geëvalueerd en zo nodig herzien? (4.2, 4.3)
 - Heeft een activerende, probleemgerichte behandeling plaatsgevonden, gericht op het doorlopen van het uit drie fasen bestaande herstelproces? (4.4)
 - Is het herstelproces actief bewaakt en is tijdig en met passende interventies gereageerd op stagnatie van het herstel?
 - Heeft overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts?
 - Is verwijzing naar tweedelijns zorg overwogen en zo nodig gerealiseerd?
 - Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld en de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer gedaan om zijn problemen de baas te worden?
 - Probleemoplossend gedrag werkomgeving:
 - Heeft de werkgever/werkomgeving de problemen die overspanning (mede) veroorzaakten, bijvoorbeeld conflicten, hoge eisen, reorganisatie, gebrek aan loopbaanmogelijkheden, regelruimte of sociale steun, in kaart gebracht?
 - Heeft de werkomgeving hierbij zo nodig hulp ingeschakeld?
-

- Wat heeft de werkomgeving gedaan om deze problemen de baas te worden?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
 - Was sprake van herstelbelemmerende factoren bij de werknemer of in diens privé-omgeving, zoals levensgebeurtenissen, rigiditeit, ontoereikende copingvaardigheden, irrationele gedachten, hoog ambitieniveau, loopbaanproblematiek, comorbiditeit? (3.1, 3.2)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk:
 - Was in het werk sprake van factoren die werkhervatting in de weg staan, zoals disfunctionele ideeën en attitudes bij collega's en leidinggevenden of afwezigheid van een adequaat verzuim- en werkhervattingsbeleid? (3.2)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?
- Werkhervatting:
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat een overspannen patiënt zijn verhaal vaak goed lopend en gestructureerd kan vertellen. Hij heeft zijn verhaal al diverse malen verteld en heeft vaak voor zichzelf een goede verklaring gevonden voor zijn problemen. Hierdoor kan hij de indruk wekken dat hij de controle weer herwonnen heeft en kan een discrepantie ontstaan tussen de presentatie in de spreekkamer en de ernst van de beperkingen. Doordat de patiënt vreest dat zijn beperkingen geen erkenning zullen vinden, kan hij echter ook geneigd zijn zijn klachten nadrukkelijk te presenteren.

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:
-

- zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk en sociaal functioneren
- de oorzaken van de klachten en beperkingen
- de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
- zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
- zijn huidige behandeling
- 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 voorgeschiedenis en biografie, 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
- actuele stressoren en herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving (3.2)
- relevante (herstelbelemmerende) persoonlijkheidskenmerken (3.1, 3.2)
- actueel probleemoplossend en herstelgedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op

- Diagnostiek van overspanning: de verzekeringsarts gaat na of de diagnose overspanning op de werknemer van toepassing is (2.1, 4.2)
- Het bepalen van aard en ernst van controleverlies, klachten en symptomen (2.1, 4.2)
- Differentiële diagnostiek en signaleren van eventuele comorbiditeit (4.3)

De verzekeringsarts is speciaal alert op:

- depressieve stoornis
- angststoornis
- rouw
- somatisatie
- middelenmisbruik.

Bij aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen verricht de verzekeringsarts gericht anamnestic, lichamelijk of aanvullend onderzoek.

In het geval van een recent ontstane overspanning zal eigen diagnostisch onderzoek in het algemeen volstaan. Ook bij langer bestaande problematiek kan eigen diagnostisch onderzoek volstaan, indien behandeling en begeleiding veel te

wensen hebben overgelaten, maar de complexiteit van de problematiek niet is toegenomen.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt psychiatrische of psychologische expertise in te roepen in geval van:

- ernstige twijfel over de diagnose(n), voor zover relevant voor het beoordelen van de beperkingen en de prognose
- gefundeerde twijfel over nog te benutten behandelingsmogelijkheden. Zulke twijfel kan zich bijvoorbeeld voordoen als
 - twijfel bestaat over de juistheid van de behandeling tot nu toe
 - ondanks adequate behandeling en begeleiding het herstel langdurig gestagneerd is
 - behandeling en begeleiding veel te wensen overlieten en de complexiteit van de problematiek in de loop der tijd gegroeid is
 - er vragen zijn over achterliggende persoonlijkheidsproblematiek.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

Mits goed behandeld en begeleid, kan circa 95% van de mensen die een overspanning doormaken binnen een half jaar weer normaal functioneren. Na één jaar is dit opgelopen tot ruim 99%.^(3.3) In die wetenschap vormt de verzekeringsarts 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)

Overspanning zonder persoonlijkheidsproblematiek en zonder ernstige complicatie, zoals een depressieve, angst- of somatoforme stoornis, zal slechts hoogst zelden leiden tot twee jaar ziekteverzuim. Dit soort zeldzame gevallen doet zich

echter, door de hoge incidentie van overspanning, in de praktijk wel degelijk voor.(3.3) Soms is dan een langdurig voortbestaande stressor of reeks van stressoren in het spel, bijvoorbeeld een keten van in elkaar grijpende reorganisaties. Maar altijd spelen ook andere factoren een rol die mede bepalen dat deze persoon in deze situatie zijn controle niet herwint.(3.2)

Verder kan er sprake zijn van recent ontstane overspanning, ontwikkeld in aansluiting op een andere ziekte die de reden vormde voor het begin van het ziekteverzuim.

In de crisisfase van een overspanning, wanneer de werknemer wordt beheerst door gevoelens van onmacht en demoralisatie, is het vermogen om te werken in de regel duidelijk beperkt. Als het herstelproces in een vroeg stadium stagneert, kunnen beperkingen ten gevolge van moeheid, energiegebrek, concentratieproblemen en prikkelbaarheid nog lang blijven bestaan.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden zijn:

- Persoonlijk functioneren:
 - concentreren van de aandacht
 - verdelen van de aandacht
 - doelmatig handelen (taakuitvoering)
 - zelfstandig handelen (zelfstandige taakuitvoering)
 - specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid.
- Sociaal functioneren:
 - emotionele problemen van anderen hanteren
 - omgaan met conflicten
 - samenwerken
 - specifieke voorwaarden voor sociaal functioneren in arbeid.
- Werktijden:
 - perioden van het etmaal
 - uren per dag
 - uren per week.

3 Te verwachten beloop

- Na twee jaar ziekteverzuim zal in de regel behalve van overspanning ook sprake zijn van een (resttoestand van een) andere aandoening. Een ongecompliceerd beloop van de overspanning ligt dan niet meer voor de hand.
 - De prognose van een langer bestaande overspanning is beter wanneer er iets gedaan kan worden aan de oorzaken van de stagnatie van het herstel. De stagnatie is in de regel te doorbreken als sprake is van inadequate behandeling en
-

begeleiding, comorbiditeit of een opeenstapeling van ernstige levensgebeurtenissen, waarbij alsnog een adequate behandeling en begeleiding kan worden ingezet.

- Herstel van het normale functioneren is minder waarschijnlijk wanneer de overspanning vooral lijkt te wortelen in een combinatie van contraproductieve cognities, persoonskenmerken, een zwak sociaal systeem en een (combinatie van) chronische stressor(en), bijvoorbeeld in het werk, die door de werknemer niet te beïnvloeden is.

4 Behandeling en begeleiding

- In geval van een recent ontstane overspanning verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer wordt behandeld en begeleid conform de bestaande richtlijnen.(4.4)
- In geval van een langer bestaande overspanning overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts of een andere behandelaar 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 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 Overspanning

1	Inleiding <i>39</i>
2	De aandoening <i>41</i>
2.1	Kenmerken <i>41</i>
2.2	Epidemiologie <i>43</i>
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid <i>44</i>
3	Ontstaan en beloop <i>45</i>
3.1	Ontstaan <i>45</i>
3.2	Risicofactoren <i>47</i>
3.3	Beloop <i>48</i>
4	Diagnose en behandeling <i>49</i>
4.1	Probleemoriëntatie en -diagnose <i>49</i>
4.2	Diagnose <i>50</i>
4.3	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit <i>50</i>
4.4	Behandeling <i>54</i>
5	Werkhervatting <i>59</i>
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling <i>61</i>
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis <i>61</i>

6.2	Functionele mogelijkheden	62
6.3	Te verwachten beloop	63
6.4	Behandeling en begeleiding	64
<hr/>		
	Literatuur	65

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met een overspanning. 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 overspannen werknemer, 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 richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten* van de NVAB, de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afpspraak (LESA) *Overspanning*, de NHG-standaarden *Depressieve stoornis* en *Angststoornissen* en de multidisciplinaire richtlijnen *Depressie* en *Angststoornissen*.¹⁻⁶

De verzekeringsgeneeskundige protocollen *Overspanning*, *Depressieve stoornis* en *Angststoornissen* 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’.⁷

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning* 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 *overspanning* wordt in dit protocol verstaan de multifactorieel bepaalde toestand die ontstaat als reactie op een externe stressor en die wordt gekenmerkt door het falen van het vermogen om stress het hoofd te bieden (controleverlies), spanningsklachten, waaronder gevoelens van onmacht en demoralisatie, en een aanzienlijke verstoring van het sociaal functioneren.^{2,8,9} Het controleverlies, de klachten en het sociaal disfunctioneren zijn geen directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening en zijn niet toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis anders dan een aanpassingsstoornis, zoals een depressie of angststoornis.

Stress wordt hier opgevat als: het proces dat zich afspeelt in het menselijk organisme als reactie op stressoren in de leefomgeving en veranderende levensomstandigheden.*

Spanningsklachten zijn de algemeen voorkomende symptomen van stress, meestal van voorbijgaande aard, die het sociaal functioneren niet ernstig verstoren zolang ze niet gepaard gaan met het controleverlies dat kenmerkend is voor de overspanning. Er zijn psychische spanningsklachten, zoals onrustig slapen,

* De term stress wordt hier dus niet gebruikt voor de (negatieve) gevolgen van stress (de spanningsklachten), voor de oorzaken van stress (de stressoren) of voor het model dat stressoren, stress, perceptie van stress, coping en spanningsklachten in hun onderlinge samenhang in beeld brengt (het stressmodel).

gespannenheid, prikkelbaarheid en piekeren, en lichamelijke, zoals hoofdpijn, duizeligheid, nek- en rugpijn. Vrijwel elke lichamelijke klacht kan een spanningsklacht zijn. Spanningsklachten zijn vaak vaag omschreven en wisselend (zie ook 4.3.1).

Controleverlies is het centrale kenmerk van overspanning. Het doet zich voor wanneer de totale draaglast van een werknemer zijn draagkracht overstijgt. Hij verliest dan de controle over de interactie met zijn omgeving. Copingstrategieën die tot dan toe succesvol waren, schieten tekort. De werknemer ziet geen mogelijkheden de situatie te hanteren. Hij *kán* niet anders dan het ‘op te geven’. Uitspraken als “het gaat gewoon niet meer”, “ik kan het niet meer aan” en “ik ben helemaal op” zijn typerend voor de crisis die de overspannen werknemer ervaart. Deze crisis roept cognities en gevoelens van machteloosheid en angst op.⁹

Onder controleverlies wordt hier niet verstaan het verlies van controle over impulsen of capaciteiten die zich kan voordoen bij psychiatrische toestandsbeelden. Het gaat om het verlies van de controle over de interactie met de omgeving. Het is dan ook een interactioneel fenomeen, dat niet alleen bepaald wordt door kenmerken van het individu, maar ook door kenmerken van de omgeving, zoals regelruimte en sociale steun.

Het controleverlies kan meer of minder ernstig zijn. Het betreft bijna altijd de werkrol, maar is vaak gegeneraliseerd naar andere sociale rollen. De controle wordt geleidelijk herwonnen door eerst tot rust te komen, dan de problemen te erkennen die aan het controleverlies ten grondslag liggen en vervolgens oplossingen voor die problemen te vinden.

Overspanning wordt terecht beschouwd als een licht, ‘eerstelijns’ ziektebeeld. De mogelijke consequenties zijn echter allerminst onschuldig. Vóór invoering van de Wet Verbetering poortwachter was de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid twintig procent.¹⁰ Dat doet echter niets af aan het feit dat, bij een goede behandeling en begeleiding (zie hoofdstuk 4), bijna iedereen (ruim 99%) die overspannen raakt, binnen een jaar weer normaal kan functioneren.^{11,12}

Onder de term ‘overspanning’ zoals die in dit protocol gebruikt wordt, valt ook het beeld dat in de praktijk nog vaak als ‘burn-out’ wordt aangeduid. Onder deze term wordt dan in de regel een ernstige vorm van overspanning verstaan, gekenmerkt door uitputting en vastgelopen zijn in het werk en door een langdurige voorgeschiedenis van spanningsklachten en verminderend functioneren. Inherent aan het begrip ‘burn-out’ is de notie dat de lange voorgeschiedenis gepaard gaat met een navenant lange hersteltijd. Dit protocol huldigt daarentegen de opvatting

dat de vaak als ‘burn-out’ betitelde beelden geen andere wijzen van beoordelen, behandelen en begeleiden behoeven dan een ‘gewone’ overspanning en dat bij een juiste behandeling en begeleiding de prognose evenzeer gunstig is.^{2,9}

De in het protocol gehanteerde definitie van overspanning omvat de DSM-IV categorie ‘aanpassingsstoornis’, maar is ruimer is dan deze, omdat in de DSM-definitie sprake is van twee tijdslijmieten die geen deel uitmaken van de definitie in dit protocol.⁷

De eerste is de (retrospectieve) termijn van drie maanden die volgens de DSM-definitie maximaal verstreken mogen zijn tussen de eerste manifestatie van de stressor(en) en het verschijnen van de klachten en symptomen. Deze tijdslijmiet is in het protocol niet overgenomen omdat in de praktijk blijkt dat ook zeer langdurig werkzame stress tot ‘overspanning’ kan leiden.

De tweede (prospectieve) DSM-tijdslijmiet is de termijn van zes maanden na het verdwijnen van de stressor (of de gevolgen daarvan) waarbinnen de symptomen moeten zijn verdwenen. Ook die is in dit protocol niet overgenomen. In de eerste plaats omdat het onpraktisch en merkwaardig is om een diagnose pas achteraf, op grond van het feit dat de symptomen binnen zes maanden zijn verdwenen, te kunnen stellen.¹³ In de tweede plaats omdat in de praktijk blijkt dat werknemers die door hun werk overspannen zijn geraakt, soms in de loop van een langdurig werkverzuim niet (voldoende) herstellen, zelfs niet wanneer ze adequaat worden behandeld en begeleid, terwijl nog steeds sprake is van overspanning en niet van een andere diagnose.*

Voor het classificeren van overspanning worden de volgende CAS-codes gebruikt:

- P611: Burn out
- P619: Overige aanpassingsstoornissen, surmenage.

2.2 Epidemiologie

Over de epidemiologie van overspanning zijn slechts weinig gegevens voorhanden. De incidentie in de huisartspraktijk ligt tussen de vijf en veertien gevallen

* Op dit punt biedt de DSM-IV wel enig soelaas door de definitie van de categorie ‘chronische aanpassingsstoornis’, die toestaat dat de symptomen langer dan zes maanden voortduren ten gevolge een ‘stressor that has enduring consequences’. Deze oplossing is echter weinig bevredigend. Want wat wordt begrepen onder de ‘enduring consequences’ van de stressor? Duidelijk is dat bijvoorbeeld een reeks van reorganisaties op het werk tot zulke consequenties kan leiden. Maar vallen ook problemen in de thuissituatie die (mede) voortvloeien uit de overspanning, onder de ‘enduring consequences’, indien de oorspronkelijke stressor in het werk gelegen was? Dan zou van de prospectieve tijdslijmiet in de definitie van de chronische aanpassingsstoornis de facto weinig overblijven.

per 1000 patiënten per jaar. In de praktijk van bedrijfsartsen is de incidentie waarschijnlijk iets hoger, maar betrouwbare gegevens hieromtrent zijn niet beschikbaar.⁹ Daarentegen ervaren vrijwel alle mensen af en toe spanningsklachten. Veel werkenden – schattingen lopen uiteen van 11 tot 23 procent – blijken langdurig met spanningsklachten te functioneren. Van de mensen die de huisarts bezoeken heeft ongeveer een derde spanningsklachten.⁹

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

Overspanning is in veel beroepsgroepen een belangrijke bron van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en vormt een aanzienlijke sociaal-economische last voor de maatschappij. In 2004 werd 4,4 procent van de instroom in de WAO (na één jaar ziekteverzuim) geboekt op de diagnose ‘surmenage/aanpassingstoornis mno’ en 2,2 procent op ‘burn-out’. Gezamenlijk stonden deze diagnoses op de tweede plaats in de rangorde van diagnoses naar hoogte van de WAO-instroom, na depressie (11,1 procent).^{*} Doordat sindsdien de poortwachterperiode van één naar twee jaar is verlengd, de begeleiding bij werkverzuim ten gevolge van overspanning is verbeterd en de regels voor het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn aangescherpt, is te verwachten dat de aan overspanning toe te schrijven instroom in de WIA aanzienlijk lager zal uitvallen dan de in 2004 geregistreerde WAO-instroom.

* 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

Overspanning kan ontstaan bij mensen die nooit eerder psychische problemen hebben doorgemaakt en ontstaat soms in aansluiting op een (ernstige) lichamelijke ziekte. Dit laatste is voor de verzekeringsarts een belangrijk gegeven: het betekent dat het beeld van overspanning waarmee de verzekeringsarts wordt geconfronteerd van recente oorsprong kan zijn, omdat het ziekteverzuim aanvankelijk door een andere ziekte werd veroorzaakt.

3.1 Ontstaan

Volgens de breed aanvaarde theorie van Lazarus en Folkman¹⁴ komt overspanning voort uit een problematische wijze van omgaan met stress. * Zij onderscheiden:⁹

- stressoren (stressbronnen): Dit zijn de uitwendige factoren die stress in gang zetten. Ze kunnen onderverdeeld worden in verplichtingen, levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld de (verwerking van) een ernstige ziekte) en problemen (dat wil zeggen: als problematisch ervaren omstandigheden, bijvoorbeeld conflicten)
- de subjectieve evaluatie (*appraisal*) van de stressor: Mensen zijn onafgebroken bezig om situaties of gebeurtenissen die zich aan hen voordoen te waarderen op hun betekenis voor hun eigen bestaan en welbevinden (*primary*

* Zie de definitie van stress in 2.1.

appraisal). Stress ontstaat wanneer iemand inschat dat de eisen die een bedreigende situatie of gebeurtenis aan hem stellen, zijn vaardigheden en hulpbronnen om die eisen het hoofd te bieden, te boven gaan (*secondary appraisal*). Als de situatie, al of niet door zijn toedoen, verandert zal hij deze opnieuw evalueren (*reappraisal*)

- stresshantering (*coping*): Alles wat mensen doen – bewust of onbewust, actief of passief – om stress het hoofd te bieden wordt coping genoemd. *Problem focused coping* (P-coping) is gericht op verandering van de als problematisch ervaren situatie; *emotion focused coping* (E-coping) is gericht op het reguleren van de gevoelens van opwinding en spanning. Adequate coping bestaat in de regel uit een bij de situatie passende combinatie van verschillende vormen van coping.

De ervaren psychische stressklachten (*distress*) worden volgens deze theorie bepaald door de ernst en de duur van de stressoren en door de evaluatie van die stressoren en van de eigen mogelijkheden tot coping.

Starre, rigide patronen op het gebied van cognities en gedrag kunnen mensen vatbaar maken voor overspanning. Perfectionisme is een voorbeeld van zo'n rigide patroon. Perfectionistische mensen zijn door hun hoge streefniveau, plichtsgetrouwheid en bovenmatige inzet relatief vatbaar voor overspanning. Ook andere persoonskenmerken – biologische en psychologische constitutie, leerervaringen, gedragsstijlen – zijn van invloed op hoe iemand reageert op stress. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn kwetsbaar op tal van psychische functies die verband houden met de structurele cohesie van de persoon, met stabiliteit over de tijd gezien en de regulatie van het zelfgevoel. Ze krijgen daardoor sneller last van spanningsklachten, neigen meer tot somatiseren en tot vermijden van problemen in plaats van ze op te lossen.

Er is een vloeiende overgang tussen uitgesproken gedragskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen. Zolang niet van een persoonlijkheidsstoornis sprake is, is het afhankelijk van de context of een bepaald gedragskenmerk contraproductief is. Een veelgebruikt voorbeeld is de boekhouder met dwangmatige trekken, die uitstekend functioneert in een gestructureerd werkproces waarin zijn nauwkeurigheid hogelijk gewaardeerd wordt. Wanneer de situatie verandert (andere chef, andere doelstellingen, reorganisatie), dan kan diezelfde karaktereigenschap problemen geven en tot spanning leiden.

3.2 Risicofactoren

De factoren die het ontstaan en voortbestaan van overspanning verklaren kunnen worden onderscheiden in predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren.¹⁵ Predisponerende en onderhoudende factoren kunnen gelegen zijn in de werknemer of in zijn privé- of werkomgeving. De zorgomgeving kan, door een inadequade behandeling en begeleiding van de overspanning, een belangrijke onderhoudende factor zijn. Uitlokkende factoren zijn in het algemeen gelegen in de privé- of werkomgeving, maar ook een ernstige ziekte kan een uitlokkende factor zijn.

In de werknemer gelegen predisponerende en onderhoudende factoren zijn de al genoemde rigide patronen op het gebied van cognities en gedrag (zie 3.1). Onder meer contraproductieve gedachten over ontstaan en voortbestaan van de stoornis kunnen een belangrijke herstelbelemmerende factor vormen. Deze in de werknemer gelegen factoren kunnen tot uiting komen in eerdere episode(n) van overspanning, frequent verzuim en inadequaate ziekte- en herstelgedrag, bijvoorbeeld somatisatie (zie 4.3.5).^{16,17} Ook somatische comorbiditeit kan het herstel belemmeren.

Enkele belangrijke externe en interactionele factoren die aan ontstaan en voortbestaan van overspanning kunnen bijdragen zijn:⁹

- cumulatie van stressoren/problemen
- levensgebeurtenissen
- conflicten
- cumulatie van eisen
- gebrek aan regelmogelijkheden
- gebrek aan sociale steun
- ongewenst gedrag (pesten, seksuele intimidatie)
- loopbaanproblematiek.

Specifiek herstelbelemmerende factoren in de arbeidssituatie zijn:

- de overtuiging bij de werkgever dat de klachten over moeten zijn voordat het 'risico' van werkhervatting genomen kan worden
 - disfunctionele ideeën en attitudes bij collega's en leidinggevenden, bijvoorbeeld een gebrek aan acceptatie van de overspanning
 - de afwezigheid van een adequaat verzuim- en werkhervattingsbeleid
 - onwil of onmogelijkheid om werkomstandigheden en -belasting aan te passen
-

- (dreigende) reorganisatie en functiewijziging
- (dreigende) werkloosheid.

Factoren die in het algemeen geassocieerd zijn met een langere verzuimduur zijn: hogere leeftijd, hoger opleidingsniveau, negatieve verwachtingen ten aanzien van het herstel en een laag niveau van sociaal functioneren.^{18,19}

3.3 Beloop

Onderzoek naar het natuurlijk beloop van overspanning onder huisartspatiënten liet zien dat na twee maanden een derde van de patiënten klachtenvrij was, een derde nog dezelfde klachten had en een derde ernstiger klachten had gekregen met aanwijzingen voor een depressie of angststoornissen.²⁰ Bij een adequate behandeling en begeleiding slagen echter verreweg de meeste patiënten erin hun toestand te begrijpen, een succesvolle copingstrategie te ontwikkelen en binnen enkele weken tot maanden te herstellen. Circa 95% van de patiënten kan zo binnen een half jaar weer normaal functioneren. Na één jaar is dit opgelopen tot ruim 99%.¹²

Voor patiënten die binnen een paar maanden niet herstellen – en in vele gevallen is dat mede te wijten aan een behandeling en begeleiding die niet adequaat is of aan een werkomgeving die het herstel belemmert – dreigen complicaties, zoals een depressieve, angst- of somatoforme stoornis. Door deze complicaties kan de stressproblematiek naar de achtergrond verdwijnen, waardoor deze niet wordt aangepakt en opgelost en herstel uitblijft. Maar ook zonder deze complicaties kan in uitzonderlijke gevallen herstel bij overspanning langdurig uitblijven – zelfs indien behandeling en begeleiding van meet af aan wel adequaat waren – als de patiënt of de omgeving vermijdt de problemen aan te pakken en op te lossen of daar niet in slaagt.⁹

Diagnose en behandeling

4.1 Probleemoriëntatie en -diagnose

Wanneer een patiënt met klachten die wijzen op overspanning bij een huisarts of bedrijfsarts komt, oriënteert deze zich eerst in den brede op het probleem van de patiënt.^{1,16} Hij gaat na:

- Wat zijn de klachten en functioneringsproblemen? Is sprake van controleverlies?
- Welke predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren zijn in het spel, in de patiënt zelf en in zijn privé- en werkomgeving?
- Wat is de visie van de patiënt op zijn probleem?
- Hoe is het gesteld met het probleemoplossend vermogen van de patiënt? En met dat van zijn privé- en werkomgeving?

Op basis van de verzamelde informatie formuleert de arts, in samenspraak met de patiënt, de problemdiagnose. Daarin wordt verwoord waarom bij deze patiënt, in deze situatie en op dit moment, deze klachten en functioneringsproblemen ontstaan zijn.

4.2 Diagnose

Vervolgens vat de arts zijn beoordeling van wat er met de patiënt aan de hand is samen in de (klinische) diagnose. Van overspanning is sprake indien:

- de patiënt ernstige *distress*-klachten heeft: gevoelens van onmacht en demoralisatie
- de patiënt niet in staat is normaal te functioneren; de patiënt heeft belangrijke (delen van) sociale rollen laten vallen
- er een relatie is met stress die het gevolg is van een belasting die de belastbaarheid overstijgt
- er, afgezien van spanningsklachten en eerdere overspanning, in de regel een voorgeschiedenis is van normaal functioneren
- het beeld niet toe te schrijven is aan directe fysiologische effecten van een middel of van een somatische aandoening, aan rouw of aan een psychiatrische stoornis (anders dan een aanpassingsstoornis).^{2,8,9}

In de kern is overspanning een toestand die gekenmerkt wordt door verlies van controle over de interactie met de omgeving. De hier gegeven definitie van overspanning dekt globaal dezelfde beelden als de DSM-IV-diagnose ‘aanpassingsstoornis’ (zie 2.1).

Elke arts kan in principe in staat geacht worden om op grond van een gerichte anamnese en zo nodig gericht lichamelijk en aanvullend onderzoek, de diagnose overspanning te stellen.

Overspanning zonder complicaties, zoals een depressieve, angst- of somatoforme stoornis, leidt slechts hoogst zelden tot twee jaar ziekteverzuim. Er kan na twee jaar ziekteverzuim echter ook sprake zijn van recent ontstane overspanning, ontwikkeld in aansluiting op een andere ziekte, die de reden vormde voor het begin van het verzuim.

4.3 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

Het gebeurt in de praktijk regelmatig dat een depressieve of angststoornis niet wordt herkend omdat een patiënt een beeld presenteert dat lijkt op overspanning, met ernstige *distress*-klachten, sociaal disfunctioneren en een relatie met stress. Dat komt enerzijds doordat depressieve en angststoornissen niet zelden ontstaan onder invloed van stress bij mensen die voor deze stoornissen vatbaar zijn. Anderzijds kunnen depressieve en angststoornissen ook ontstaan als complicaties van overspanning wanneer herstel uitblijft. En ten slotte kan bij een gedeelte-

lijk herstel na een depressieve episode een toestand van verlies van controle en functioneren in het werk blijven bestaan, die grote gelijkenis vertoont met overspanning. Het is dus van belang om bij mensen met een op overspanning gelijkend beeld navraag te doen naar de specifieke symptomen van depressieve en angststoornissen, thans of eerder in het ziektebeloop.

Behalve depressie en angststoornissen komen in deze paragraaf ook de spanningsklachten aan de orde en een ander beeld dat vele symptomen gemeen kan hebben met overspanning, te weten de (ongecomplieerde) rouw. Tot besluit wordt ingegaan op somatisatie en middelenmisbruik, twee verschijnselen die, zeker indien niet onderkend, het herstel van een overspannen werknemer aanmerkelijk kunnen vertragen.

4.3.1 Spanningsklachten

De diagnostische kenmerken van spanningsklachten zijn:⁹

- er zijn lichamelijke klachten zonder somatische verklaring en/of lichte of matige psychische spanningsklachten (zie onder)
- de patiënt ondervindt van de klachten hinder/ongemak in zijn functioneren
- het sociaal functioneren is echter normaal, in die zin dat de patiënt geen belangrijke sociale rollen heeft laten vallen
- er is een relatie met stress.

Lichamelijke spanningsklachten zijn meestal vaag omschreven en wisselend van intensiteit, karakter en lokalisatie. Ze hebben niet de kenmerken van klachten die voorkomen bij somatische aandoeningen. Bijna elke lichamelijke klacht kan een spanningsklacht zijn. De meest voorkomende zijn:⁹

- hoofdpijn
- duizeligheid
- nek- en rugpijn
- spierpijnen
- maag- en darmklachten
- zweten
- benauwdheid
- hartkloppingen
- vaginale klachten
- menstruatieproblemen.

Psychische spanningsklachten, ook aangeduid met de term *distress*, kunnen worden onderverdeeld in:

- lichte *distress*:
 - piekeren
 - gespannenheid
 - onrustig slapen
 - prikkelbaarheid
- matige *distress*:
 - emotionele labiliteit
 - lusteloosheid/moeheid
 - gedeprimeerdheid
 - concentratieproblemen
- ernstige *distress*:
 - gevoel van onmacht
 - demoralisatie.

De ernstige *distress*-klachten zijn kenmerkend voor de crisis in de coping/het controleverlies bij overspanning en overstijgen daarmee het beeld van de spanningsklachten.

4.3.2 *Depressieve stoornis*

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een tenminste twee weken durende periode waarin sprake is van minstens één van de twee kernsymptomen – depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier in bijna alle activiteiten (verlies van levenslust) – en een aantal aanvullende symptomen. Bruikbare vragen om te screenen op de kernsymptomen zijn:

- Bent u somber, depressief, is uw stemming bedrukt?
- Bent u alle interesse of plezier kwijt in (bijna) alles wat u doet?

Als kernsymptomen van een depressieve episode gelden deze symptomen alleen indien ze tenminste twee aaneengesloten weken aanwezig zijn, het grootste deel van de dag, bijna elke dag.⁷ Voor nadere informatie over de diagnostiek van depressieve stoornis, dysthymie en chronische depressie zij verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* en het daarbij aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*.⁵

De grenzen tussen een depressieve stoornis en overspanning zijn niet altijd scherp te trekken. Een depressieve stoornis kan gepaard gaan met een klinisch beeld dat sterke gelijkenis vertoont met dat van overspanning en kan ook ontstaan als complicatie van overspanning wanneer herstel uitblijft. Bovendien blijft

bij mensen met een lichte depressieve of angststoornis soms, na herstel van de depressie of de angst, een beeld van verlies van controle en functioneren (in het werk) bestaan dat veel lijkt op overspanning. Deze mensen blijken dan ook goed te reageren op een therapeutische aanpak die past bij overspanning. Volgens de DSM-IV classificatie spreken we in deze gevallen echter van een niet volledig herstelde depressieve of angststoornis en niet van een aanpassingsstoornis.

4.3.3 *Angststoornissen*

De *distress*-klachten die behoren bij overspanning kunnen wijzen op een angststoornis. Angststoornissen zijn moeilijk te herkennen. Veel mensen met een angststoornis zullen hun angst niet spontaan melden. Bruikbare vragen om na te gaan of van een angststoornis sprake zou kunnen zijn, zijn:

- bent u vaak angstig, bang?
- bent u vaak overmatig bezorgd?
- maakt u wel eens mee dat het zweet u plotseling uitbreekt, dat uw hart begint te bonken, dat u zich trillerig voelt of benauwd?

Indien het antwoord op één of meer van deze vragen bevestigend is, dient nadere diagnostiek plaats te vinden om vast te stellen of sprake is van een angststoornis. Net als het onderscheid tussen depressieve stoornis en overspanning is ook het onderscheid tussen angststoornissen en overspanning soms lastig te maken. Voor nadere informatie zij verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn *Angststoornissen*, de NHG-Standaard *Angststoornissen* en het bij deze richtlijnen aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.^{4,6}

4.3.4 *Ongecompliceerde rouw*

Rouw is een normale reactie op het verlies van een geliefd persoon of van een dierbaar iets, die zich kan manifesteren in een reeks psychologische en lichamelijke verschijnselen.²¹ De symptomen van rouw kunnen gelijk zijn aan die van een overspanning. Tenzij van een opeenvolging van verlieservaringen sprake is, zal ongecompliceerde rouw niet leiden tot twee jaar aaneengesloten ziekteverzuim.

4.3.5 *Somatisatie*

Onder somatisatie wordt hier verstaan het ervaren van onverklaarde lichamelijke klachten en de neiging om deze aan een lichamelijke ziekte toe te schrijven en er

medische hulp voor te zoeken. In vele gevallen is somatisatie te beschouwen als een vorm van (disfunctionele) coping of als een (irrationeel) cognitiepatroon.⁹ De veronderstelling dat aan de klachten een somatische oorzaak ten grondslag ligt, kan het probleemoplossend denken over psychosociale oorzaken belemmeren. Door reattributie-technieken is het mogelijk de patiënt te helpen ontdekken dat zijn klachten verband houden met stressoren.^{17,22}

In sommige gevallen staat de beleving van een somatisch klachtenpatroon zozeer op de voorgrond dat gedacht moet worden aan een somatoforme stoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV.

4.3.6 *Middelenmisbruik*

Indien de verzekeringsarts alcoholmisbruik vermoedt, moet hij dit ter sprake brengen in het gesprek met de werknemer. Om een indruk te krijgen van de omvang van het alcoholgebruik worden in de NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik* de volgende vijf vragen aanbevolen:²³

- 1 Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?
- 2 Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?
- 3 Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maakten over uw drinkgewoonten?
- 4 Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?
- 5 Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?

Vergelijkbare, in de eerstelijnspraktijk gevalideerde sets vragen voor andere vormen van middelenmisbruik zijn niet voorhanden.

Bij problematisch alcoholgebruik dat nog maar enkele maanden bestaat of niet ernstig is, kan voorlichting voldoende zijn om de werknemer tot meer verantwoord alcoholgebruik te bewegen. Bij langer bestaand problematisch alcoholgebruik is meestal een intensief motiveringsproces noodzakelijk.²⁴

4.4 **Behandeling**

De behandeling bij overspanning bestaat uit een activerende en structurerende begeleiding, die erop gericht is de patiënt te ondersteunen bij het doorlopen van een uit drie fasen bestaand herstelproces.^{1,2,25} Cruciaal is de systematische bewaking van de voortgang van het herstel. Stagnatie van het herstel en herstelbelemmerende factoren moeten tijdig worden gesignaleerd ('procesdiagnostiek'),

waarna gerichte acties worden ingezet om belemmeringen en stagnaties op te heffen.

Herstel in drie fasen

In het herstelproces zijn drie fasen te onderscheiden die elk gekenmerkt worden door specifieke hersteltaken en behandeldoelen.^{1,2,25}

In de *crisisfase* heeft de werknemer het gevoel de controle over zichzelf en zijn situatie kwijt te zijn. De doelen zijn dan: controle hervinden, zowel cognitief (inzicht), emotioneel (acceptatie) als gedragsmatig (structuur). In deze fase moet de patiënt tot rust komen en ontspanning zoeken, bijvoorbeeld door wandelen, fietsen of spelletjes doen met de kinderen. Maar hij moet tegelijk ook – gedo-seerd – bezig zijn met de overspanning, zodat hij deze gaat accepteren en gaat begrijpen wat er met hem aan de hand is. De patiënt komt pas werkelijk tot rust als hij enig inzicht en acceptatie heeft verworven. Huisarts of bedrijfsarts moeten bewaken of hij deze hersteltaken inderdaad vervult en hem daarbij zo nodig begeleiden. De begeleiding richt zich ook op de omgeving van de patiënt. Ook die moet inzicht verwerven, de situatie accepteren en de patiënt enige rust gunnen. Werken is in deze fase vaak niet goed mogelijk, maar het is goed de patiënt te stimuleren een dagindeling te maken waarin, naast ontspanning en bezig zijn met de overspanning, ook noodzakelijke dagelijkse activiteiten als zelfverzorging en zorg voor gezin en huishouden een plaats krijgen. In de meeste gevallen duurt deze fase één tot drie weken.

In de *probleem- en oplossingsfase* gaat de werknemer zich oriënteren op problemen en oplossingen. De doelen in deze fase zijn: problemen op een rij zetten en concrete oplossingen bedenken. De patiënt is tot rust gekomen en kan weer beter kan nadenken. Nu moet hij overzicht krijgen over de problemen die aan de basis lagen van zijn controleverlies en daarvoor oplossingen bedenken. Als de omstandigheden, de sfeer en de attitudes van collega's en leidinggevenden op het werk gunstig zijn, kan werkhervatting het doorlopen van deze fase bespoedigen. Werkhervatting kan bijdragen aan de bewustwording van de problemen die aan de orde zijn en kan ook nuttig zijn om na te gaan of de bedachte oplossingen werkbaar zijn. Deze fase kan in veel gevallen in zes weken na het begin van het ziekteverzuim zijn afgerond, maar kan ook, als de problemen omvangrijk en moeilijk zijn, een aantal maanden in beslag nemen.*

* Ruim de helft van de overspannen werknemers heeft binnen zes weken zijn problemen voldoende opgelost om het werk gedeeltelijk te kunnen hervatten. Bij mensen die conform de richtlijnen^{1,2} worden begeleid is dit 70 procent.¹²

In de *toepassingsfase* gaat de werknemer de bedachte oplossingen daadwerkelijk toepassen en pakt hij zijn sociale rollen geleidelijk weer op. Het doel is: herstel van het functioneren. De vorige fase gaat over in deze derde, waarin de patiënt zijn sociale en beroepsmatige activiteiten gaandeweg uitbreidt tot het premorbide niveau. Het is essentieel dat de omgeving van patiënt hierin meedenkt en meewerkt. Deze fase kan in de meeste gevallen binnen negen tot twaalf weken na het begin van het verzuim als afgesloten worden beschouwd.

Zolang de patiënt niet volledig hersteld is en zijn werk hervat heeft, dient het ziekteverloop driewekelijks geëvalueerd te worden, waarbij wordt nagegaan of er herstelbelemmerende factoren zijn en of aanvullende interventies nodig zijn.^{1,2}

Patiënten die volkomen vastgelopen zijn in hun werk, zullen moeten leren inzien dat het heel moeilijk, zo niet onmogelijk, is geworden om op de oude basis terug te keren naar het werk. Soms zal het werk kunnen veranderen, maar vaak zal de werknemer zelf zijn attitude ten aanzien van het werk moeten veranderen. Slaagt dit niet, dan zal het er vaak op neerkomen dat men op zoek moet naar een andere baan, waarin de werknemer zich beter kan handhaven.⁹

Afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts

Bij het stellen van de diagnose overspanning informeren huisarts en bedrijfsarts elkaar schriftelijk – uiteraard niet dan met toestemming van de patiënt – en verzoeken ze de patiënt contact op te nemen met de andere discipline. Het uitgangspunt is dat degene die de patiënt het eerst ziet met de begeleiding begint of op basis van specifieke problematiek naar de ander verwijst. In overleg met de patiënt spreken beiden af wie welke rol(len) in behandeling en begeleiding op zich neemt. Per patiënt en situatie kan gekozen worden voor een verschillende aanpak. Eén mogelijkheid is complementaire zorg, waarbij de huisarts zich richt op de privé-situatie en de bedrijfsarts focust op de arbeidssituatie. Een andere mogelijkheid is dat één van beiden de gehele zorg voor de patiënt op zich neemt, met de ander in een volgende, toetsende rol.² De bedrijfsarts blijft hoe dan ook verantwoordelijk voor de procesbegeleiding gericht op herstel van het functioneren in het werk.

Soms zal bij de beoordeling na twee jaar ziekteverzuim blijken dat het op de weg van de verzekeringsarts ligt om over de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding met betrokkene en diens behandelaar(s) en begeleider(s) in overleg te treden (zie 6.4).

Verwijzing

Wanneer de werknemer goed wordt behandeld en begeleid moeten al snel de eerste tekenen van herstel zijn waar te nemen. Is binnen vier weken geen vooruitgang zichtbaar en zit betrokkene nog in de crisisfase, dan moet verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener worden overwogen. Ook in latere fasen van het herstel kunnen verwijzingsindicaties ontstaan indien het herstelproces stagneert. Verwijzing vindt plaats in samenspraak tussen huisarts en bedrijfsarts.² Het is van groot belang dat zij het belang van werkhervatting daarbij niet uit het oog verliezen (zie 5).

Resultaten

Met een conform de drie fasen van het herstelproces gestructureerde activerende, probleemgerichte begeleiding door huisarts en/of bedrijfsarts kan ongeveer driekwart van de overspannen werknemers binnen drie maanden weer aan het werk zijn. Binnen een half jaar kan bijna iedereen (circa 95%) weer normaal functioneren. Maar ook bij een goede behandeling en begeleiding is er een kleine restgroep van mensen bij wie werkhervatting uitblijft. De meesten van hen ontwikkelen een complicatie, meestal een depressieve stoornis, een angststoornis of somatoforme stoornis. Er zijn echter ook mensen bij wie het ontbreekt aan de noodzakelijke copingvaardigheden en sociale steun, zodat zij niet tot een effectieve aanpak komen van de problemen die werkhervatting in de weg staan.⁹

Werkhervatting

In de crisisfase van een overspanning is het laten vallen van de rol als werknemer vaak een tijdelijke therapeutische noodzaak. Maar tot rust te komen en ontspanning zoeken, onder andere door gestructureerde dagelijkse activiteiten, is niet genoeg. Er moet ook gewerkt worden aan de twee andere hersteltaken: begrijpen en accepteren wat er aan de hand is.

Werkhervatting is in het algemeen bevorderlijk voor het herstel bij overspanning. Maar wanneer onvoldoende maatregelen zijn genomen om de problemen die de werknemer in het werk ondervond te ondervangen, kan de stress weer toenemen en kan de werknemer opnieuw in de positie komen het te moeten opgeven. Een mislukte werkhervatting ondermijnt het zelfvertrouwen van de werknemer, dat door de overspanning toch al fors is aangetast, op een dramatische manier. In de regel is het dan ook het beter geleidelijk te beginnen met eventueel aangepast werk.⁹

De planning van de werkhervatting is afgestemd op het gefaseerde herstel- en behandelingsproces (zie 4.4). De bedrijfsarts houdt de vinger aan de pols, maar het is belangrijk dat er ook in de werksituatie iemand is die de werknemer tijdens de geleidelijke hervatting van zijn werkzaamheden begeleidt. Van tevoren moeten met alle betrokkenen goede afspraken worden gemaakt, over aard van de werkzaamheden, tempo, productie en werktijden, om onduidelijkheden en wrijvingen zoveel mogelijk te voorkomen.⁹ Specifieke factoren in de werksituatie die stress oproepen worden van tevoren geïdentificeerd en interventies (bijvoor-

beeld exposuretechnieken) worden ingezet om het effect ervan te minimaliseren.²⁶ Dit draagt er ook toe bij dat de anticipatie-angst van de werknemer – de angst voor specifieke werkaspecten of de meer algemene angst om zich weer te overbelasten – gedoseerd wordt en controleerbaar gemaakt.

Vanuit zijn verantwoordelijkheid als adviseur van zowel werkgever als werknemer verzekert de bedrijfsarts zich ervan dat het proces van de werkhervatting goed bewaakt wordt. Als het werkhervattingsproces stagneert moet verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener overwogen worden. Is circa zes maanden na het begin van het ziekteverzuim van substantiële werkhervatting nog geen sprake, dan is een grondige analyse van de stagnatie op zijn plaats. Verder is in dat geval een deskundig onderzoek nodig naar de taken en functies die de werknemer, gezien zijn functionele mogelijkheden, zou kunnen vervullen bij de eigen of een andere werkgever. Vervolgens dient een plan van aanpak te worden opgesteld en uitgevoerd, gericht op re-integratie, zo nodig bij een andere werkgever. Is rond de elfde maand het werkhervattingsproces nog steeds niet vlot getrokken, dan wordt deze procedure herhaald, wat uitmondt in een bijgesteld plan van aanpak.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een langdurig bestaande overspanning vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de oorzaken van de stagnatie in het herstelproces, in de wetenschap dat bij een adequate behandeling en begeleiding de overgrote meerderheid van de overspannen werknemers binnen zes maanden weer aan het werk kan zijn. 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

Een overspannen werknemer die adequaat wordt behandeld en begeleid komt slechts zelden aan de poort van de WIA terecht. Toch vindt de verzekeringsarts soms een overspannen werknemer tegenover zich. Hij zal dan de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van de werknemer moeten beoordelen. Dat de werknemer een goede kans maakt om met een goede behandeling en begeleiding alsnog grotendeels of helemaal te herstellen, doet daar niets aan af.

Als een werknemer na twee jaar ziekteverzuim kampt met een actuele overspanning, dan zijn er in principe twee mogelijkheden. Er kan sprake zijn van een recent ontstane overspanning, die zich heeft ontwikkeld in aansluiting op een andere ziekte die de reden vormde voor het begin van het verzuim. Of er kan sprake zijn van een al lang voortdurende overspanning, waarbij het herstel op een of andere manier gestagneerd is en al of niet complicerende psychische stoornissen zijn ontstaan.

In beide gevallen kan er op het moment van de beoordeling sprake zijn van een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De beperkingen kunnen dan worden opgevat als uitingen van ‘ziekte’, zoals gedefinieerd door de WHO (aangehaald in de Memorie van toelichting bij de WIA): “een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicaps”.

In de crisisfase van een overspanning, wanneer de werknemer wordt beheerst door gevoelens van onmacht en demoralisatie, is het vermogen om te werken in de regel duidelijk beperkt. Overspannen werknemers zijn vaak uitgeput, zeer gespannen en prikkelbaar en hebben last van concentratiestoornissen. In de terminologie van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).²⁸ zij hebben vooral stoornissen op gebied van de algemene mentale functies (energieniveau, motivatie, slaap) en de specifieke, vooral hogere mentale functies (vasthouden van aandacht, organisatie en planning, tijdmanagement, cognitieve flexibiliteit, inzicht, beoordelingsvermogen, probleemoplossen).

Normaal gesproken duurt de crisisfase kort, maximaal enkele weken. Als het herstelproces in een vroeg stadium stagneert, kunnen echter nog lang beperkingen blijven bestaan. Door moeheid en energiegebrek kan de werknemer taken binnen en buiten het werk minder goed volhouden. Concentratieproblemen kunnen leiden tot fouten, door prikkelbaarheid kunnen gemakkelijk interpersoonlijke conflicten ontstaan.⁹ In uitzonderingsgevallen kan een werknemer, die niet of

slecht behandeld en begeleid is, twee jaar na uitval vanwege overspanning nog steeds in de crisisfase blijken te verkeren.

De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat de overspannen patiënt zijn verhaal vaak goed lopend en gestructureerd kan vertellen. Hij heeft zijn verhaal al diverse malen verteld en heeft vaak voor zichzelf een goede verklaring voor zijn problemen gevonden. Daardoor kan hij ten onrechte de indruk wekken dat hij de controle weer herwonnen heeft en kan een discrepantie ontstaan tussen de presentatie in de spreekkamer en de ernst van de beperkingen. Doordat de patiënt vreest dat zijn beperkingen geen erkenning zullen vinden, kan hij echter ook geneigd zijn zijn klachten nadrukkelijk te presenteren.

Externe en persoonlijke factoren

Bij het ontstaan en voortbestaan van overspanning kunnen zowel externe factoren (reorganisatie, cumulatie van eisen, gebrek aan regelmogelijkheden etc.) als persoonlijke factoren (copingstijl, ambitie etc.) een rol spelen. Dat is echter geen reden om, wanneer is vastgesteld dat van een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is, de omvang van de beperkingen als geringer te beoordelen dan wanneer niet of nauwelijks aanwijsbare persoonlijke of externe factoren in het geding zouden zijn geweest. De beoordeling van de functionele mogelijkheden is een momentopname, waarbij de etiologie van eventuele beperkingen geen andere rol speelt dan die van een mogelijke verklaring.²⁹ Bijvoorbeeld: het feit dat de boekhouder altijd al wat dwangmatig is geweest, is geen reden om, nu hij langdurig is uitgevallen, niet alle beperkingen die hij thans ondervindt bij de beoordeling van zijn functionele mogelijkheden mee te wegen.

Van belang is ook dat de invloeden van persoonlijke en externe factoren op het functioneren van elkaar afhankelijk zijn. Bijvoorbeeld: de manager die uitviel in zijn eigen werk, maar naderhand re-integreert in lichtere, voor hem minder spanningsverwekkende werkzaamheden en nu geen klachten meer heeft, is daarmee nog niet zonder meer arbeidsgeschikt voor zijn eigen werk. Hij is dat alleen wanneer hij weer is opgewassen tegen de eisen die in dát werk aan hem gesteld worden.

6.3 Te verwachten beloop

De prognose van een recent ontstane overspanning zonder comorbiditeit is gunstig: mits goed begeleid kan bijna iedereen (circa 95%) binnen een half jaar weer normaal functioneren.^{11,12}

De prognose van een langer bestaande overspanning is afhankelijk van de oorzaken van de stagnatie van het herstel. Een herstelproces dat gestagneerd is ten gevolge van inadequate behandeling en begeleiding, comorbiditeit of een opeenstapeling van ernstige levensgebeurtenissen is in de regel, na korte of langere tijd, vlot te trekken door adequate behandeling en begeleiding. Is geen van deze oorzaken in het spel, dan kan in uitzonderlijke gevallen herstel van het normale functioneren toch uitblijven. In de regel is dan sprake van ontoereikende copingvaardigheden bij de werknemer en/of zijn (werk)omgeving, die niet te verbeteren zijn door passende interventies. Deze vaststelling, dat de coping tekortschiet én niet te verbeteren is, is echter meestal een constatering achteraf. In een goede behandeling en begeleiding wordt al het redelijkerwijs mogelijke beproefd om de coping te bevorderen. De gevallen waarin dat streven tevergeefs is, zijn in het algemeen slechts achteraf te identificeren.

6.4 Behandeling en begeleiding

De verzekeringsarts beoordeelt in het geval van een recent ontstane overspanning of de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid (zie 4.4).

In geval van een langer bestaande overspanning overlegt de verzekeringsarts met de werknemer en diens huisarts, bedrijfsarts 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 ze te bereiken?

Met het plan van aanpak als leidraad plant de verzekeringsarts de herbeoordelingen. Tijdens deze contacten 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 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Utrecht: NVAB; 2000.
 - 2 Romeijnders ACM, Vriezen JA, van der Klink JLL, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S e.a. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. Huisarts Wet 2005; 48(1): 20-23.
 - 3 van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, van Gelderen M, e.a. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 614-633.
 - 4 Terluin B, van Heest FB, van der Meer K, Neomags GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening) M62. Huisarts Wet 2004; 47(1): 26-37.
 - 5 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.
 - 6 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
 - 7 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 - 8 Romeijnders ACM, Terluin B. Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. Januari 2005. http://nhg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_104_TICH_R161146266648006, 10-03-2006.
 - 9 Terluin B, van der Klink JLL, Schaufeli WB. Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burnout. In: van der Klink JLL, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 259-289.
-

- 10 Schröer CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de
hulpverlening en het verzuimbeloop [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 1993.
- 11 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. *Huisarts Wet* 1986; 29:
261-264.
- 12 van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an
activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup
Environ Med* 2003; 60(6): 429-437.
- 13 Terluin B, van Dijk D, van der Klink J, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van
overspanning. *Huisarts Wet* 2005; 48: 7-12.
- 14 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, coping. New York: Springer; 1984.
- 15 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en
arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/10.
- 16 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.
- 17 STECR. Werkwijzer Aanpak van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie. [www/stecr.nl](http://www.stecr.nl),
06-12-2006.
- 18 van der Klink JLL. Back in balance. The development and evaluation of an occupational health
intervention for work-related adjustment disorders [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van
Amsterdam; 2002.
- 19 Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of
sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J
Work Environ Health* 2006; 32(1): 67-74.
- 20 Terluin B. Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Een secundaire
analyse van de symptomatologie van 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het algemeen
maatschappelijk werk. *Huisarts Wet* 1998; 41: 219-228.
- 21 Keirse M, Terluin B. Rouw. In: van der Klink JLL, Terluin B, editors. *Psychische problemen en werk*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 291-315.
- 22 Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach.
[Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2001.
- 23 van Zutphen WM, van Olst EJ, Cornel M, e.a. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.
Huisarts Wet 1990; 33: 280-285.
- 24 van den Brink W, van Woudenberg-van Vilsteren MJT, Njoo KH. Verslavingsproblematiek. In: van
der Klink J, Terluin B, editors. *Psychische problemen en werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum;
2005: 397-425.
- 25 van der Klink JLL, Terluin B, Hoogduin CAL. Interventies gericht op het individu. In: van der Klink
JLL, Terluin B, editors. *Psychische problemen en werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 47-
82.
- 26 van Dyck R, Maasen JHW, van der Meer K. Angststoornissen. In: van der Klink JLL, Terluin B,
editors. *Psychische problemen en werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 373-396.
-

- 27 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging
Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34-44.
- 28 WHO-FIC Collaborating Centre. ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of
Functioning, Disability and Health'. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002. c
- 29 Gezondheidsraad. Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen. In: dit advies.
Den Haag: Gezondheidsraad; 2006.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis

Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis

- 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.

De depressieve stoornis kan variëren van een tamelijk licht ziektebeeld met weinig gevolgen voor het beroepsmatig functioneren tot een zeer ernstige ziekte met extreem lijden en ernstige beperkingen in het functioneren. In veel gevallen is er sprake van recidiverende episoden, een complexe etiologie en een grillig verloop. Ook is er sprake van een aanzienlijke comorbiditeit. Het is de meest gestelde diagnose bij de WAO-instroom.

A **Onderzoek**

1 **Oriëntatie op aanwezige gegevens**

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

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Wat waren aard en ernst van de klachten en symptomen aan het begin van het verzuim en wat was het beloop?
 - Waren er al klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan het verzuim (bijvoorbeeld frequent kort verzuim) en, zo ja, welke?
- Diagnostiek:
 - Welke diagnose(n) is (zijn) er gesteld? Is ook sprake van comorbiditeit?
 - Is de diagnose gedurende het verzuim geëvalueerd en zonodig herzien?
 - Heeft overleg plaatsgevonden tussen bedrijfsarts en huisarts/behandelaar? Zo ja, wanneer?
- Behandeling:
 - Is de werknemer verwezen voor behandeling of begeleiding naar eerste en/of tweedelijns zorg? Zo ja, hoeveel weken na het begin van het verzuim, en naar wie?(4.7) *
 - Welke adviezen hebben de behandelaars gegeven ten aanzien van medisch herstel? Waaruit heeft de behandeling bestaan?
 - Hebben de behandelaars geadviseerd inzake re-integratie?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij verwijzing en zijn de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
 - 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 kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis of die de werkhervatting bij werknemers met een depressieve stoornis kunnen belemmeren?(3.2)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk?
- Belemmeringen van herstel en werkhervatting bij de werknemer:
 - Was bij de werknemer of in diens omgeving sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van een depressieve stoornis?(3.2)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze weg te nemen?

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

- Werkhervatting:
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemer en de werkgever gedaan om werkherhvatting te realiseren?(5)
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

Als de verzekeringsarts weet of kan vermoeden dat er sprake is van een depressieve stoornis neemt hij voldoende tijd voor het gesprek, accepteert stiltes, let op het gedrag en de psychomotoriek. Binnen het kader van het door de verzekeringsarts gehanteerde gespreksmodel, creëert hij voor de verzekerde ruimte om ook zijn eigen verhaal te vertellen.(4.3)

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:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk functioneren en sociaal functioneren
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkherhvatting
 - 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 voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op:

- Diagnostiek van de depressieve stoornis: de verzekeringsarts gaat door middel van eigen anamnestic onderzoek na of de diagnose depressieve stoornis op betrokkene van toepassing is.(4.4)
- Hierbij is van belang:
 - het premorbide niveau van functioneren, zowel in werk als privé
 - de aanwezigheid van risicofactoren in de arbeidssituatie (3.2)
 - de huidige aard en ernst van de klachten en symptomen (4.5)
 - het verloop van de klachten, symptomen en de ervaren beperkingen, zowel voorafgaand aan het verzuim, als tijdens het verzuim.
- Differentiële diagnostiek (4.6): de verzekeringsarts stelt door middel van eigen anamnestic en/of lichamelijk onderzoek vast of bij de werknemer sprake is van:
 - overspanning
 - angststoornis
 - bipolaire stoornis
 - verslavingsstoornis(sen)
 - somatische ziekten (4.1).
- Comorbiditeit: de comorbiditeit kan somatisch en/of psychisch van aard zijn. Bij aanwijzingen in de anamnese voor comorbiditeit wordt gericht anamnestic, lichamelijk of aanvullend onderzoek verricht.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een expertise in geval van:

- ernstige twijfels 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 behandelmogelijkheden.
-

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 een depressieve stoornis weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat de feitelijke functionele beperkingen in belangrijke mate bepaald worden door de ernst en het beloop. Ze worden mede bepaald door de preëxistente persoonlijkheidskenmerken en de eventuele comorbiditeit. De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat bij herstel de affectieve symptomen eerder kunnen verdwijnen dan de functionele beperkingen.

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

- Persoonlijk functioneren:
 - concentreren van de aandacht
 - verdelen van de aandacht
 - herinneren
 - doelmatig handelen (taakuitvoering)
 - zelfstandig handelen (zelfstandige taakuitvoering)
 - handelingstempo
 - specifieke voorwaarden voor functioneren in arbeid.
 - Sociaal functioneren:
 - emotionele problemen van anderen hanteren
 - eigen gevoelens uiten
 - omgaan met conflicten
 - samenwerken
 - specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid.
 - Dynamische handelingen, als gevolg van geremd gedrag en energetische beperkingen
-

- Werktijden
 - perioden per etmaal
 - uren per dag
 - uren per week.

3 Te verwachten beloop (6.3)

De verzekeringsarts realiseert zich dat een depressieve stoornis ontstaan kan zijn na de datum van uitval.

- Voor de beoordeling van de prognose van een depressieve stoornis is het volgende onderscheid van belang:
 - eenmalige episode, matig ernstig
 - eenmalige episode, ernstig
 - recidiverende episoden
 - chronisch met wisselende ernst.
- De prognose van een recent ontstane eerste episode van een depressieve stoornis zonder comorbiditeit is gunstig.
- De prognose is mede afhankelijk van:
 - de aanwezigheid van niet-beïnvloedbare risicofactoren
 - de kwaliteit van de behandeling(en).

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- In geval van een recent ontstane depressieve stoornis verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid.(4.7)
- In geval van een langer bestaande depressieve stoornis overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts 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 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 Depressieve stoornis

1	Inleiding <i>79</i>
2	De aandoening <i>81</i>
2.1	Kenmerken <i>81</i>
2.2	Epidemiologie <i>82</i>
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid <i>83</i>
3	Ontstaan en beloop <i>85</i>
3.1	Ontstaan <i>85</i>
3.2	Risicofactoren <i>85</i>
3.3	Beloop <i>87</i>
4	Diagnose en behandeling <i>89</i>
4.1	Aandachtspunten <i>89</i>
4.2	Aanmeldingsklachten <i>91</i>
4.3	Anamnese <i>92</i>
4.4	Diagnose <i>93</i>
4.5	Ernst van de stoornis <i>94</i>
4.6	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit <i>95</i>
4.7	Behandeling <i>97</i>
5	Werkhervatting <i>103</i>

6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	107
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	107
6.2	Functionele mogelijkheden	108
6.3	Te verwachten beloop	109
6.4	Behandeling en begeleiding	110

Literatuur 111

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met een depressieve stoornis. 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 werknemer met een depressieve stoornis, 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 *Depressieve stoornis (depressie)*, de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie 2005*, de daaraan gelieerde, maar separate module *Depressie en arbeid* van de NVAB en de NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten*.¹⁻⁵

De verzekeringsgeneeskundige protocollen *Depressieve stoornis*, *Angststoornissen* 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’.⁶

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis* 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

Een depressieve stoornis is een stemmingsstoornis die kan variëren van een licht ziektebeeld met weinig gevolgen voor het beroepsmatig en sociaal functioneren tot een zeer ernstige ziekte met extreem lijden en sterke beperkingen in het functioneren. In de praktijk kunnen de klachten en de symptomen van de depressieve stoornis geplaatst worden in een breder spectrum van stemmingsstoornissen, waarin de aard en de ernst van de klachten en symptomen in de loop van de tijd kunnen variëren. Er is vaak ook sprake van psychische en/of somatische comorbiditeit.^{7,8}

De depressieve stoornis wordt gekenmerkt door het optreden van een of meer periodes die minstens twee weken duren, waarin sprake is van een depressieve stemming en/of verlies van plezier of interesse en een aantal aanvullende symptomen (zie 4.4 voor de definitie van de ‘depressieve episode’). De stoornis wordt nader getypeerd op basis van:

- aard van de symptomen
 - ernst van de symptomen
 - duur van de episode(n)
 - beloop, bijvoorbeeld:
 - eenmalige episode
 - recidiverende episoden
 - chronisch.
-

Een dysthyme stoornis kan beschouwd worden als een milde chronische depressieve stoornis, die echter ook ernstige gevolgen voor het sociaal functioneren kan hebben.

De DSM-IV classificatie is een middel voor de communicatie over psychische stoornissen.⁶ Classificatie van een klinisch beeld als ‘depressieve stoornis’ helpt de verzekeringsarts bij het verrichten van een volledige en zorgvuldige verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Hij dient hierbij rekening te houden met de grote heterogeniteit van deze diagnostische categorie.

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

- P652: depressie/depressieve episode
- P659: dysthyme stoornis.

2.2 Epidemiologie

De depressieve stoornis is een veel voorkomende ziekte met grote maatschappelijke gevolgen, in termen van zowel menselijk leed als financiële lasten.

De puntprevalentie in de algemene bevolking varieert van 2,2 tot 7,4 procent, met een gemiddelde van 3 procent. Vrouwen hebben in vergelijking met mannen, zowel qua incidentie als qua prevalentie, bijna twee keer zoveel kans op een depressieve stoornis.

De jaarprevalentie van de depressieve stoornis onder de werkzame beroepsbevolking is hoog en bedraagt tussen de vijf en zes procent.⁹ Onder de gehele volwassen bevolking van Nederland (18 tot 64 jaar) is deze nog hoger: 7,6 procent. De *lifetime* prevalentie is 10 tot 15 procent voor mannen en 25 tot 30 procent voor vrouwen.⁷ Bij de interpretatie van deze epidemiologische gegevens dient men in het oog te houden dat ze betrekking hebben op het hele spectrum van de depressieve stoornis en dus ook de minder ernstige gevallen omvatten.^{1,10}

De depressieve stoornis heeft vaak een recidiverend beloop. Voor de algemene, niet behandelde, populatie wordt een recidiefpercentage van vijftig vermeld over een periode van twintig jaar.¹¹ De kans op recidief in (gedeeltelijk) behandelde populaties hangt samen met de behandelsetting. Bij patiënten die behandeld werden voor een depressieve stoornis in de Nederlandse huisartsenpraktijk werd een percentage gevonden van veertig procent over tien jaar.¹² In een cohort van poliklinische patiënten met een depressieve stoornis was het recidiefpercentage, over een periode van vijf jaar, 41 procent.¹³ Bij intramurale

patiënten werd een percentage van dertig procent binnen een jaar gevonden, dat over een periode langer dan tien jaar opliep tot 75 procent.¹⁴

De kans op een chronisch beloop wordt geschat op twintig procent.¹⁵ Voorspellers voor het persisteren van een depressie zijn bepaalde ziektekenmerken, zoals de ernst van een depressie en een langere duur van eerdere episoden.¹⁶

Voor de dysthyme stoornis geldt een jaarprevalentie van 2,3 procent en een *lifetime* prevalentie van 6,3 procent.⁷

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

Werknemers met een depressieve stoornis verzuimen acht tot ruim negen maal zo veel als werknemers zonder dit ziektebeeld.^{11,17} Dit betreft zowel kortdurend als langdurend verzuim, met een duidelijk accent op langdurend verzuim.⁹ Maar ook zonder verzuim zijn er effecten: werknemers met een depressieve stoornis functioneren minder effectief, vooral door de cognitieve beperkingen als gevolg van concentratieverlies, geheugenstoornissen, besluiteloosheid en initiatiefverlies.^{3,11}

Depressieve stoornis is de meest gestelde diagnose bij psychische klachten die tot arbeidsongeschiktheid leiden. In 2004 werd in 5.500 gevallen de diagnose depressieve episode gesteld; dat was 11,1 procent van de WAO instroom.* Van de mensen met deze diagnose die een WAO uitkering ontvingen, had in 2002 een meerderheid (76 procent) een maximale uitkering.¹⁵

* 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

Om het ontstaan van een depressieve stoornis te verklaren wordt uitgegaan van een multicausaal model. Biologische, psychologische en sociale factoren spelen hierin een rol. Geen enkele factor kan worden aangemerkt als een voldoende of noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van een depressie.^{1,2}

3.2 Risicofactoren

In het multicausale verklingsmodel is sprake van verschillende risicofactoren die aan het ontstaan van de depressieve stoornis kunnen bijdragen.^{2,11} Veel van deze factoren zijn onderling gerelateerd. Een indeling van de risicofactoren heeft om die reden een arbitrair karakter. De volgende opsomming is niet hiërarchisch en niet limitatief:

- vrouwelijk geslacht
 - familiale belasting voor depressie
 - ongunstige opvoedingssituatie
 - pesten of geïsoleerd worden gedurende schoolleeftijd
 - verlies van ouder op leeftijd onder twaalf jaar
 - angst, depressie en/of ADHD in jeugd en/of adolescentie
 - persoonlijkheidskenmerken:
 - neuroticisme
-

- afhankelijke trekken
- hoge mate van zelfkritiek
- afhankelijkheid van waardering door anderen
- conflictvermijdend
- dysthyme stoornis
- negatieve levensgebeurtenissen, met name verlieservaringen
- onvoldoende sociale steun
- chronische sociale stressfactoren
- lichamelijke aandoeningen, met name chronische:
 - hartziekten
 - kanker
 - nierziekten, dialyse
 - endocriene stoornissen, met name diabetes
 - neurologische aandoeningen
 - longziekten (COPD)
 - pijnklachten.

In relatie tot het werk zijn de volgende risicofactoren van belang:^{3,5,18}

- niet-passende werkzaamheden (rolonduidelijkheid, ongeschiktheid voor het werk)
- psychosociale factoren in het werk:
 - onvoldoende sociale steun
 - hoge psychosociale taakeisen
 - uitsluiting en intimidatie, bijvoorbeeld pesten en een langdurig arbeidsconflict
- langdurig onvoldoende regelmogelijkheden
- dreigend verlies van werk
- werkloosheid
- arbeidsongeschiktheid.

Voorspellers van recidivering en chroniciteit

De kenmerken van de depressieve stoornis zelf zijn de meest betrouwbare voorspellers voor het beloop. Met name de ernst van de huidige depressieve episode en de lange duur van eerdere depressieve episoden zijn voorspellend voor een lange duur.¹⁶ Ook de duur van de depressievrije periode is van belang. Naarmate deze langer is, neemt de kans op een recidief af.

Van de onderhoudende factoren is met name een gebrek aan sociale steun ongunstig. Bij vrouwen is het aanhouden van levensmoeilijkheden gecorreleerd met het voortduren van een depressie.

Hierna volgt een opsomming van de factoren die samenhangen met een minder gunstig beloop van depressie. De risicofactoren die het beeld ook kunnen doen ontstaan worden niet alle opnieuw genoemd:

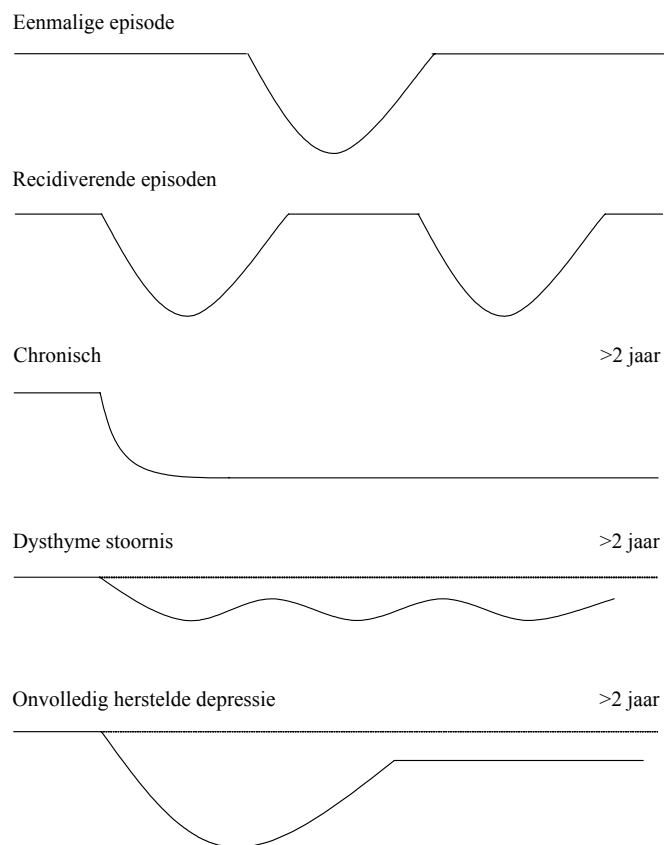
- Ziektekenmerken:
 - duur en aantal van de eerdere depressieve episoden
 - ernst van de depressieve episode
 - depressie gecombineerd met dysthymie
 - aantal restsymptomen van een voorafgaande depressieve episode (onvoldoende herstel).
- Sociale factoren:
 - dagelijkse beslommeringen, met name bij vrouwen (dit geldt minder voor een eerste depressieve episode; dan zijn vooral levensgebeurtenissen voorspellend)
 - ongunstige interpersoonlijke verhoudingen
 - lage sociaal-economische klasse
 - laag opleidingsniveau
 - alleenstaand.
- Persoonlijke factoren:
 - laat ontstaan (ouder dan 60 jaar)
 - minder goed functioneren voor aanvang depressie.
- Psychische comorbiditeit:
 - meer algemene psychische klachten (ook bij enkele restsymptomen)
 - angststoornissen
 - verslavingsstoornissen
 - persoonlijkheidsstoornissen.

3.3 Beloop

Een depressieve stoornis heeft, al dan niet behandeld, een wisselend beloop: vijftig procent van de patiënten herstelt binnen drie tot vier maanden.^{1,19} De uitkomsten van epidemiologisch onderzoek naar het beloop van depressies lopen enigszins uiteen en zijn met name afhankelijk van de onderzochte populaties, de onderzoeksmethoden en de gehanteerde criteria voor herstel. De prognose van patiënten die door de huisarts behandeld worden is in het algemeen beter dan die van de poliklinisch behandelde patiënten.²⁰ De prognose van een klinisch behandelde populatie is het slechtst: dertig procent recidiveert binnen een jaar.² In de

onderzochte populaties blijkt een jaar na aanvang van de depressieve stoornis nog circa twintig procent van de patiënten aan de criteria voor een depressieve stoornis te voldoen.¹ Een vergelijkbaar percentage wordt gevonden voor de kans op een chronische depressie.¹⁹ In het tweede ziektejaar is de kans op herstel naar schatting negen procent.²¹ Daarna neemt de herstelkans waarschijnlijk geleidelijk verder af, maar er blijft een geringe kans op herstel bestaan.

Belooptvormen depressieve stoornis



Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

Vaak zal de verzekeringsarts geconfronteerd worden met een werknemer bij wie in de voorafgaande twee jaar verzuim de diagnose depressieve stoornis gesteld is. Dat zal echter niet in alle gevallen zo zijn. Zo kan het zijn dat de stoornis niet eerder herkend is, bijvoorbeeld door overschaduwende comorbiditeit of door het atypische karakter van de klachten. Ook kan de depressie pas ontstaan zijn in een periode van arbeidsongeschiktheid die door een andere ziekte is veroorzaakt.

Veel werknemers die beoordeeld worden in het kader van de WIA hebben een hoog risicoprofiel voor het ontstaan en voortbestaan van depressie. Het is daarom van belang dat de verzekeringsarts een eigen medisch onderzoek verricht.

De diagnostiek van depressie in de eerstelijns populatie heeft zijn valkuilen. Aandachtspunten zijn:

Over- en onderdiagnostiek¹¹

Een depressieve stemming is weinig specifiek voor de depressieve stoornis. Stemmingsfluctuaties behoren tot het dagelijks leven en komen verder veelvuldig voor bij bijvoorbeeld overspanning. Een te sterk accent op een depressieve stemming kan dan ook tot overdiagnostiek leiden. Een tweede punt is dat veel chronische lichamelijke ziekten gepaard gaan met symptomen die zowel bij die ziekte horen als bij de depressieve stoornis. Een patiënt met benauwdheidsklach-

ten als gevolg van COPD of astma kan bijvoorbeeld slecht slapen, weinig energie hebben en somber zijn. Patiënten met hypothyroïdie kunnen klachten hebben van traagheid, somberheid en vermoeidheid. Een juiste inschatting van de ‘plaats’ van dit symptoom kan dan overdiagnostiek voorkomen.

Een andere valkuil is onderdiagnostiek. Achter tal van psychische en lichamelijke klachten kan een depressie schuilgaan, waarbij de kernsymptomen niet spontaan worden gemeld. Zo is een depressie die zich in de loop van een somatische ziekte geleidelijk ontwikkelt in de beginfase vaak lastig te herkennen.

Veranderlijkheid van het beeld

Een diagnose die aanvankelijk op goede gronden gesteld werd kan in de loop van de tijd evolueren. Een nieuwe beoordeling is dan gewenst. De stoornis kan zich bijvoorbeeld gunstig ontwikkelen, maar met onvolledig herstel en met restsymptomen. Anderzijds kan een beeld dat aanvankelijk niet ernstig was, zich ontwikkelen tot een ernstiger beeld.

Comorbiditeit

Door het specifieke karakter van veel van de klachten is psychische comorbiditeit niet altijd makkelijk herkenbaar. Van de volwassenen met depressie lijden er zes op de tien ook aan een andere psychische stoornis. Vooral de combinatie met angststoornissen en verslaving komt veel voor.²²

Uiteenlopende presentatie van klachten

Patiënten met een depressieve stoornis kunnen hun klachten op uiteenlopende wijzen presenteren. De volgende hoofdvormen kunnen onderscheiden worden:

- Reële presentatie: Wat patiënten vertellen is in overeenstemming met de ernst van de symptomen. Deze patiënten zijn vaak ook goed in staat om in psychologische termen over hun symptomen te reflecteren.
 - Dissimulerende presentatie: Deze patiënten stellen hun symptomen minder ernstig voor dan ze zijn. Schuld- en schaamtegevoelens over het eigen onvermogen spelen hierbij een belangrijke rol, maar ook angst voor verlies van grip op de situatie.
 - Nadrukkelijke presentatie: Deze patiënten leggen vrij sterke nadruk op hun symptomen en zijn geneigd somatische klachten op de voorgrond te stellen. Deze vorm van presentatie kan sociaal-cultureel bepaald zijn. In veel sociale verbanden leert men niet om in psychologische termen te reflecteren over
-

klachten van psychische aard. Ook de intellectuele capaciteiten en communicatieve vaardigheden van een patiënt kunnen een rol spelen.

4.2 Aanmeldingsklachten

Mensen die mogelijk aan een depressieve stoornis lijden kunnen verschillende klachten noemen. De lijst hieronder is niet uitputtend, maar geeft een indicatie van het scala aan mogelijkheden:¹¹

- Psychische spanningsklachten:
 - gevoelens van overbelasting
 - lusteloosheid
 - onmachtgevoelens
 - demoralisatie
 - schuldgevoelens
 - minderwaardigheidsgevoelens
 - prikkelbaarheid en snel geïrriteerd zijn
 - emotionele labiliteit
 - concentratieproblemen
 - moeite met helder denken
 - piekeren, twijfelen, besluiteloosheid
 - somberheid.
- Lichamelijke (spannings)klachten:
 - moeheid
 - malaise
 - slaapstoornissen, slecht slapen, te veel slapen, verstoord slaapritme
 - atypische hoofdpijn
 - spierspanning en spierpijn
 - maagklachten
 - eetlustafname of -toename
 - problemen met ontlasting
 - libidovermindering
 - specifieke hartklachten
 - andere lichamenlijk onverklaarde klachten.
- Andere klachten, bijvoorbeeld:
 - privé-problemen
 - werkproblemen.

4.3 Anamnese

De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat het gesprek met een depressieve persoon langer kan duren dan een normaal onderzoek. Het is van belang voldoende tijd te nemen, de onderzochte niet te interrumpen en vaker een stilte te accepteren.¹ De patiënt moet zijn eigen verhaal kunnen vertellen en er dient niet uitsluitend naar klachten en symptomen te worden gevraagd. Een depressie grijpt vaak sterk in het dagelijks leven in en ondermijnt altijd het zelfvertrouwen. Door onbegrip en door schaamte over de klachten zullen patiënten soms terughoudend zijn om deze te verwoorden, met name als er onvoldoende vertrouwen is.⁵ Tijdens het gesprek let de verzekeringsarts op het gedrag en de motoriek van de cliënt. Rusteloosheid kan duiden op agitatie, een trage motoriek en vertraagde spraak op remming, langere pauzes op remming en concentratiestoornissen.

De verzekeringsarts gaat na of er nog sprake is van een sombere stemming en/of verlies van interesse of plezier. De twee kernvragen zijn:

- bent u de laatste tijd (nog) somber, voelt u zich neerslachtig of vinden anderen u de laatste tijd zwaar op de hand?
- zijn er in de afgelopen tijd nog dingen waar u plezier aan beleeft, of bent u nog geïnteresseerd in de dingen waar u normaal gesproken plezier aan beleeft in uw leven?

Aanvullende vragen kunnen zijn:¹

- is het moeilijk voor u om beslissingen te nemen of knopen door te hakken? (besluiteloosheid)
- kunt u uw gedachten ergens bij houden? (concentratie)
- voelt u zich vaak onrustig, heeft u moeite om stil te zitten, heeft u de drang om te blijven bewegen? (agitatie)
- heeft u er moeite mee om zich thuis te voelen bij mensen waar u om geeft? (emotionele vervlakking)
- gaan de dingen trager dan u vroeger gewend was? (remming)
- piekert u veel, kunt u sommige gedachten nog wel eens loslaten? (richten van de aandacht)
- de verzekeringsarts vraagt ook naar suïcidale gedachten, vermoeidheid, energieverlies, slaapstoornissen en gewichtveranderingen.

4.4 Diagnose

In de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt tussen een depressieve episode en de depressieve stoornis. De depressieve stoornis omvat een of meer episoden. In geval van meerdere episoden is er al dan niet sprake van een volledig herstel.

De diagnose *depressieve episode* wordt gesteld aan de hand van de twee kernsymptomen en zeven aanvullende symptomen. De kernsymptomen zijn:

- depressieve stemming
- duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier in bijna alle activiteiten.

De zeven aanvullende symptomen zijn:

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- slapeloosheid of overmatig slapen
- psychomotore agitatie of remming
- moeheid of verlies aan energie
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging.

Van een depressieve episode wordt gesproken indien met inbegrip van één of beide kernsymptomen, minimaal vijf van de negen symptomen aanwezig zijn, gedurende ten minste twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag en bijna elke dag.

De *chronisch depressieve stoornis* wordt gekenmerkt door het beloop en niet door een andere symptomatologie. Van een chronisch depressieve stoornis wordt gesproken als de patiënt gedurende ten minste twee jaar onafgebroken aan de criteria voor een depressieve episode voldoet.

De *dysthyme stoornis* kan beschouwd worden als een milde chronische depressieve stoornis die niet voldoet aan alle criteria die nodig zijn voor het stellen van de diagnose depressieve stoornis. Het kernsymptoom van de dysthyme stoornis is:

- depressieve stemming, het grootste deel van de dag aanwezig, meer dagen wel dan niet, gedurende ten minste twee jaar.

Daarbij moeten tevens twee of meer van de volgende bijkomende kenmerken aanwezig zijn:

- slechte eetlust of te veel eten
- slapeloosheid of overmatig slapen
- weinig energie of moeheid
- gering gevoel van eigenwaarde
- slechte concentratie of besluiteloosheid
- gevoelens van hopeloosheid.

Een dysthyme stoornis dient niet onderschat te worden. Met name door het chronische karakter kan de stoornis ernstige gevolgen hebben voor het sociaal functioneren. De prognose wordt slechter naarmate de stoornis langer duurt.

Als een depressieve stoornis in ernst afneemt en niet meer aan alle criteria voldoet, wordt niet gesproken van een dysthyme stoornis, maar van een onvoldig herstelde depressie. Indien een dysthyme stoornis is overgegaan in een depressieve episode, wordt verder gesproken van een depressieve stoornis en niet meer van dysthymie. Dit beeld wordt ook wel *dubbele depressie* genoemd.

4.5 Ernst van de stoornis

Omdat bij een depressieve stoornis sprake is van duidelijke koppeling tussen de ernst van de symptomen en de ernst van de beperkingen, is het voor de praktijk van belang om een inschatting van de ernst te maken.¹⁷ In veel gevallen gebeurt dit door een klinische beoordeling. Er zijn ook meetinstrumenten (vragenlijsten) voor ontwikkeld, die mogelijk voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling een waardevol hulpmiddel kunnen zijn. Omdat echter met deze vragenlijsten in de verzekeringsgeneeskundige praktijk nog geen ervaring is opgedaan, wordt het gebruik ervan vooralsnog in dit protocol niet aanbevolen. Voor de toepassing van vragenlijsten in de curatieve beroepsuitoefening wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn.²

De verzekeringsarts dient aan de hand van de reeds aanwezige gegevens en op grond van zijn eigen onderzoek een inschatting te maken van de ernst van de stoornis. Een depressieve stoornis kan als ernstiger worden omschreven naarmate:

- de depressieve episode met meer en ernstiger symptomen gepaard gaat
 - de episode langer duurt
 - er sprake is van (mogelijke) suïcidaliteit en/of van psychotische kenmerken
 - het algemeen functioneren meer is aangetast
 - er vaker recidieven zijn opgetreden
-

- het herstel in de tijd tussen de episoden minder volledig is.

4.6 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

4.6.1 Overspanning

De diagnostische kenmerken van overspanning zijn:

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

In essentie wordt dit beeld gekenmerkt door verlies van controle over de interactie met de omgeving. Overspanning dient onderscheiden te worden van spanningsklachten die niet gepaard gaan met verlies van controle en het laten vallen van belangrijke sociale rollen. Voor nadere informatie over de diagnostiek van overspanning zij verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning*.

Bij een spontaan beloop van overspanning dreigt in ongeveer dertig procent van de gevallen een complicatie in de vorm van een depressieve stoornis, maar ook kan een angststoornis of somatoforme stoornis ontstaan. Dit illustreert dat de grenzen tussen deze beelden niet altijd scherp te trekken zijn.

Wanneer overspanning overgaat in een depressieve stoornis kunnen bij een gedeeltelijk herstel de verschijnselen van overspanning weer op de voorgrond komen te staan. In die gevallen wordt niet opnieuw van overspanning gesproken, maar van een depressie met onvolledig herstel. Dat neemt niet weg dat in die fase, net als bij overspanning, verlies van controle over de interactie met de omgeving het centrale probleem van de patiënt kan zijn. In die gevallen is de patiënt ook gebaat bij dezelfde therapeutische (en werkgerelateerde) benadering als bij overspanning.

4.6.2 *Angststoornissen*

Om een angststoornis te herkennen moet de arts er alert op zijn. De meeste patiënten spreken niet spontaan over hun angst(en), maar presenteren vaak wisselende, onderling schijnbaar niet samenhangende klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, slaapstoornissen, lichamelijke klachten enzovoort. Er is een grote overlap in symptomatologie tussen angststoornissen, overspanning en depressieve stoornis. Zo blijkt dat ongeveer een derde van de patiënten met een depressieve stoornis ook een angststoornis heeft. Patiënten met een mengbeeld hebben een grotere lijdensdruk en reageren minder goed op behandeling.^{1,22}

Omdat beide typen stoornissen vaak samen voorkomen dient de verzekeringsarts bij iemand met een (mogelijke) depressieve stoornis altijd gericht te vragen naar angststoornissen. Bruikbare vragen zijn:

- voelt u zich angstig; heeft u onbestemde angstgevoelens; maakt u zich veel zorgen?
- vindt u uw angsten of bezorgdheden reëel; kunt u ze begrijpen?
- belemmeren deze angsten en bezorgdheden u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?
- kunt u voorbeelden geven in welke situaties dat het geval is?

Voor nadere informatie zij verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn *Angststoornissen*, de NHG-Standaard *Angststoornissen* en het bij deze richtlijnen aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.^{23,24}

4.6.3 *Bipolaire stoornissen*

Bij het beoordelen van een depressieve episode dient men ook alert te zijn op een mogelijke bipolaire (ofwel manisch-depressieve) stoornis. Als er naast de depressieve episode(n) anamnestic sprake is van een of meer periodes met een verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming die meerdere dagen aanhoudt (hypomane of manische episode), dan kan dat duiden op een bipolaire stoornis. Bijkomende symptomen die bij een verdenking op (hypo)manie moeten worden beoordeeld zijn een verhoogde eigenwaarde, afgenomen behoefte aan slaap, verhoogde spraakzaamheid, gedachtevlucht, verhoogde afleidbaarheid en een toegenomen dadendrang op sociaal gebied of werk.

Het onderscheid tussen een manische en een hypomane episode wordt bepaald doordat de episode respectievelijk wel of niet gepaard gaat met disfunc-

tioneren. Indien de episode in termen van gedrag wel door de naasten van betrokkene als zodanig herkend wordt, maar niet gepaard gaat met disfunctioneren, is sprake van een hypomane episode. Indien het gedrag dermate abnormale vormen aanneemt, dat het gepaard gaat met disfunctioneren, is sprake van een manische episode.

Over het algemeen wordt de bipolaire stoornis als een ernstige en invaliderende ziekte beschouwd. Desondanks zoekt niet iedereen hiervoor professionele hulp. Ongeveer twee procent van de volwassenen, mannen en vrouwen in gelijke mate, heeft ooit in zijn of haar leven een bipolaire stoornis gehad. Een kwart van hen heeft hiervoor geen professionele hulp gezocht.²² Bij twijfel aan de diagnose is het raadzaam een psychiater te consulteren.^{2,22}

4.6.4 Chronische-vermoeidheidssyndroom

Bij het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) is het belangrijkste kenmerk een ernstige vermoeidheid, die tenminste zes maanden aanwezig is, of steeds terugkeert, die betrokkene aanzienlijk beperkt in zijn dagelijks functioneren en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. In veel gevallen is ook sprake van vertraagd herstel na inspanning, verspreide pijnklachten, klachten over de kwaliteit van het geheugen, de concentratie en de slaap.²⁵ Bij CVS zijn het zelfvertrouwen en het zelfbeeld niet, of in veel mindere mate, aangetast dan bij een depressieve stoornis en staan de lichamelijke klachten meer op de voorgrond. Er kan ook sprake zijn van comorbiditeit.

Voor nadere informatie zij verwezen naar het Gezondheidsraadadvies *Het chronische-vermoeidheidssyndroom* en het daarbij aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom*.²⁵

4.7 Behandeling

4.7.1 Algemeen

Bij een eerste lichte episode van een depressieve stoornis kan in de eerste drie maanden vaak volstaan worden met een ‘waakzame begeleiding’ in de vorm van gesprekken, voorlichting en adviezen.^{1,11} Als de ‘waakzame begeleiding’ bij een lichte episode niet volstaat, de depressieve episode ernstig is of sprake is van een recidief episode, is behandeling geïndiceerd.

Verschillende typen behandelingen zijn effectief. Het gaat vooral om medicamenteuze behandeling en vormen van kortdurende psychotherapie. Er is nog weinig bekend over een optimale volgorde van deze behandelingen. Combinaties

van behandelingen blijken effectief te zijn. Dat geldt ook voor patiënten met een chronische depressie. De mate waarin patiënten de behandeladviezen opvolgen of zich inzetten bij psychotherapie, is voor een belangrijk deel afhankelijk van de behandelrelatie. De keuze voor een behandeling of een combinatie van behandelingen, is afhankelijk van ernst en aard van de stoornis en wordt zo veel mogelijk gemaakt in overleg met de patiënt.

Werkzame vormen van behandeling zijn:

- Medicamenteuze behandeling: In het algemeen wordt in de eerste lijn gestart met een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) of met een tricyclisch antidepressivum (TCA). Alle antidepressiva zijn nagenoeg even effectief en zijn effectief in ongeveer 50 tot 60 procent van de gevallen. De keuze voor een van de middelen wordt gemaakt op grond van relatieve contra-indicaties (bijvoorbeeld bij cardiale problematiek) en eerdere ervaringen bij het gebruik door de patiënt ten aanzien van de effectiviteit en bijwerkingen. Als er na vier tot zes weken geen respons is of bij onacceptabele bijwerkingen, dient gewisseld te worden van middel. Bij een goed effect wordt de dosering niet gewijzigd. Indien een gekozen medicatie getolereerd wordt, maar het effect onvolledig is, wordt de dosering geleidelijk verhoogd tot voldoende effect bereikt is. Geadviseerd wordt om na een eerste depressieve episode de medicatie gedurende zes maanden na het verdwijnen van de depressie voort te zetten. Bij patiënten met recidiverende depressieve episoden is voortzetting van de medicamenteuze behandeling gedurende een tot enkele jaren geïndiceerd.
 - Psychotherapie:
 - Cognitieve gedragstherapie (CGT): 12 tot 20 zittingen, een maal per week. In deze vorm van therapie worden niet-functionele en depressieve cognities opgespoord en voorzien van alternatieve gedachten. Verondersteld wordt dat het gevoel en het gedrag veranderen als gevolg van de veranderde gedachten. CGT is gelijktijdig gericht op het activeren van de patiënt
 - Interpersoonlijke psychotherapie (IPT): Kortdurende pragmatische vorm van psychotherapie, speciaal ontworpen voor de behandeling van depressies. De therapeut en cliënt nemen moeilijke levensomstandigheden onder de loep en zoeken naar oplossingen voor problemen die daardoor veroorzaakt worden.
 - Overige werkzame interventies:
 - Ergotherapie: Deze therapie is effectief gebleken in het bekorten van ziekteverzuim bij ernstig depressieve patiënten van wie de depressie gerela-
-

teerd is aan arbeid. De behandeling duurt zes maanden en in verschillende fasen wordt steeds op een nieuwe manier aandacht besteed aan vier punten: arbeidsfunctioneren, handelingspatronen, andere levensgebieden en een op de re-integratie afgestemd plan⁵

- Fysieke training: Het is aannemelijk dat met name de *running therapy* een werkzame behandelvorm is voor verschillende graden van ernst van depressie
- *Problem solving therapy* (PST): Dit is een kortdurende (vijf tot zes sessies), sterk geprotocolleerde therapie, die als doel heeft de eigen oplossingsvaardigheden van patiënten te vergroten. De therapie is afgeleid van de cognitieve gedragstherapie en ontwikkeld voor gebruik in de eerste lijn.

Alle behandelaars dienen aandacht te hebben voor de relatie tussen depressie en werk. Voor een goed beleid op dit punt is wederzijdse communicatie tussen de verschillende disciplines van essentieel belang.^{1,3,4}

4.7.2 *Lichte depressieve stoornissen*

In de eerste lijn worden procentueel vooral lichte tot matig ernstige depressieve stoornissen gezien, waarbij een stressgerelateerde component vaak een belangrijke rol speelt.^{1,4} De verzekeringsarts kan in het kader van de WIA ook te maken krijgen met lichte depressieve stoornissen.

Bij een lichte depressieve stoornis die zich voor de eerste maal voordoet, hoeft niet meteen tot actieve behandeling te worden overgegaan. De huisarts of bedrijfsarts kan beginnen met voorlichting, die inhoudt dat depressieve stoornissen veel voorkomen en een redelijk gunstige prognose hebben. Om te voorkomen dat patiënten zich schuldig voelen over het ontwikkelen van een depressie is het ook belangrijk om uit te leggen dat depressie verschillende ontstaansgronden heeft. Niet op al die ontstaansgronden hebben patiënten zelf invloed. De voorlichting betreft tevens de behandelmogelijkheden bij een toename van de ernst en de rol die de patiënt daarbij zelf kan spelen. Op deze manier kunnen vooroordelen worden weggenomen.

De huisarts of bedrijfsarts biedt, afhankelijk van de mate van lijdensdruk, de ernst van het disfunctioneren en de behoefte van de patiënt, steunende contacten.^{1,3} Geadviseerd wordt om, zo mogelijk, werkzaamheden en hobby's in enige vorm voor te zetten of weer op te pakken. Factoren die de depressie hebben uitgelokt of die het herstel belemmeren, kunnen besproken worden. De gesprekken zijn onder meer gericht op het anticiperen op problemen, het stimuleren van het

bedenken van oplossingen en het benoemen van de positieve aspecten van die ervaringen. Eventueel kunnen *problem solving therapy* en *running therapy* geadviseerd worden.

Het beloop van de depressie wordt gecontroleerd. Als binnen drie maanden geen verbetering optreedt of achteruitgang wordt gesignaleerd, wordt overgegaan tot een intensievere behandeling. Daarbij kan zowel voor een antidepressivum als voor psychotherapie worden gekozen. Voor behandeling met een antidepressivum geldt dat de bijwerkingen in de eerste weken een even grote negatieve invloed op het functioneren in het werk kunnen hebben als de symptomen zelf. Bij de lichte depressies moeten de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling dan ook goed tegen elkaar afgewogen worden.

4.7.3 *Matig ernstige depressieve stoornissen*

Bij matig ernstige depressieve episoden is er, naast de genoemde voorlichting en activering, een indicatie voor depressiespecifieke behandeling. Er kan gekozen worden tussen antidepressieve medicatie en psychotherapie. Beide zijn ongeveer even effectief. De uitgangspunten voor de medicamenteuze behandeling van deze categorie patiënten werden besproken in paragraaf 4.7.1. De antidepressiva moeten voldoende lang (zeker zes tot acht weken) ingenomen en voldoende hoog gedoseerd worden, voordat geconcludeerd kan worden dat ze niet effectief zijn.

4.7.4 *Ernstige depressieve stoornissen*

Ernstige vormen van depressie kunnen in de eerste lijn worden behandeld, maar vaak is er afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de complexiteit van het beeld, een indicatie voor verwijzing naar de tweede lijn. Medicamenteuze behandeling is nu aangewezen en dat is zeker het geval indien de depressie gepaard gaat met melancholische (vitale) of psychotische kenmerken. Een combinatie met *evidence based* psychotherapie kan zinvol zijn, zeker als de patiënt door alleen medicatie onvoldoende opknapt. Toevoegen van psychotherapie wordt eveneens aanbevolen indien sprake is van een chronische depressieve stoornis of recidiverende episoden. Ook kan intensievere behandeling in de vorm van dagbehandeling of klinische opname aangewezen zijn. In deze behandelvormen kunnen verschillende medicamenten en vormen van therapie gecombineerd worden aangeboden. Bij zeer ernstige depressieve stoornissen, die niet op een medicamenteuze therapie reageerden, kan een electroconvulsiotherapie geïndiceerd zijn. Bespreking van de indicaties voor deze intensieve behandelingen valt buiten het bestek van dit protocol.

De duur van de behandeling bij meer ernstige depressieve stoornissen is positief geassocieerd met het percentage patiënten waarbij het arbeidsfunctioneren herstelt: hoe langer de behandeling, hoe meer herstel. Ook mensen met een relatief ernstige depressieve stoornis die al langere tijd duurt, zullen in het algemeen nog neigen tot herstel. Een jaar na het begin van een depressieve episode is ongeveer zeventig procent van de patiënten hersteld. In de daaropvolgende jaren neemt de kans op herstel steeds verder af. Na twee, vijf en tien jaar zijn de herstelpercentages respectievelijk 81, 88 en 93 procent.

Werkhervatting

Een belangrijk uitgangspunt voor de advisering aan werkgever en werknemer is de multicausale bepaaldheid van het ziektebeeld. Er is een wederkerig verband tussen depressie en werk. Factoren in het werk kunnen een depressieve stoornis mede veroorzaken. In sommige gevallen is het werk zelfs de belangrijkste oorzaak. Anderzijds kan een depressie, indien deze nog niet tot uitval heeft geleid, een nadelige invloed op het werk hebben. Behalve potentieel bedreigende aspecten heeft werk ook een positieve betekenis voor het (herstel van het) gezond functioneren: het geeft structuur, activering in sociale rollen en sociale steun.^{5,11}

Gezien de betekenis van het werk bij een depressieve stoornis en de wisselvalligheid van het beeld is de coachende en voorlichtende rol van de bedrijfsarts van groot belang. De kans op terugkeer lijkt gunstig beïnvloed te worden door een leidinggevende die empathisch is, contact met de werknemer onderhoudt, openstaat voor een gedeeltelijke terugkeer en overlegt met de bedrijfsarts en de personeelsfunctionaris.²⁶

Gemiddeld duurt de re-integratie van werknemers met een depressieve stoornis langer dan die van werknemers met overspanning of een angststoornis. Bij een beginnende depressieve episode is het aan te raden om een deel van de werkzaamheden vast te houden. Na een ziekmelding dient onderzocht te worden hoe een deel van de werkzaamheden zo spoedig mogelijk kan worden hervat. Wel moet zorgvuldig worden bezien hoe de eisen van het werk zich verhouden tot de symptomen en beperkingen waarmee de depressieve stoornis gepaard gaat. Ernst

en beloop van een depressieve episode beïnvloeden de re-integratie. De advisering geschiedt procescontingent.¹¹

Factoren die re-integratie begunstigen zijn: mogelijkheden voor positieve (succes)ervaringen in het werk, de mogelijkheid van een aangepaste productienorm en een omgeving die participatie in sociale rollen stimuleert. Depressieve patiënten hebben een negatief zelfbeeld, gebrek aan zelfvertrouwen en de neiging zich te isoleren. In de praktijk is regelmatig een snelle verbetering te zien als een patiënt zich geaccepteerd voelt, als hij betrokken wordt in het werkproces en als het werk toekomstperspectief biedt. Het initiatief zal veelal van de omgeving moeten uitgaan, omdat de betrokkene zelf door de depressieve symptomen daartoe vaak niet goed in staat is. Bij initiatieven die niet van hemzelf uitgaan, moet hij wel volledig betrokken worden.

Patiëntgebonden factoren die in de afwegingen omtrent werkhervatting betrokken moeten worden zijn:

- het symptoomprofiel, in kwantitatieve en kwalitatieve zin
- de oorzaken en/of de aanleiding voor de depressieve stoornis
- het beeld van de persoonlijkheidsstructuur van betrokkene vóór de depressie
- het steunsysteem van de patiënt
- de ingezette behandeling en de fase waarin de behandeling zich bevindt.

Als vanwege de ernst van de symptomen behandeling geïndiceerd is, zullen eerst de symptomen naar een aanvaardbaar niveau moeten worden teruggebracht, voordat de werkzaamheden weer opgepakt kunnen worden. Een te vroege confrontatie met weer te móeten werken, zonder een goede voorbereiding, kan decompenserend werken.

Complexe taken waarbij overzicht moet worden opgebouwd en soms ook een nieuw sociaal netwerk, zullen bij meer ernstige vormen van depressie vrijwel altijd tot problemen leiden, als gevolg van symptomen als concentratieverlies, besluiteloosheid en angst. Managementtaken, maar ook uitvoerende werkzaamheden die veel concentratie of besluitvaardigheid vragen (chauffeurs, kraanmachinisten, politie) zullen veelal ontraden dienen te worden. De bijwerkingen van medicatie moeten in deze afweging betrokken worden. Een depressieve medewerker uit zijn eigen werk halen en met 'andere taken belasten' kan echter ook negatieve gevolgen hebben en de symptomatologie verergeren, als dit niet in goed overleg met hemzelf gebeurt. Het advies om een depressieve medewerker tijdelijk met andere werkzaamheden te belasten moet altijd zeer zorgvuldig worden afgewogen.¹¹

Tussen twee en vier maanden en zo nodig nogmaals rond acht maanden na het begin van het verzuim, actualiseert en verdiept de bedrijfsarts zijn multifacto-

riële probleemanalyse. Als voldoende herstel is opgetreden, worden in het algemeen de preëxistente kenmerken van de persoon weer zichtbaar. Dit kan bijvoorbeeld van belang zijn als er sprake is van een stressgerelateerde component, die aanvankelijk overschaduwd werd door de depressieve stoornis, maar die bij herstel weer zichtbaar wordt. In dat geval zal daarmee in behandeling en begeleiding rekening gehouden moeten worden. Tevens dient ermee rekening te worden gehouden dat na het opklaren van een depressieve stoornis, restsymptomen en beperkingen aanwezig kunnen blijven.²⁷

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met een depressie voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van de prognose 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 depressieve stoornis vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de ziekte, de behandeling en de begeleiding, in de wetenschap dat bij een adequate behandeling en begeleiding de grote meerderheid van de werknemers met een depressieve stoornis binnen een jaar weer, al of niet geheel, zal herstellen. 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.²⁸

6.2 Functionele mogelijkheden

Als het erom gaat in te schatten wat de betekenis is van de klachten voor het vaststellen van de beperkingen bij een depressieve stoornis, zijn twee opmerkingen van belang:

- bij een depressieve stoornis vallen klachten en beperkingen voor een belangrijk deel samen
- het cognitieve proces waarmee iemand zijn klachten en beperkingen zelf tracht in te schatten, wordt op zijn beurt door de depressieve stoornis beïnvloed.

Bij een depressieve stoornis is niet goed onderscheid te maken tussen de manifeste symptomen en het sociaal disfunctioneren. Symptomen als concentratieverlies, besluiteloosheid, verlies aan interesse en gebrek aan energie, verwijzen rechtstreeks naar beperkingen, die kunnen interfereren met werk. Er zijn aanwijzingen dat de cognitieve stoornis bij depressie gelegen is in een vertraagde informatieverwerking van de automatische subtaken (o.a. geheugenscanning).²⁹

De mogelijke beperkingen bij een depressieve stoornis zijn als volgt in te delen (de opsomming is niet limitatief):

- Affectieve beperkingen als gevolg van:
 - stoornis in het emotioneel beleven: negatief zelfbeeld, schaamte over de eigen prestaties, gespannenheid, verlies aan interesse, onvermogen te genieten en gevoelens van onvrede
 - stoornis in de empathie: teruggang van het vermogen om relationele contacten aan te gaan of te onderhouden.
- Cognitieve beperkingen als gevolg van:
 - stoornis in geheugen en concentratie
 - verlies aan mentale energie
 - verlies aan flexibiliteit.
- Fysieke beperkingen als gevolg van:
 - verlies aan fysieke energie
 - vermoeidheid als gevolg van slaapstoornissen.

Functionele beperkingen manifesteren zich zowel bij matige als ernstige vormen van depressieve stoornissen en hebben verzuim, productieverlies en conflicten tot gevolg. Voorbeelden van functionele beperkingen zijn het plannen, initiëren en uitvoeren van doelgerichte activiteiten.

Bij lichte depressieve stoornissen verloopt het herstel van het algemeen functioneren en van het functioneren in arbeid synchroon met het verdwijnen van symptomen. Bij herstel van meer ernstige depressieve stoornissen verdwijnen de affectieve symptomen meestal eerder dan de functionele. De verzekeringsarts moet daarom rekening houden met de mogelijkheid dat betrokkene vrij weinig klachten kan hebben, terwijl hij op uitvoerend niveau soms nog aanzienlijke beperkingen heeft.^{3,17}

Bij lichte en matige depressieve stoornissen is men, ondanks de affectieve beperkingen, in het algemeen in staat om te werken. Het ziektebeeld kan wel een (belangrijke) negatieve invloed hebben op arbeidsprestatie en productiviteit. Van belang is dat de werknemer kan terugvallen op routine en een bekend (vertrouwd) sociaal netwerk. Complexe taken waarbij een overzicht moet worden opgebouwd en soms ook een nieuw sociaal netwerk, zullen als gevolg van symptomen als concentratieverlies, besluiteloosheid en angst, vrijwel altijd tot problemen leiden. Managementtaken, maar ook uitvoerende werkzaamheden die veel concentratie of besluitvaardigheid vragen (chauffeurs, kraanmachinisten, politie), zullen veelal moeten worden afgeraden. De bijwerkingen van medicatie moeten in deze afweging betrokken worden.

De beperkingen zullen in de *Functionele mogelijkhedenlijst* voor een belangrijk deel in de rubrieken persoonlijk functioneren en sociaal functioneren gescoord worden. Bij de minder ernstige depressieve episoden zal de verzekeringsarts in het algemeen rekening moeten houden met beperkingen in de specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid. De gevolgen van lusteloosheid, vermoeidheid, energieverlies en slechte fysieke conditie kunnen ook gevolgen hebben voor beperkingen in de rubrieken dynamisch handelen en werktijden.

Bij een depressieve stoornis kan sprake zijn van een ernstige psychische stoornis met een onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. In geval van twijfel over de zelfredzaamheid kan een psychiatrische expertise aangevraagd worden.

6.3 Te verwachten beloop

Bij een volledige arbeidsongeschiktheid beoordeelt de verzekeringsarts of er binnen afzienbare tijd herstel te verwachten is. Bij ontbreken van functionele arbeidsmogelijkheden na twee jaar aaneengesloten arbeidsongeschiktheid als gevolg van een depressieve stoornis, is de prognose voor wat betreft volledig en duurzaam herstel ongunstig. Gebleken is echter dat van de patiënten met een chronisch depressieve stoornis ongeveer tien procent per jaar alsnog herstelde.

De prognose is het minst gunstig als er sprake is van het voortduren van verschillende risicofactoren zoals genoemd in paragraaf 3.2. De prognose is gunstiger in het geval van:

- nog niet (voldoende) benutten van bewezen effectieve behandelmogelijkheden
- een eerste episode zonder premorbide psychosociale beperkingen
- ontbreken van comorbiditeit
- een jonge leeftijd.

Op individueel niveau is geen van de bekende voorspellende factoren doorslaggevend voor een definitieve prognose. Om die reden zal in het geval van geen benutbare mogelijkheden ook na twee jaar arbeidsongeschiktheid veelal nog niet met volledige zekerheid gezegd kunnen worden of er sprake is van duurzaamheid. Indien de verzekeringsarts twijfelt, doet hij er goed aan om door intercollegiale toetsing tot een afgewogen oordeel te komen.

6.4 Behandeling en begeleiding

In geval van een recent ontstane depressieve stoornis verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer adequaat wordt behandeld en begeleid (zie 4.7).

Bij een langer bestaande depressieve stoornis overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts 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 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 van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, van Gelderen M, e.a. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 614-633.
 - 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijntonwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
 - 3 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Module Depressie en arbeid (versie 10-01-2005). http://nvab.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_340_TICH_R160496787307409, 10-04-2006.
 - 4 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Utrecht: NVAB; 2000.
 - 5 Schene AH, van Weeghel J, van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Psychische aandoeningen en arbeid: de achtergronden. In: Schene AH, Boer F, Heeren TJ, editors. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 233-250.
 - 6 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 - 7 de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WA, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4): 620-629.
 - 8 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.
-

- 9 Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische
stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking. Utrecht: Trimbos-instituut; 2002.
- 10 van Weel-Baumgarten EM. Chronische nerveus-functionele klachten: een aparte 'diagnose' in de
huisartsenpraktijk? Huisarts Wet 2003; 46(11): 603-607.
- 11 Schene AH, van der Klink JJJ, Lucassen P. Depressie. In: van der Klink JJJ, Terluin B, editors.
Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Logum; 2005: 343-371.
- 12 van Weel-Baumgarten EM, van den Bosch WJ, Hekster YA, van den Hoogen HJ, Zitman FG.
Treatment of depression related to recurrence: 10-year follow-up in general practice. J Clin Pharm
Ther 2000; 25(1): 61-66.
- 13 Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A e.a. Natural history of Diagnostic
Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area
follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 993-999.
- 14 Piccinelli M, Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings. Br J Psychiatry 1994;
164(3): 297-304.
- 15 van der Hoek W. Prognose van depressie in het kader van de claimbeoordeling voor de nieuwe WAO.
TBV 2006; 14(4): 161-166.
- 16 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Determinants of persistence of
major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health
Survey and Incidence Study (NEMESIS). J Affect Disord 2004; 81(3): 231-240.
- 17 Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Essink-Bot ML. Levels of disability in major
depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).
J Affect Disord 2003; 77(1): 53-64.
- 18 Schene A, van Weeghel J, van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Psychische aandoeningen en arbeid: de
interventies. In: Schene AH, Boer F, Heeren TJ, editors. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie
2005-2006. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 251-269.
- 19 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive
episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and
Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry 2002; 181: 208-213.
- 20 van Weel-Baumgarten E, Schers H, van den Bosch W, van den Hoogen H, Zitman FG. Het
langetermijnbeloop van depressie bij patiënten in de open bevolking en de huisartspraktijk. Een
systematische review. Huisarts Wet 2001; 12: 537-544.
- 21 Mueller TI, Keller MB, Leon AC, Solomon DA, Shea MT, Coryell W e.a. Recovery after 5 years of
unremitting major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 1996; 53(9): 794-799.
- 22 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.
- 23 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire
richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen
cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
-

- 24 Terluin B, van Heest FB, van der Meer K, Neomags GJH, Hekman J, Aulbers LPJ e.a. NHG-
Standaard Angststoornissen (eerste herziening) M62. Huisarts Wet 2004; 47(1): 26-37.
- 25 Gezondheidsraad. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. De Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/
02.
- 26 Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Supervisory behaviour as a
predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. Occup
Environ Med 2004; 61(10): 817-823.
- 27 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and
depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and
Incidence Study (NEMESIS). Acta Psychiatr Scand 2004; 110(3): 208-214.
- 28 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging
Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34-44.
- 29 den Hartog HM, Derix MM, van Bemmelen AL, Kremer B, Jolles J. Cognitive functioning in young
and middle-aged unmedicated out-patients with major depression: testing the effort and cognitive
speed hypotheses. Psychol Med 2003; 33(8): 1443-1451.

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De 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 bezien 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

De commissie

Als commissie voor dit advies fungeren

- de commissie WIA, voor de *Algemene inleiding*
- de werkgroep Stressgerelateerde klachten en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning*
- de werkgroep Depressie en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*

Werkgroep Stressgerelateerde klachten

- prof. dr. J.J.L. van der Klink, *voorzitter*
hoogleraar sociale geneeskunde, arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam
 - prof. dr. R.W.B. Blonk
psycholoog, hoogleraar arbeidsparticipatie en psychische klachten; TNO Arbeid, Hoofddorp/Universiteit Utrecht
 - dr. D.J. Bruinvels
bedrijfsarts; VU medisch centrum, Amsterdam
 - C.E.M. van Geest
bezwaarverzekeringsarts; UWV, Rotterdam
-

- M. Loo
bedrijfsarts; Arbo Unie, Zwolle
- dr. B. Terluin
huisarts; VU medisch centrum, Amsterdam
- P.J. Verhagen
psychiater; GGZ Meerkanten Flevo-Veluwe, Ermelo
- J.H. Wijers
verzekeringsarts; WOSM, Zeist
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Depressie

- prof. dr. A.H Schene, *voorzitter*
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - C.M.M. Ausems-Kerkvliet
bedrijfs-/verzekeringsarts, cognitief-gedragstherapeut; Ausems en Kerkvliet, Goor
 - P.G. Brock
verzekeringsarts; UWV, Amsterdam
 - J. Dogger
bedrijfsarts; Arbo Unie, Hilversum
 - mr. W.A. Faas
verzekeringsarts; UWV, Amsterdam
 - dr. M. Huibers
psycholoog; Universiteit Maastricht
 - dr. K. Nieuwenhuijsen
gezondheidswetenschapper; Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. J. Spijker
psychiater; De Gelderse Roos, Ede / Trimbos-instituut, Utrecht
 - dr. E.M. van Weel-Baumgarten
huisarts; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
 - dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad
 - mr. F. Westerbos, *secretaris*
arts; Gezondheidsraad
-

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
- 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; Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, 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 sociale geneeskunde, arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health; NSPOH, Amsterdam
- dr. H. Kroneman
verzekeringsarts; UWV, 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 Arbo 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

- L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts; Bureau Inspecteur-Generaal SZW, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

De beide protocollen en de bijbehorende toelichtingen werden in concept becommentarieerd door:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (www.cg-raad.nl)
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (www.lve.nl)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (www.gav.nl)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.net)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (www.nvvg.nl)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Stichting Pandora (www.stichtingpandora.nl)
- Vereniging Landelijk Platform GGz

De genoemde organisaties dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

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 adviseur-schap 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.

