

---

# Verzekeringsgeneeskundige protocollen

---

Angststoornissen

Beroerte

Borstkanker







Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

---

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen:*  
*Angststoornissen, Beroerte*

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-M4

Bijlagen : 1

Datum : 15 maart 2007

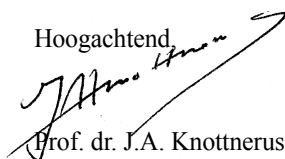
Mijnheer de minister,

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

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

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

Hoogachtend



Prof. dr. J.A. Knottnerus

---

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

---

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



---

# Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen  
Beroerte  
Borstkanker

---

---

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

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

---

---

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

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

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



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

---

U kunt het advies downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

---

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

---

auteursrecht voorbehouden

---

ISBN: 978-90-5549-639-6

---

---

# Inhoud

---

Samenvatting 9

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Angststoornissen 13

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Angststoornissen 19

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Beroerte 57

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Beroerte 65

---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Borstkanker 103

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Borstkanker 111

---

---

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



---

## Samenvatting

---

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

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

---



---

Verzekeringsgeneeskundig protocol  
Angststoornissen

---

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol  
Angststoornissen

---

---

---

# Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen

---

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

---

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

---

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

---

**1      Oriëntatie op aanwezige gegevens**

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

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

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

---

## 2 Beoordelingsgesprek

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

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

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

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

---

### **3 Medisch onderzoek**

Het medisch onderzoek is gericht op:

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

---

### **4 Overleg met derden**

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

---

### **5 Onderzoek door derden**

De verzekeringsarts overweegt een psychiatrische expertise in geval van:

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



---

**B**      **Beoordeling**

---

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

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

---

**2**      **Functionele mogelijkheden (6.2)**

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

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

---

**3**      **Te verwachten beloop (6.3)**

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

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

---

**4**      **Behandeling en begeleiding (6.4)**

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

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

---

# **Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Angststoornissen**

---

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

---

---

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

---

|  |            |    |
|--|------------|----|
|  | Literatuur | 51 |
|--|------------|----|

---

# Inleiding

---

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

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

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

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

---

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

---

## De aandoening

---

### 2.1 Kenmerken

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## **2.2      Epidemiologie**

Angststoornissen komen van alle psychische stoornissen het meest voor, niet alleen in Nederland, maar ook in veel andere landen. In het Nemesis onderzoek werd voor Nederland een jaarprevalentie van 12,4 procent gevonden, met een ongelijke verdeling tussen mannen en vrouwen (vrouwen 16,6 procent, mannen 8,3 procent).<sup>5-7</sup> De *lifetime* prevalentie is ruim 19 procent. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is echter veel lager, ongeveer vijf per 1000.<sup>1</sup> Dat betekent dat niet alle angststoornissen door de huisarts worden gediagnosticeerd. Een gedeeltelijke verklaring is dat niet alle mensen met een angststoornis hulp zoeken bij de huisarts. Daarnaast wordt in een aantal gevallen de angststoornis door de huisarts gemist.

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

---



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

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

Ook internationaal worden hoge prevalenties van angststoornissen gevonden. Nederland neemt een middenpositie in.<sup>7,10</sup>

---

### 2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

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

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

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

---

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

---



---

## Ontstaan en beloop

---

### 3.1 Ontstaan

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

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

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

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

---

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

---

## **3.2 Risicofactoren**

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

---

### **3.2.1 Predisponerende factoren**

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

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

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

---

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

---

### 3.2.2 *Uitlokkende factoren*

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

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

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

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

---

## 3.3 **Beloop**

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

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

---

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

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

De prognose van angststoornissen die adequaat behandeld worden is gunstig.<sup>2</sup>

---

## Diagnose en behandeling

---

### 4.1 Aandachtspunten

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

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

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

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

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

---

## 4.2 Diagnostiek

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

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

---

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



gen door te informeren naar de angst. Hij kan hiervoor gebruik maken van de volgende vragen:<sup>1,2,17</sup>

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

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

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

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

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

---

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

---

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

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

---

## 4.3 Indeling volgens DSM-IV

---

### 4.3.1 *Paniekstoornis, met en zonder agorafobie*

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

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

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

---

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

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

---

#### 4.3.2 Sociale fobie

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

De diagnostische criteria voor de sociale fobie zijn:

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

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

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

---

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

---

#### 4.3.3 *Enkelvoudige (specifieke) fobie*

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

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

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

---

#### 4.3.4 *Gegeneraliseerde angststoornis*

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

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

---

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

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

---

#### 4.3.5 *Obsessieve-compulsieve stoornis*

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

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

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

---

#### 4.3.6 *Posttraumatische stressstoornis*

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

---

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

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

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

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

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

---

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

---

#### 4.3.7 *Hypochondrie*

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

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

---

### 4.4 **Differentiële diagnostiek en comorbiditeit**

---

#### 4.4.1 *Somatische aandoeningen*<sup>12,21</sup>

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

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

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

---

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

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

---

#### 4.4.2 *Middelengebruik*

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

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

---

#### 4.4.3 *Andere psychiatrische aandoeningen*

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

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

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



---

## **4.5      Behandeling**

---

### **4.5.1    Algemeen**

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

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

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

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

---

Inzichtgevende psychotherapie geldt niet als een succesvolle behandeling voor angststoornissen.

---

#### 4.5.2 Niet-medicamenteuze behandeling

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

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

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

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

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

---

#### 4.5.3 Medicamenteuze behandeling

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

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



---

## Werkhervatting

---

---

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

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

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

---

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

Aan de bedrijfsarts van een werknemer met een angststoornis wordt geadviseerd om:<sup>3</sup>

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

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

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

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

---

---

## De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

---

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

---

### 6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

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

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

---

---

## 6.2 Functionele mogelijkheden

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

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

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



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

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

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

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

---

### **6.3 Te verwachten beloop**

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

---

### **6.4 Behandeling en begeleiding**

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

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

---

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

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

---

# Literatuur

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

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

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



---

---

|   |                |
|---|----------------|
| A | Adviesaanvraag |
|---|----------------|

---

|   |           |
|---|-----------|
| B | Commissie |
|---|-----------|

---

|   |             |
|---|-------------|
| C | Commentaren |
|---|-------------|

---

## Bijlagen





---

## Adviesaanvraag

---

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

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

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

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

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

---

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

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandelmogelijkheden 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 vervolgactiviteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

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



---

## Commissie

---

Als commissie voor dit advies fungeren:

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

---

### Werkgroep Angststoornissen

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

---

## Commissie

---

Als commissie voor dit advies fungeren:

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

---

### Werkgroep Angststoornissen

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

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

---

### **Werkgroep Beroerte**

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

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

Geraadpleegde deskundige:

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

---

### **Werkgroep Borstkanker**

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



Geraadpleegde deskundige:

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

---

### **Commissie WIA**

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

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

### De Gezondheidsraad en belangen

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



---

## Commentaren

---

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

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen werd becommentarieerd door:

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

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte werd becommentarieerd door:

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

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker werd becommentarieerd door:

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