
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen

Beroerte

Borstkanker





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

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

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

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

Bijlagen : 1

Datum : 15 maart 2007

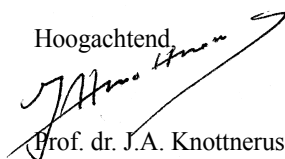
Mijnheer de minister,

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

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

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

Hoogachtend



Prof. dr. J.A. Knottnerus

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

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

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Angststoornissen
Beroerte
Borstkanker

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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

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

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

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



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

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

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

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-639-6

Inhoud

Samenvatting 9

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen 13

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Angststoornissen 19

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte 57

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Beroerte 65

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker 103

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Borstkanker 111

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

Samenvatting

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

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

Verzekeringsgeneeskundig protocol

Beroerte

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

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

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

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

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

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

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

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

2 Beoordelingsgesprek (3.4, 4.1)

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

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

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

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

3 Medisch onderzoek (3.4, 4.1)

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

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

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

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

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

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

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

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

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

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

2 Functionele mogelijkheden (3.4, 6.2)

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

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

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

3 Te verwachten beloop (6.3)

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

4 Behandeling en begeleiding (4.2, 6.4)

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

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

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

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Beroerte

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

6.3	Te verwachten beloop	95
6.4	Behandeling en begeleiding	95
	Literatuur	97

Inleiding

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

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

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

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

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

De aandoening

2.1 Kenmerken

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

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

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

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

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

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

2.2 Epidemiologie

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

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

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

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

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

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

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

Ontstaan, beloop en blijvende gevolgen

3.1 Ontstaan

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

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

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

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

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

3.2 Risicofactoren

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

3.3 Beloop

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Blijvende gevolgen

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

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

3.4.1 Neuropsychologische stoornissen

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

Cognitie

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

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

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

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

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

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

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

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

Emotie en gedrag

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

3.4.2 *Vermoeidheid en verminderd uithoudingsvermogen*

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

3.4.3 *Stoornissen in motoriek en mobiliteit*

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

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

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

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

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

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

3.4.4 Stoornissen in de communicatie

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

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

Enkele voor de verzekeringsarts belangrijke stoornissen in de communicatie zijn:

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

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

3.4.5 Overige gevolgen

Voor de verzekeringsarts kunnen van belang zijn:

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

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose en comorbiditeit

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

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

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

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

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

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

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

Daarbij kan met name gedacht kan worden aan:

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

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

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

4.2 Behandeling en revalidatie

4.2.1 *Acute fase: de eerste twee weken*

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

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

4.2.2 *Revalidatie en herstelfase: twee weken tot zes maanden*

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

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

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

4.2.3 *Chronische fase: vanaf zes maanden na de beroerte*

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

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

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

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

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

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

4.2.4 *Revalidatie in perspectief*

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

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

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

Werkhervatting

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aandachtspunten bij de re-integratie zijn:

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

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

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

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

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

6.2 Functionele mogelijkheden

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

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

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

6.3 Te verwachten beloop

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

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

6.4 Behandeling en begeleiding

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

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

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

Literatuur

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

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

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

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 advieserschap 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>)