
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Algemene inleiding

Overspanning

Depressieve stoornis





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

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

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

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

Bijlagen : 1

Datum : 19 december 2006

Mijnheer de minister,

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

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

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

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



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

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

Pagina : 2

Datum : 19 december 2006

De beide protocollen die ik u hierbij aanbied zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door twee daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Nieuw is dat de protocollen in concept ter becommentariëring zijn voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties. Ik ben deze organisaties voor hun bijdragen zeer erkentelijk. De conceptprotocollen zijn tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

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

Hoogachtend,

Prof. dr. J.A. Knottnerus

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Algemene inleiding
Overspanning
Depressieve stoornis

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2006/22, Den Haag, 19 december 2006

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

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

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



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

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

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/22.

auteursrecht voorbehouden

ISBN-10: 90-5549-629-4

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

Inhoud

Samenvatting 11

Algemene inleiding 13

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning 29

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Overspanning 37

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis 71

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Depressieve stoornis 77

Bijlagen 115

A De adviesaanvraag 117

B De commissie 121

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het derde en het vierde protocol in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen.

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

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

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

Verzekeringsgeneeskundig protocol

Overspanning

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

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

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

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

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

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

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

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

2 Beoordelingsgesprek

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

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

- de visie van de werknemer op:
-

- zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk en sociaal functioneren
- de oorzaken van de klachten en beperkingen
- de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
- zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
- zijn huidige behandeling
- wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- de betekenis van betaald werk in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat doet hij op een ‘gemiddelde’ dag of door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele stressoren en herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving (3.2)
- relevante (herstelbelemmerende) persoonlijkheidskenmerken (3.1, 3.2)
- actueel probleemoplossend en herstelgedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op

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

De verzekeringsarts is speciaal alert op:

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

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

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

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

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

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

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

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

Mits goed behandeld en begeleid, kan circa 95% van de mensen die een overspanning doormaken binnen een half jaar weer normaal functioneren. Na één jaar is dit opgelopen tot ruim 99%.(3.3) In die wetenschap vormt de verzekeringsarts zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces. Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

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

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

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

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

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden zijn:

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

3 Te verwachten beloop

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

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

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

4 Behandeling en begeleiding

- In geval van een recent ontstane overspanning verzekert de verzekeringsarts zich ervan dat de werknemer wordt behandeld en begeleid conform de bestaande richtlijnen.(4.4)
- In geval van een langer bestaande overspanning overlegt de verzekeringsarts met werknemer, huisarts, bedrijfsarts of een andere behandelaar over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Overspanning

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

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

Inleiding

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

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

Het protocol sluit aan bij de richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten* van de NVAB, de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afpspraak (LESA) *Overspanning*, de NHG-standaarden *Depressieve stoornis* en *Angststoornissen* en de multidisciplinaire richtlijnen *Depressie* en *Angststoornissen*.¹⁻⁶

De verzekeringsgeneeskundige protocollen *Overspanning*, *Depressieve stoornis* en *Angststoornissen* zijn op elkaar afgestemd. Bij de classificatie van psychische morbiditeit wordt in deze drie protocollen de DSM-IV classificatie

gevolgd, behalve bij de definitie van ‘overspanning’, die ruimer is dan de DSM-IV categorie ‘aanpassingsstoornis’.⁷

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

De aandoening

2.1 Kenmerken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Epidemiologie

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

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

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

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

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

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

Ontstaan en beloop

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

3.1 Ontstaan

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

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

* Zie de definitie van stress in 2.1.

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

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

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

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

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

3.2 Risicofactoren

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

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

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

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

Specifiek herstelbelemmerende factoren in de arbeidssituatie zijn:

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

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

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

3.3 Beloop

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

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

Diagnose en behandeling

4.1 Probleemoriëntatie en -diagnose

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

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

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

4.2 Diagnose

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

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

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

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

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

4.3 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

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

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

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

4.3.1 *Spanningsklachten*

De diagnostische kenmerken van spanningsklachten zijn:⁹

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

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

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

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

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

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

4.3.2 *Depressieve stoornis*

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

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

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

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

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

4.3.3 *Angststoornissen*

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

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

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

4.3.4 *Ongecompliceerde rouw*

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

4.3.5 *Somatisatie*

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

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

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

4.3.6 Middelenmisbruik

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

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

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

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

4.4 Behandeling

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

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

Herstel in drie fasen

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

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

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

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

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

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

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

Afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts

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

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

Verwijzing

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

Resultaten

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

Werkhervatting

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

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

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

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

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

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

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

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

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

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

6.2 Functionele mogelijkheden

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

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

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

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

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

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

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

Externe en persoonlijke factoren

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

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

6.3 Te verwachten beloop

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

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

6.4 Behandeling en begeleiding

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

In geval van een langer bestaande overspanning overlegt de verzekeringsarts met de werknemer en diens huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Met het plan van aanpak als leidraad plant de verzekeringsarts de herbeoordelingen. Tijdens deze contacten evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

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

- 10 Schröder CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de
hulpverlening en het verzuimbeloop [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 1993.
- 11 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. Huisarts Wet 1986; 29:
261-264.
- 12 van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an
activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup
Environ Med 2003; 60(6): 429-437.
- 13 Terluin B, van Dijk D, van der Klink J, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van
overspanning. Huisarts Wet 2005; 48: 7-12.
- 14 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, coping. New York: Springer; 1984.
- 15 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en
arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/10.
- 16 Terluin B, van der Klink J. Diagnostiek. In: van der Klink JJL, Terluin B, editors. Psychische
problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 21-46.
- 17 STECR. Werkwijzer Aanpak van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie. [www/stecr.nl](http://www.stecr.nl),
06-12-2006.
- 18 van der Klink JJL. Back in balance. The development and evaluation of an occupational health
intervention for work-related adjustment disorders [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van
Amsterdam; 2002.
- 19 Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of
sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. Scand J
Work Environ Health 2006; 32(1): 67-74.
- 20 Terluin B. Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Een secundaire
analyse van de symptomatologie van 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het algemeen
maatschappelijk werk. Huisarts Wet 1998; 41: 219-228.
- 21 Keirse M, Terluin B. Rouw. In: van der Klink JJL, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 291-315.
- 22 Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach.
[Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2001.
- 23 van Zutphen WM, van Olst EJ, Cornel M, e.a. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.
Huisarts Wet 1990; 33: 280-285.
- 24 van den Brink W, van Woudenberg-van Vilsteren MJT, Nijoo KH. Verslavingsproblematiek. In: van
der Klink J, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum;
2005: 397-425.
- 25 van der Klink JJL, Terluin B, Hoogduin CAL. Interventies gericht op het individu. In: van der Klink
JJL, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 47-
82.
- 26 van Dyck R, Maassen JHW, van der Meer K. Angststoornissen. In: van der Klink JJL, Terluin B,
editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005: 373-396.
-

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

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De adviesaanvraag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoogachtend,

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

De commissie

Als commissie voor dit advies fungeren

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

Werkgroep Stressgerelateerde klachten

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

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

Werkgroep Depressie

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

Commissie WIA

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

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

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

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

De genoemde organisaties dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

De Gezondheidsraad en belangen

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

