



Landelijk instituut sociale verzekeringen

LISV

Onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen

Verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethode bij het vaststellen van het vermogen om te functioneren van mensen met psychische stoornissen

standaard

Februari 1997

Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming
Buitenveldertselaan 3, Amsterdam

Colofon

Werkgroep:

B.C. Bockwinkel
W.E.L. de Boer
L.R. Cornelius (red.)
J.M. de Klerk
R.J. van den Oever
K.J. Swart
N.L.E.C. Weevers

Organisatie:

Gak Nederland bv
Tica
Gak Nederland bv
Gak Nederland bv
GUO
Gak Nederland bv
USZO

Uitgave: Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming (Tica)
Buitenveldertselaan 3
1082 VA Amsterdam
Tel.: 020 504 75 00, fax 020 504 75 48

Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding	5
1.1 Onderwerp	5
1.2 Definities	5
1.3 Functies	5
1.4 Toepassing	5
1.5 Classificatie	6
1.6 Epidemiologie	6
1.7 Totstandkoming	6
2. Onderzoeksmethoden	9
2.1 Inleiding	9
2.1.1 Randvoorwaarden	9
2.1.2 Valkuilen	10
2.1.3 Locatie	10
2.2 Standaardmethoden	11
2.2.1 Dossieronderzoek	11
2.2.2 Beoordelingsgesprek	11
2.2.3 Psychiatrisch onderzoek	15
2.3 Aanvullende methoden	16
2.3.1 Gericht lichamelijk onderzoek	16
2.3.2 Informatie bij de behandelende sector	17
2.3.3 Informatie bij de bedrijfsarts	19
2.3.4 Interne consultatie	19
2.3.5 Externe consultatie	20
2.3.6 Hetero-anamnese	21
2.3.7 Proefplaatsing	22
2.3.8 Vragenlijsten	24
3. Rapportage	25
4. Samenvatting	27
4.1 Locatie	27
4.2 Standaardmethoden	27
4.3 Aanvullende methoden	28
Verantwoording en literatuur	29

1. Inleiding

1.1 Onderwerp

Deze standaard geeft richtlijnen voor onderzoek door de verzekeringsarts¹ in het kader van de AAW/WAO naar de mogelijkheden om te functioneren van cliënten met stemmings-, angst-, somatoforme, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij ligt het accent op de claimbeoordeling².

De standaard geeft geen algemene regels voor de vraag welk gewicht moet worden toegekend aan de verschillende factoren die de mogelijkheden om te functioneren van de individuele cliënt bepalen³.

1.2 Definities

‘Mogelijkheden om te functioneren’ is in deze standaard datgene wat iemand kan en niet kan in termen van mogelijkheden en beperkingen voor arbeid. Dit wordt ook wel aangeduid met de term ‘belastbaarheid’.

De standaard beschrijft het handelen van de deskundige en ervaren verzekeringsarts onder optimale omstandigheden (de ‘state of the art’) en de inhoudelijk en procedureel meest verkieslijke werkwijze van verzekeringsartsen in concrete beoordelingsituaties.

1.3 Functies

Deze standaard beoogt een houvast te zijn voor de praktizerende verzekeringsarts en levert nadrukkelijk geen kant en klare recepten voor de beoordeling van de individuele cliënt. De verzekeringsarts zal zich altijd moeten afvragen of de problematiek van de cliënt hem aanleiding geeft om met professionele argumenten van de standaard af te wijken⁴.

Deze standaard wil de verzekeringsarts helpen om te kiezen uit de beschikbare verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Hoewel de standaard geen richtlijnen geeft voor het oordeel over de mogelijkheden om te functioneren, kan de standaard uiteindelijk toch bijdragen aan een meer rationele beslissing over het gewicht dat aan de bevindingen moet worden toegekend en helpen voorkomen dat de verzekeringsarts oordeelt op basis van intuïtie of ‘klinische blik’⁵. Zo draagt de standaard bij aan de eigen professionele identiteit van verzekeringsartsen binnen het domein van de sociale verzekering en binnen de organisatie waarin hij werkt.

De standaard beoogt de kwaliteit van de beoordeling te verhogen en het handelen van de verzekeringsarts inzichtelijker, meer toetsbaar en meer stuurbaar te maken. Zo kan de standaard leiden tot een meer uniforme beoordeling en is het een instrument bij het streven naar meer rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor de cliënt.

1.4 Toepassing

De standaard is ontworpen voor alle beoordelingen die de verzekeringsarts doet in het kader van de schatting AAW/WAO wanneer er op grond van de dossiergegevens of tijdens het beoordelingsgesprek sprake blijkt te zijn van een psychische stoornis. De voorgestelde onderzoeksmethoden sluiten aan bij het arbeidsongeschiktheidsbegrip zoals uiteengezet in de richtlijn ‘Medisch arbeidsongeschiktheids criterium’.

Zodra de verzekeringsarts op grond van één van de in deze standaard beschreven onderzoeksmethoden vaststelt dat er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid volgens de richtlijnen van de standaard ‘Geen duurzaam benutbare mogelijkheden’, dan is overig standaard of aanvullend onderzoek overbodig.

1.5 Classificatie

In deze standaard is aansluiting gezocht bij het DSM-IV classificatiesysteem⁶, dat in de geestelijke gezondheidszorg algemeen gebruikelijk is.

1.6 Epidemiologie

Van de loontrekkenden die de WAO instromen heeft iets meer dan 30% een diagnose uit de diagnosehoofdcategorie V 'psychische stoornissen' (ICD-10)⁷. Dit percentage is sinds het einde van de jaren '80 stabiel gebleven. Daarvoor is dit percentage steeds gestegen: in 1968 was het ongeveer 11 en in 1981 ongeveer 22. De stijging van dit percentage komt voornamelijk op het conto van vrouwen. Hun relatieve aandeel is steeds toegenomen. Het gaat met name om vrouwen tussen 25 en 40 jaar. Van deze groep toetreders heeft nu ongeveer 40% een diagnose uit de categorie 'psychische stoornissen'.

Binnen de diagnosehoofdcategorie V zijn de meest voorkomende diagnoses:

- aanpassingsreactie (56%);
- depressieve stoornis, niet elders geclassificeerd (14%);
- neurotische stoornissen (11%);
- persoonlijkheidsstoornissen (3%);
- fysiologische functiestoornissen veroorzaakt door psychische factoren (2%).

In epidemiologisch onderzoek naar de WAO-toetreders van personen met een diagnose uit de diagnosehoofdcategorie V werd de International Classification of Diseases, 9e editie gebruikt (inmiddels ICD-10). Om deze standaard te laten aansluiten bij deze epidemiologische gegevens is een vertaling van ICD-9 diagnoses en codes naar de DSM-IV classificatie noodzakelijk⁸. Stemmings-, angst-, somatoforme, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen blijken dan in belangrijke mate de WAO-toetreders te bepalen en dus het meest voor te komen in de verzekeringsgeneeskundige praktijk⁹.

1.7 Totstandkoming

In de zomer van 1995 verleende het Tica (Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming) aan het GAK opdracht om een standaard te ontwikkelen voor verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden bij het vaststellen van de mogelijkheden om te functioneren bij mensen met de meest voorkomende psychische stoornissen. In september 1995 startte een werkgroep van vijf verzekeringsartsen met het opstellen van een concept-standaard.

De werkgroep bestond uit: B.C. Bockwinkel (GAK), W.E.L. de Boer (Tica), R.J. van den Oever (GAK, later GUO), K. Swart (GAK) en N.C.E.L. Weevers (GAK, later USZO). De werkgroep werd voorgezeten door J.M. de Klerk, stafmedewerker (GAK). De inhoudelijke begeleiding en de eindredactie berustte bij L.R. Cornelius, verzekeringsarts-stafmedewerker (GAK).

De concept-standaard werd in de zomer van 1996 voor commentaar voorgelegd aan 50 verzekeringsartsen werkzaam bij diverse uitvoeringsinstellingen en aan een aantal individuele psychiaters en psychologen. Ook werd commentaar gevraagd aan beroeps- en patiëntenverenigingen en instellingen, waaronder de NVVG, NVAB, NHG, KNMG, LSVG, WAO-platform, Stichting Pandora, Vereniging Cerebraal, Gehandicaptenraad, Stichting Steungroep ME en Arbeidongeschiktheid, GGZ Cliëntenplatform, werkgroep WAO en Psyche, TNO, NSPH, Corvu en Tica. Van 40 verzekeringsartsen en van 20 niet-verzekeringsartsen werd commentaar verkregen en door de werkgroep verwerkt.

2. Onderzoeksmethoden

2.1 Inleiding

2.1.1 Randvoorwaarden

Attitude van de verzekeringsarts

De verzekeringsarts krijgt inzicht in de problematiek van de cliënt als hij actief en bewust vraagt, luistert, kijkt en begrijpt. Hij aanvaardt als professionele onderzoeker en beoordeelaar het gedrag van de cliënt en geeft het betekenis. Hij is zich bewust van zijn eigen waarde-oordelen over gezondheid en ziekte, werk en sociale zekerheid. De verzekeringsarts vermijdt dat zijn eigen persoonlijke situatie de beoordeling stoort. Hij heeft er oog voor dat er meer redenen kunnen zijn voor het indienen van de claim dan ziekte.

Deskundigheid van de verzekeringsarts

De verzekeringsarts is als sociaal-geneeskundige opgenomen in het register Sociale Geneeskunde, tak verzekeringsgeneeskunde en beantwoordt aan het beroepsprofiel dat door zijn beroepsvereniging is opgesteld¹⁰. De verzekeringsarts heeft ervaring met de DSM-IV classificatie. Hij heeft inzicht in de samenhang tussen psychische stoornissen en werkuitvoeringseisen om het arbeidsvermogen van de cliënt met een psychische stoornis zorgvuldig te kunnen beoordelen. Zijn gesprekstechnische vaardigheden stellen hem in staat om daarover met de cliënt een adequaat gesprek te hebben. De verzekeringsarts is zich bewust van lacunes in zijn kennis of vaardigheden, neemt deel aan deskundigheidsbevorderende activiteiten en maakt waar nodig gebruik van de expertise van anderen.

Tijd

Het cognitieve en emotionele verwerkingsvermogen van cliënten met psychische stoornissen kan beperkt zijn. Hun problematiek is vaak complex. Daarom vraagt het beoordelingsgesprek met cliënten met een psychische stoornis meestal méér tijd dan met cliënten met een somatische aandoening. Het vermogen van de cliënt en van de verzekeringsarts om langdurig de aandacht bij het gesprek te houden is begrensd. Wanneer de verzekeringsarts na één gesprek nog geen goed oordeel heeft over de mogelijkheden om te functioneren, nodigt hij de cliënt voor een tweede bezoek uit. Een tweede gesprek is in ieder geval nodig wanneer de verzekeringsarts een externe expertise heeft laten doen (zie ook paragraaf 2.3.5). Voor het uitvoeren van het in deze standaard beschreven standaardonderzoek is inclusief de rapportage gemiddeld twee uur nodig. Bij aanvullend onderzoek is meer tijd nodig.

Middelen

De inrichting van de spreekkamer waarin het onderzoek plaats vindt maakt een veilig gespreksklimaat mogelijk, waarin de cliënt de noodzakelijke informatie aan de verzekeringsarts kan toevertrouwen. De opstelling van bureau en meubilair is zodanig dat cliënt en verzekeringsarts elkaar goed kunnen waarnemen. In de onderzoekskamer is op zijn minst instrumentarium aanwezig voor het verrichten van een globaal lichamelijk onderzoek.

2.1.2 Valkuilen

Observer-bias

Bij de interpretatie van wat de verzekeringsarts bij cliënten met psychische stoornissen waarneemt is hij zelf het belangrijkste instrument. De verschillende onderzoeksmethoden die de verzekeringsarts toepast zijn voornamelijk gericht op het verkrijgen van verbale en non-verbale informatie van de cliënt. Daarbij kan een extra complicatie zijn dat de cliënt minder dan bij andere ziektebeelden inzicht heeft in zijn gezondheid en ziekte. Het is uitermate belangrijk dat de verzekeringsarts goed waarneemt zodat er zo weinig mogelijk vertekening van de informatie optreedt. Hij is zich bewust van de mogelijke valkuilen en wijzen van vertekening en weet hiermee adequaat om te gaan¹¹.

Overdracht en tegenoverdracht

De verzekeringsarts is zich bewust van de psychodynamiek van de gespreksituatie en voorkomt dat de relatie met de cliënt door een onbewust krachtenspel van overdracht en tegenoverdracht vervormd wordt¹². De verzekeringsarts is in staat om problematische (tegen)overdrachtsreacties te signaleren en tracht ze te voorkomen.

Dramadriehoek

De verzekeringsarts voorkomt dat zijn relatie met de cliënt het karakter krijgt van een psychologisch spel, waarin hij en de cliënt complementaire rollen aannemen van Aanklager, Redder en Slachtoffer¹³.

2.1.3 Locatie

De verzekeringsarts roept de cliënt altijd op voor zijn spreekuur, tenzij:

a) De cliënt om lichamelijke of psychische redenen niet op het spreekuur kan verschijnen.

Wanneer de cliënt zelf aangeeft om psychische redenen niet op het spreekuur te kunnen komen, kan er sprake zijn van ernstige depressieve toestanden of fobische klachten¹⁴. De verzekeringsarts beoordeelt dan globaal, na telefonisch contact met de cliënt, in hoeverre ernstige psychopathologie bestaat en of de cliënt niet toch op het spreekuur kan komen, eventueel begeleid door een vertrouwd persoon. Lukt dat niet, dan overlegt de verzekeringsarts met machtiging van de cliënt met de behandelend arts. Levert dit overleg onvoldoende informatie op, dan bezoekt de verzekeringsarts de cliënt thuis.

b) De cliënt opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ.

In dit geval overlegt de verzekeringsarts met de huisarts of met de behandelend psychiater.

c) De cliënt in een Huis van Bewaring, gevangenis of TBS-kliniek¹⁵ verblijft.

In dit geval bezoekt de verzekeringsarts de cliënt in de penitentiaire inrichting.

Uitvoering

De verzekeringsarts laat de oproepbrief ruim van te voren aan de cliënt versturen. Ook zijn voorgenomen huisbezoek kondigt hij tijdig schriftelijk aan.

2.2 Standaardmethoden

De hieronder beschreven onderzoeksmethoden gebruikt de verzekeringsarts bij de vaststelling van de mogelijkheden om te functioneren van cliënten met een psychische stoornis altijd, tenzij er van de omschreven uitzondering sprake is. Daarbij geeft de standaard waar nodig een korte definitie van de methode en wordt het doel en de uitvoering vermeld.

De volgorde waarin de standaardmethoden worden beschreven is niet noodzakelijkerwijs dezelfde als die waarin de verzekeringsarts ze in de praktijk toepast.

2.2.1 Dossieronderzoek

De bedrijfsarts heeft de verzekeringsarts middels 13e weeks-, 26e weeks- en eventuele vervolgrapportages geïnformeerd over de arbeidsongeschiktheid en reïntegratiemogelijkheden van de cliënt. In een aantal gevallen hebben beiden in de loop van dit voortraject meer of minder uitvoerig overleg gehad, hetzij ad hoc, hetzij in een sociaal medisch team. Deze gegevens, de beoordeling ervan door de verzekeringsarts en resultaten van eventueel overleg zijn vastgelegd in het dossier.

Doel

De dossiergegevens kunnen bepalend zijn voor het verdere onderzoektraject, ze kunnen dubbel onderzoek voorkomen en werkhypothesen opleveren, die de verzekeringsarts met nader onderzoeken toetst.

Uitvoering

De verzekeringsarts beoordeelt de dossiergegevens op validiteit, relevantie en actualiteit.

2.2.2 Beoordelingsgesprek

Doel

Het beoordelingsgesprek is het gesprek tussen de verzekeringsarts en de cliënt over de claim van het verminderde arbeidsvermogen van de cliënt met als doel de toetsing en de beoordeling daarvan.

Indicatie

De verzekeringsarts heeft altijd een beoordelingsgesprek met de cliënt, tenzij deze is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ.

In dat geval is de cliënt volgens de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden' volledig arbeidsongeschikt en overlegt de verzekeringsarts met machtiging van de cliënt met de huisarts of de behandelend psychiater over de reden van opname, de verwachte duur en eventuele vervolgbehandeling (zie ook paragraaf 2.3.2).

Uitvoering

Algemene richtlijnen voor de uitvoering van het beoordelingsgesprek zijn:

De verzekeringsarts:

- hanteert een juiste gesprekstechniek¹⁶;
- verzamelt gegevens op basis van verbale en non-verbale informatie van de cliënt;
- verzamelt informatie op basis van de structuur die hij het beoordelingsgesprek geeft;
- onderzoekt of de cliënt zich kan houden aan deze structuur;
- structureert het gesprek niet strakker dan de toestand van de cliënt toelaat;
- geeft de cliënt de gelegenheid om zelf gespreksonderwerpen in te brengen;

- beoordeelt of de verschijnselen die hij bij de cliënt waarneemt abnormaal zijn in vergelijking met anderen van hetzelfde geslacht, leeftijd en met dezelfde sociaal-culturele achtergrond;
- benoemt beperkingen die de cliënt niet spontaan noemt, maar die er wel zijn;
- verzamelt feiten en argumenten om hypothesen over de claimklachten en beperkingen te kunnen opstellen en toetsen;
- formuleert zijn conclusie en argumentatie zodanig dat het de cliënt helpt om meer inzicht te krijgen in zijn mogelijkheden en het benutten daarvan.

Procedurele richtlijnen voor het beoordelingsgesprek zijn:

De verzekeringsarts:

- stelt zich aan het begin van het gesprek voor en maakt duidelijk wat zijn functie is, wat de aanleiding en het doel van het gesprek zijn en wat de werkwijze erin zal zijn;
- vat aan het begin van het gesprek de dossiergegevens samen en vraagt aan de cliënt of ze kloppen;
- informeert de cliënt aan het einde van het gesprek over zijn (voorlopige) conclusie en vraagt de cliënt naar zijn eigen mening daarover;
- geeft aan het einde van het gesprek informatie over de verdere procedure en andere rechten en plichten van de cliënt;
- stelt de cliënt in de gelegenheid om daarover vragen te stellen.

Mening van de cliënt

De visie van de cliënt zelf op zijn arbeidsongeschiktheid, op wat daarmee samenhangt en zijn mening over het uiteindelijke oordeel van de verzekeringsarts over zijn mogelijkheden om te functioneren vormen twee punten van aparte aandacht en verantwoording¹⁷.

Doel

Door te vragen naar de eigen mening van de cliënt over zijn arbeidsongeschiktheid krijgt de verzekeringsarts onder meer een indruk over het zelfvertrouwen van de cliënt als werker¹⁸. Ook is het kennen van de eigen mening van de cliënt voorwaarde om te kunnen begrijpen welke belemmeringen de cliënt ondervindt. Dat is op zijn beurt weer noodzakelijk om de claim te kunnen beoordelen.

Door de mening te weten van de cliënt zelf over de overwegingen van de verzekeringsarts en de door deze aangenomen mogelijkheden en beperkingen, kan de verzekeringsarts anticiperen op het ontstaan van complicaties tijdens de reïntegratie.

Uitvoering

De verzekeringsarts vraagt de client naar:

- het door hem laatst verrichte werk;
- zijn mening over zijn geschiktheid voor dat werk;
- klachten en verschijnselen die hem beletten dat werk volledig of gedeeltelijk te hervatten;
- zijn mening over zijn geschiktheid voor ander werk;
- datgene dat hij onderneemt tegen zijn ziek zijn en niet werken;
- zijn mening over zijn ziekte en de oorzaak ervan;
- de verandering die de ziekte en de arbeidsongeschiktheid in zijn persoon en in zijn omgeving heeft te weeg gebracht;
- zijn toekomstverwachting over gezondheid en werken;
- zijn mening over het uiteindelijke oordeel van de verzekeringsarts over zijn mogelijkheden om te functioneren.

Wanneer de cliënt het niet eens is met de visie van de verzekeringsarts op zijn mogelijkheden om te functioneren, dan gaat de verzekeringsarts na of aan dit meningsverschil nog niet eerder naar voren gebrachte beperkingen ten grondslag liggen.

Zo ja, dan heroverweegt de verzekeringsarts zijn oordeel.

Zo nee, dan blijft het meningsverschil bestaan. Als dan naar het oordeel van de verzekeringsarts het verschil van mening herstel en reïntegratie blokkeert, dan roept hij een psychiater of psycholoog in consult.

De verzekeringsarts beoordeelt in hoeverre de eigen mening van de cliënt beïnvloed wordt door reversibele of wisselende psychopathologie en let op:

- gevoelens van waardeloosheid bij depressie;
- opgeblazen gevoel van eigenwaarde bij (hypo)manische toestanden;
- fobische klachten bij angststoornissen;
- burnout-gevoelens.

De verzekeringsarts beoordeelt in hoeverre de eigen mening van de cliënt samenhangt met blijvende psychopathologie¹⁹ en let op:

- miskennis van het eigen disfunctioneren, gebrek aan ziektebesef of ziekte-inzicht bij cluster A persoonlijkheidsstoornissen;
- manipulatief gedrag bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen;
- vermijdingsgedrag bij cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

Dagverhaal

Het dagverhaal van de cliënt is datgene wat hij spontaan en als antwoord op vragen van de verzekeringsarts vertelt over zijn activiteiten, contacten en ervaringen op een gewone dag.

Doel

Het doel van het verhaal van een gewone dag is tweeledig. De verzekeringsarts krijgt een indruk over de consistentie van de dagelijkse activiteiten van de cliënt met zijn claimklachten. Ook geeft het dagverhaal de verzekeringsarts een actueel beeld over het vermogen van de cliënt om zijn sociale rollen te vervullen in werk, sociale contacten en relaties binnen en buiten het gezin en bij de zelfverzorging²⁰. Zo wordt duidelijk hoe de psychische stoornis het dagelijks leven heeft veranderd, in hoeverre de cliënt zich heeft kunnen aanpassen en hoe zijn omgeving heeft gereageerd.

Uitvoering

De verzekeringsarts gaat na in hoeverre de vermelde klachten en beperkingen in het dagelijks functioneren consistent zijn met de klachten en beperkingen op grond waarvan de cliënt meent niet te kunnen werken. Hij let op inhoud en betekenis van inadequate antwoorden en spontane opmerkingen. Met gerichte vragen vult hij lacunes op²¹.

De verzekeringsarts vormt zich een indruk over het functioneren van de cliënt in zijn sociale rollen en vraagt naar:

- relatie met de partner, kinderen of ouders;
- hobby's, sport, vakanties, verenigingen, kerkbezoek, winkelen en uitgaan;
- niet vrijblijvende werkrelaties in betaald en onbetaald werk;
- relatie met familieleden, vrienden, kennissen, burens;

- behoud van hygiëne, dagritme en dagstructuur.

Bij een wisselend klachtenpatroon vraagt de verzekeringsarts naar het functioneren op een goede en een slechte dag en naar de frequentie van beide.

Anamnese

De anamnese is een verzameling vragen van de verzekeringsarts aan de cliënt over de voorgeschiedenis van de ziekte.

De verzekeringsarts neemt altijd een anamnese af als onderdeel van het beoordelingsgesprek, tenzij het dossier hem over de voorgeschiedenis voldoende informeert.

Doel

De verzekeringsarts kan een diagnose stellen^{22, 23}, inzicht krijgen in de daarmee samenhangende etiologische factoren, de prognose en de therapie. Tevens kan hij co-morbiditeit opsporen. Ook voor de codering in het ICD-10 classificatiesysteem en de statistische verwerking is het nodig dat de diagnose bekend is.

Uitvoering

Met een aantal vragen kan de verzekeringsarts een diagnose stellen²⁴.

Om duidelijkheid te krijgen over vroegere achterliggende problematiek²⁵ vraagt de verzekeringsarts naar:

- samenstelling van het gezin waarin de cliënt is opgegroeid;
- karakter van vader, moeder of andere opvoeders;
- verblijf in kindertehuizen;
- mishandeling of seksueel misbruik;
- affectieve verwaarlozing of verwenning;
- life-events, zoals echtscheiding van de ouders of onverwerkte sterfgevallen;
- problemen bij andere broers of zusters.

Voor cliënten met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis is een diepgaand gesprek over hun denk- en leefwereld vaak te bedreigend. Bij hen is de verzekeringsarts terughoudend en bewaart hij meer distantie, vooral als de cliënt een toedekkende psychotherapie heeft.

De verzekeringsarts vraagt naar de aard, de inhoud, het resultaat en de planning van eventuele psychotherapie, voorzover die nog niet eerder naar voren is gekomen.

De verzekeringsarts informeert naar het gebruik, dosering en bijwerkingen van psychofarmaca. Deze kunnen immers de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt beïnvloeden.

Om somatische co-morbiditeit op te sporen neemt de verzekeringsarts bij de cliënt een tractus-anamnese af. Heeft de cliënt lichamelijke klachten en geeft hij aan dat hij daardoor lichamelijke beperkingen ervaart, dan verricht de verzekeringsarts gericht lichamelijk onderzoek. Wanneer de verzekeringsarts co-morbiditeit vaststelt, dient hij nader onderzoek te doen volgens de richtlijnen van de standaard, die de betreffende somatiek tot onderwerp heeft.

Opleidings- en arbeidsanamnese

Dit is de globale voorgeschiedenis van opleiding en arbeid van de cliënt. Een volledige opleidings- en arbeidsanamnese wordt afgenomen door de arbeidsdeskundige.

Doel

Het doel van de opleidings- en arbeidsanamnese²⁶ is dat de verzekeringsarts inzicht krijgt:

- in de premorbide vaardigheden van de cliënt om met eerdere problemen om te gaan;
- in de wijze waarop de cliënt omgevingseisen vanuit opleiding en werk heeft gehanteerd;
- in niet eerder gerealiseerde vaardigheden en ambities, die een relatie hebben met het huidige disfunctioneren en die een aanknopingspunt kunnen zijn voor reïntegratie in ander werk;
- in de geheugenfunctie van de cliënt.

Uitvoering

De verzekeringsarts vraagt naar:

- doublures op school;
- problematische omgang met vrienden en leraren;
- voortijdige beëindiging van school, opleidingen of studies;
- afkeuring voor militaire dienst;
- gedwongen opleidings- en beroepskeuze;
- werkloosheid;
- arbeidsconflicten;
- ontslag;
- vrijwilligerswerk, hobby's en gevolgde cursussen.

2.2.3 Psychiatrisch onderzoek

Het psychiatrische onderzoek in engere zin is het onderzoek door de verzekeringsarts naar de actuele psychische status van de cliënt tijdens het gesprek. Het psychiatrisch onderzoek is niet als afzonderlijke eenheid van het beoordelingsgesprek te onderscheiden en krijgt pas zijn uiteindelijke vorm in de rapportage.

Doel

Het doel van het psychiatrisch onderzoek in engere zin is het benoemen van en inzicht krijgen in de actuele gevoels- en denkwereld en het gedrag van de cliënt²⁷. De beschrijving van de psychische status van de cliënt biedt de verzekeringsarts de mogelijkheid om bij een eventueel toekomstig heronderzoek veranderingen in het ziektebeeld te beoordelen.

Uitvoering

De verzekeringsarts let op:

- eerste indruk, uiterlijk, wijze van contact leggen;
- bewustzijn en aandacht;
- oriëntatie in tijd, plaats en persoon;
- geheugen en inprenting;
- tempo, vorm en inhoud van spraak en denken;
- voorstelling en waarneming;
- psychomotoriek en gedrag;
- stemming en affect.

2.3 Aanvullende methoden

De hieronder beschreven aanvullende onderzoeksmethoden past de verzekeringsarts alleen op indicatie toe. De standaard geeft steeds doel, indicatie en uitvoering aan en, waar nodig, een korte definitie van de methode. De volgorde waarin de aanvullende methoden in dit hoofdstuk worden beschreven is niet noodzakelijkerwijs dezelfde als waarin de verzekeringsarts ze in de praktijk toepast.

2.3.1 Gericht lichamelijk onderzoek

Doel

Het doel is om somatische aandoeningen op te sporen die al of niet in verband staan met de psychische stoornis en gevolgen hebben voor de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt. Tevens geeft het inzicht in hoe de cliënt met zichzelf omgaat en in hoeverre bepaald gedrag bedoeld is om de verzekeringsarts te overtuigen van de ernst van de klachten en beperkingen.

Indicatie

De verzekeringsarts verricht op eigen initiatief²⁸ een lichamelijk onderzoek naar de status localis, wanneer hij op grond van de anamnese vermoedt dat er sprake is van een somatische aandoening, die de cliënt fysiek beperkt²⁹.

Uitvoering

De verzekeringsarts:

- licht indicatie en doel toe;
- geeft vooraf uitleg over welke lichaamsdelen hij gaat onderzoeken en welke de cliënt moet ontbloten;
- vermijdt onnodige belasting van de cliënt;
- houdt rekening met de gevoelens van onzekerheid, angst en schaamte die het onderzoek bij de cliënt met een psychische stoornis kan oproepen;
- kondigt tijdens het onderzoek zijn afzonderlijke handelingen aan, waarschuwt voor onplezierige sensaties en geeft positieve en zonnodig corrigerende feedback;
- houdt contact door af en toe iets te zeggen over zijn bevindingen of een aanvullende vraag te stellen, die een relatie heeft met zijn handeling op dat moment;
- observeert het gedrag van de cliënt tijdens het onderzoek;
- sluit het onderzoek op duidelijke wijze af;
- bespreekt tenslotte zijn bevindingen.

2.3.2 Informatie bij de behandelende sector

Doel

Het doel is om zo volledig mogelijk op de hoogte te zijn van alle bij de behandelaar bekende factoren die van belang zijn voor de vaststelling van de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt en om het beleid van de behandelaar en de verzekeringsarts op elkaar af te stemmen. Het blijft de professionele eindverantwoordelijkheid van de verzekeringsarts om uitspraken te doen over beperkingen en arbeidsongeschiktheid.

Indicatie

In het algemeen geldt dat de verzekeringsarts pas communiceert met de behandelaar nadat hij zich in een persoonlijk gesprek met de cliënt een indruk heeft gevormd over de mogelijkheden om te functioneren. Een uitzondering op deze regel is de situatie waarin de cliënt te kennen blijft geven niet op het spreekuur te kunnen verschijnen. In dat geval overlegt de verzekeringsarts met de behandelend arts zonder voorafgaand beoordelingsgesprek met de cliënt (zie paragraaf 2.1.3 en 2.2.2).

Er kunnen er twee redenen zijn voor communicatie: inhoudelijke en zorgvuldigheidindicaties³⁰.

1. Inhoudelijke indicaties

- De verzekeringsarts heeft nadere gegevens over diagnose, therapeutisch beleid en prognose.
- De cliënt is niet of slechts globaal in staat om specifieke informatie te geven.

Voorop staat dat de cliënt zelf in staat moet zijn om alle relevante feiten over zijn gezondheid in het beoordelingsgesprek naar voren te brengen. Dat is alleen mogelijk als de cliënt daarover door zijn behandelaar voldoende is geïnformeerd en hij tevens in staat is om over deze informatie met de verzekeringsarts te communiceren. Aan deze laatste voorwaarde kunnen lang niet alle cliënten met een psychische stoornis voldoen. Overleg tussen verzekeringsarts en de behandelaar is in die gevallen noodzakelijk. Wanneer dit overleg niet de gewenste informatie oplevert neemt de verzekeringsarts een hetero-anamnese af (zie paragraaf 2.3.6).

- De verzekeringsarts betwijfelt de feitelijke juistheid van de informatie die de cliënt geeft.

De betrouwbaarheid van de door de cliënt verstrekte gegevens kan worden beïnvloed door psychopathologie en inhoudelijk worden gekleurd door gevoelens van somberheid, verhoogd gevoel van eigenwaarde, derealisatie en depersonalisatie.

- Er is discrepantie tussen de ernst van het probleem dat de cliënt ervaart en de ernst van het ziektebeeld, zoals bij preoccupatie met een vermeende ziekte en (dis)simulatie.

Cliënten met een cluster A persoonlijkheidsstoornis hebben vaak de neiging om hun beperkingen te miskennen.

- De behandeling is mogelijk niet adequaat.

Wanneer de cliënt nog niet hersteld is, maar desondanks nog niet of niet meer wordt behandeld, moet de verzekeringsarts zich afvragen of met adequate behandeling een aanzienlijke verbetering is te verwachten.

Wanneer de psychische stoornis een direct fysiologisch gevolg is van een nog niet eerder onderkende somatische aandoening, overlegt de verzekeringsarts met de huisarts over nadere diagnostiek en behandeling.

Soms is het mogelijk dat de therapie wordt afgestemd op specifieke functie-eisen, zoals bij voorbeeld de dosering van sedativa bij chauffeurs.

2. Zorgvuldigheidsindicaties

- De cliënt appelleert aan uitlatingen van zijn behandelaar over leefregels of arbeidsongeschiktheid die de verzekeringsarts na eigen onderzoek niet deelt.

Als het verschil van mening relevant is voor de beoordeling overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar om na te gaan of het eigenlijk wel bestaat. Bij alle psychische stoornissen waarop deze standaard betrekking heeft kunnen de communicatieve vaardigheden van de cliënt zijn afgenomen. Daarom kan de cliënt de adviezen van zijn behandelend arts anders hebben geïnterpreteerd dan ze bedoeld zijn.

- De cliënt vraagt om communicatie met zijn behandelaar.

Met de tot dusverre vermelde onderzoeksmethoden zal de verzekeringsarts in de meeste gevallen een goede indruk kunnen krijgen over de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt. Daarom zal de verzekeringsarts aan de cliënt meestal goed kunnen uitleggen waarom aanvullende informatie van de behandelaar niet nodig is. Wanneer de cliënt blijft aandringen kan dat betekenen dat een belangrijk aspect van de gezondheid of de mogelijkheden om te functioneren nog niet aan de orde is geweest. De verzekeringsarts zal eerst proberen onbesproken factoren bespreekbaar te maken. Wanneer dat niet lukt, geeft hij aan de wens van de cliënt gehoor.

Uitvoering

De verzekeringsarts:

- bespreekt de indicatie en de vraagstelling met de cliënt;
- vraagt naar behoefte gericht naar bevindingen, medische voorgeschiedenis, biografie, diagnose, therapeutisch beleid, prognose en naar leefregels en werkadviezen;
- bespreekt met de cliënt met welke behandelaar hij in welke vorm wil overleggen;
- vraagt aan de cliënt een schriftelijke machtiging³¹;
- communiceert schriftelijk met de behandelaar wanneer het gaat om de overdracht van veel feitelijke gegevens of wanneer het wenselijk is om deze nauwkeurig vast te leggen;
- communiceert mondeling met de behandelaar wanneer het accent ligt op onderling overleg en afstemming of wanneer het belangrijk is de gegevens snel te verkrijgen;
- beoordeelt de waarde van de verkregen informatie;
- informeert de cliënt over het resultaat en de consequenties van de communicatie als deze zijn voorlopige indruk over de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt wijzigt.

2.3.3 Informatie bij de bedrijfsarts

Doel

In de meeste gevallen zal de verzekeringsarts door de rapportages van en in overleg met de bedrijfsarts voldoende zijn geïnformeerd over het functioneren van de cliënt in de werksituatie, het beleid van de bedrijfsarts en de reïntegratiemogelijkheden bij de eigen werkgever³². Gegevens daarover zijn vastgelegd in het dossier (zie ook paragraaf 2.2.1).

Indicatie

Wanneer uit de dossiergegevens onvoldoende blijkt hoe de cliënt heeft gefunctioneerd en wat zijn reïntegratiemogelijkheden zijn en de verzekeringsarts krijgt daarover in het gesprek met de cliënt niet meer duidelijkheid, dan overlegt de verzekeringsarts met de bedrijfsarts.

Uitvoering

Het overleg kan in veel gevallen ad hoc zijn, maar soms ook gestructureerd in een periodiek sociaal-medisch teamoverleg.

2.3.4 Interne consultatie

Bij een collega verzekeringsarts

Doel

De verzekeringsarts consulteert in het kader van intervisie, supervisie of onderlinge toetsing een collega, wanneer hij onzeker is over zijn bevindingen en de consequenties ervan voor de mogelijkheden om te functioneren.

Indicatie

Toetsing van zijn oordeel.

Bij een arbeidsdeskundige

Doel

Het consult is gericht op inventarisatie van problemen die de cliënt heeft gehad in zijn werk of opleiding³³, voorzover de verzekeringsarts zelf daarin op grond van eigen onderzoek niet voldoende inzicht heeft gekregen, en op interventie in geval van een arbeidsconflict.

Indicatie

De verzekeringsarts consulteert een arbeidsdeskundige:

- wanneer hij uit anamnestic onderzoek naar de mogelijkheden om te functioneren onvoldoende inzicht krijgt in het functioneren van de cliënt op het werk, op school of tijdens een opleiding;
- wanneer er sprake is van een arbeidsconflict.

2.3.5 Externe consultatie

Algemene richtlijnen zijn:

De verzekeringsarts:

- roept een deskundige in consult met wiens werkwijze hij bekend is en die ervaring heeft met het verrichten van een eenmalig expertise-onderzoek;
- stelt gerichte vragen;
- blijft als professional eindverantwoordelijk voor uitspraken over beperkingen en arbeidsongeschiktheid;
- roept de cliënt voor een tweede keer op om met hem het rapport van de deskundige en de rol die het in de uiteindelijke beoordeling zal hebben te bespreken;
- stuurt met toestemming van de cliënt een kopie van het rapport met een begeleidende brief naar de huisarts, wanneer de deskundige in zijn rapport aanbevelingen doet voor interventies of therapie.

Maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker is specifiek deskundig op het brede terrein van welzijn, geestelijke gezondheid en psychosociale problematiek.

Doel

Het consult is gericht op inventarisatie van complexe psychosociale problematiek en op interventie, wanneer deze problemen naar de mening van de verzekeringsarts de arbeidsongeschiktheid van de cliënt onnodig in stand houden.

Indicatie

Wanneer de verzekeringsarts na eigen onderzoek en na overleg met eventuele behandelers onzeker blijft over de aard van de psychosociale problematiek en de invloed ervan op de mogelijkheden om te functioneren en het herstel van de arbeidsongeschiktheid van de cliënt, dan consulteert hij een maatschappelijk werker. In de meeste gevallen zal de indicatie voortvloeien uit de bevindingen die de anamnese heeft opgeleverd en die wijzen op:

- problematische huidige gezinssituatie;
- recente life-events, zoals echtscheiding, sterfgeval of trauma's op seksueel gebied;
- actuele contacten met justitie;
- actuele financiële, religieuze of politieke problemen.

Psychiater of psycholoog

Doel

Het doel van de externe psychiatrische of psychologische consultatie³⁴ is het verkrijgen van meer duidelijkheid over diagnose³⁵, therapie, beperkingen en vaardigheden, voorzover van belang voor de beoordeling van de mogelijkheden om te functioneren en reïntegratiemogelijkheden van de cliënt. Het kan een indicatie opleveren voor nog niet eerder beproefde therapie.

Algemene indicatie

De verzekeringsarts roept een psychiater of een psycholoog voor een expertise in consult wanneer hij meer duidelijkheid behoeft over:

- aard en ernst van de psychische stoornis;
- aard en ernst van de beperkingen;
- de vaardigheden en reïntegratiemogelijkheden;
- mogelijkheden van therapie;
- een blijvend verschil van mening tussen behandelaars onderling, tussen behandelaar en verzekeringsarts of tussen de cliënt en de verzekeringsarts, dat herstel of reïntegratie blokkeert.

Afhankelijk van zijn vraagstelling kan de verzekeringsarts een psychiater, een klinisch psycholoog, een arbeidspsycholoog of een neuro-psycholoog in consult vragen. Bij vragen over medicamenteuze therapie, psychotherapie of bij somatische co-morbiditeit ligt het consulteren van een psychiater meer voor de hand. Bij vragen over alleen psychotherapie kan de verzekeringsarts ook een klinisch psycholoog consulteren. De arbeidspsycholoog kan de verzekeringsarts adviseren bij vragen over de vaardigheden en reïntegratiemogelijkheden van de cliënt.

Neuro-psycholoog

De indicaties voor het consulteren van een neuro-psycholoog nemen een aparte plaats in, gezien de bijzondere expertise van deze deskundige.

Doel

Het verkrijgen van inzicht in de gevolgen van een stoornis in het centrale zenuwstelsel voor het cognitief functioneren, geheugen, inprenting, oriëntatie, waarneming, verwerkingsnelheid, aandachtstekorten en persoonlijkheid.

Indicatie

De verzekeringsarts consulteert een neuro-psycholoog wanneer hij op grond van eigen onderzoek vermoedt dat de psychische stoornis van de cliënt verband houdt met organici-teit, die de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt nadelig beïnvloedt³⁶.

2.3.6 Hetero-anamnese

De hetero-anamnese is het gesprek dat de verzekeringsarts op eigen initiatief heeft naar aanleiding van de claim van de cliënt met personen uit de directe omgeving van de cliënt, zoals de partner, de ouder(s) of andere gezinsleden, voorzover deze niet als begeleider van de cliënt bij het beoordelingsgesprek aanwezig zijn.

Doel

Het doel van de hetero-anamnese is om meer inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de cliënt en zijn relaties en interacties binnen het gezin, voor zover van belang voor de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt.

Indicatie

De verzekeringsarts benadert sleutelfiguren uit de omgeving van de cliënt, wanneer het niet mogelijk is om op basis van het gesprek zelf en informatie van de behandelaar voldoende relevante informatie en inzicht te verkrijgen.

Uitvoering

De verzekeringsarts:

- overtuigt de cliënt van het nut van de hetero-anamnese;
- vraagt toestemming van de cliënt;
- bereikt overeenstemming over de vraag welke persoon uit de omgeving van de cliënt de verzekeringsarts zal benaderen en waarover het gesprek zal gaan;
- signaleert aanwezige symbiotische relaties en ziekte winst.

Soms zal de cliënt zelf een partner, familielid of goede vriend naar het spreekuur meebrengen. Deze begeleider kan in voorkomende gevallen een direct beschikbare en zeer nuttige bron van informatie zijn. De verzekeringsarts vraagt naar de reden van zijn aanwezigheid en expliciteert de rol van een derde aanwezige. De verzekeringsarts voorkomt dat de cliënt in het bijzijn van een derde, die zich gewild of ongewild als woordvoerder opwerpt, onderwerp van gesprek wordt, omdat dit afhankelijkheid en onmondigheid van de cliënt kan bevestigen.

2.3.7 Proefplaatsing

In het kader van deze standaard wordt een proefplaatsing gedefinieerd als een tijdelijke tewerkstelling van de cliënt, voordat zijn mogelijkheden om te functioneren voor arbeid definitief door de verzekeringsarts wordt vastgesteld.

Doel

Het algemene doel is om:

- de veronderstelde mogelijkheden om te functioneren in een concrete werksituatie te toetsen;
- na afloop van de proefplaatsing de definitieve mogelijkheden om te functioneren van de cliënt met empirische gegevens te bepalen;
- de cliënt in betaald werk te reintegreren.

Indicatie

De verzekeringsarts besluit tot een proefplaatsing wanneer hij na in deze standaard beschreven onderzoek nog onvoldoende inzicht heeft in de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt. Biedt het dossier, waarin in voorkomende gevallen het resultaat van een door de bedrijfsarts gerealiseerde proefplaatsing is vastgelegd, voldoende inzicht in de mogelijkheden om te functioneren, dan kan een tweede proefplaatsing door de verzekeringsarts veelal achterwege blijven.

Uitvoering

Algemene richtlijnen zijn:

De verzekeringsarts:

- beslist samen met de cliënt en in nauw overleg met de arbeidsdeskundige en de bedrijfsarts om tot een proefplaatsing over te gaan;
 - informeert de cliënt over de mogelijkheden en de onmogelijkheden van een proefplaatsing;
 - stelt de cliënt in de gelegenheid om mee te denken en zelf verantwoordelijkheid en beslissingen te nemen;
 - beoordeelt of de motivatie van de cliënt samenhangt met zijn psychopathologie en verstaat de kunst om de cliënt waar nodig en mogelijk te stimuleren of af te remmen.
- Gebrekkig ziekte-inzicht, miskennis van eigen disfunctioneren, grootheidsideeën, dadendrang of de neiging tot manipulatief gedrag kunnen de cliënt bovenmatig motiveren weer

aan het werk te gaan. Depressie, apathie, een gevoel van waardeloosheid, vermoeidheid, interesseverlies en burnout-gevoelens kunnen de achtergrond zijn van motivatiegebrek.

Bij eigen of andere werkgever

Indicatie

Er bestaat nog een goede formele (of informele) relatie tussen de cliënt en zijn (voormalige) werkgever. Het kan ook zijn dat de cliënt werk heeft gevonden bij een andere werkgever door eigen activiteiten of door bemiddeling van de arbeidsdeskundige of bedrijfsarts.

Uitvoering

De verzekeringsarts:

- geeft een voorlopige inschatting van de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt;
- maakt in nauwe samenwerking met de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundige en in goed overleg met de cliënt en de werkgever afspraken over de duur van de proefplaatsing, over de belasting waaraan de cliënt wordt blootgesteld en over de begeleiding die tijdens de proefplaatsing nodig is;
- doet afhankelijk van het beloop van de proefplaatsing een onderzoek op de werkplek op geleide van tussenrapportages van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige of op verzoek van de cliënt zelf;
- evalueert na afloop het functioneren van de cliënt tijdens de proefplaatsing met alle betrokkenen;
- bepaalt tenslotte de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt definitief.

Proefplaatsing in een arbeidsrehabilitatieprogramma

Een arbeidsrehabilitatieprogramma is een veelal vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg georganiseerd arbeidsproject zonder winstoogmerk met als doel arbeidsrevalidatie, arbeidsgewenning en zo mogelijk herintreding in het arbeidsproces van (ex-)psychiatrische cliënten³⁷.

Indicatie

De indicatie voor plaatsing in een arbeidsrehabilitatieproject wordt gesteld in gezamenlijk overleg door de werkbegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts. De cliënt kan aan het project deelnemen wanneer hij:

- door een langdurige opname of dagbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis wegens ernstige psychopathologie voor langere tijd buiten het arbeidsproces heeft gestaan;
- voldoet aan de eisen die het project stelt;
- geen arbeidsrelatie (meer) heeft met een werkgever;
- er ook geen andere mogelijkheden zijn voor een proefplaatsing elders.

2.38 Vragenlijsten

Over het gebruik van vragenlijsten geeft deze standaard geen richtlijnen³⁸.

3. Rapportage

Uitvoering

De verzekeringsarts:

- rapporteert volgens de voorwaarden voor verzekeringsgeneeskundige rapportages;
- beschrijft zijn bevindingen van standaard- en aanvullend onderzoek;
- geeft argumenten voor de reden waarom hij in voorkomende gevallen van deze standaard ten aanzien van indicatie en/of uitvoering afwijkt.

4. Samenvatting

4.1 Locatie

De verzekeringsarts roept de cliënt altijd op voor zijn spreekuur, tenzij er een indicatie is voor huisbezoek of voor overleg met de behandelaar.

4.2 Standaardmethoden

Dossieronderzoek

In een dossieronderzoek beoordeelt de verzekeringsarts de gegevens op validiteit, relevantie en actualiteit.

Beoordelingsgesprek

In een gestructureerd gesprek dat voldoet aan gebruikelijke eisen van gesprekstechniek, beoordeelt en toetst de verzekeringsarts de claimklachten en het verminderde arbeidsvermogen.

Mening van de cliënt

De verzekeringsarts vraagt naar de mening van de cliënt over:

- zijn arbeidsmogelijkheden, zijn ziekte en de gevolgen daarvan voor hemzelf, zijn sociale omgeving en zijn toekomstperspectief (concrete items hierin zijn: laatste werk, geschiktheid daarvoor, claimklachten, andersgeschiktheid, herstelgedrag, oorzaak van het ziek zijn, verandering in persoon en omgeving, toekomstverwachting);
- het uiteindelijke oordeel van de verzekeringsarts over zijn mogelijkheden om te functioneren.

De verzekeringsarts beoordeelt in hoeverre de eigen mening van de cliënt over bovenstaande samenhangt met tijdelijke of blijvende psychopathologie.

Dagverhaal

De verzekeringsarts:

- gaat na in hoeverre de vermelde klachten en beperkingen consistent zijn met de claim;
- vormt zich een indruk over het functioneren van de cliënt in zijn sociale rollen.

Anamnese

De verzekeringsarts:

- stelt een diagnose;
- vraagt naar de achterliggende problematiek, therapie en somatische co-morbiditeit.

Opleidings- en arbeidsanamnese

De verzekeringsarts:

- vraagt naar premorbide vaardigheden in opleiding en werk.

Psychiatrisch onderzoek

De verzekeringsarts verricht een psychiatrisch onderzoek in engere zin naar de actuele psychische toestand.

4.3 Aanvullende methoden

Gericht lichamelijk onderzoek

De verzekeringsarts verricht een gericht lichamelijk onderzoek, wanneer hij het bestaan vermoedt van een fysiek beperkende somatische aandoening.

Informatie bij de behandelende sector

Na het beoordelingsgesprek communiceert de verzekeringsarts met de behandelaar wanneer:

- hij nadere gegevens behoeft over diagnose, therapie, prognose, leefregels en adviezen;
- de cliënt op communicatie met de behandelaar blijft aandringen.

Informatie bij de bedrijfsarts

De verzekeringsarts communiceert met de bedrijfsarts wanneer hij nadere gegevens behoeft over het arbeidsfunctioneren, het beleid van de bedrijfsarts en de reïntegratiemogelijkheden.

Interne consultatie

De verzekeringsarts consulteert:

- een collega wanneer hij onzeker is over zijn bevindingen en de mogelijkheden om te functioneren;
- een arbeidsdeskundige wanneer hij nadere gegevens behoeft over het functioneren in werk en/of opleiding.

Externe consultatie

De verzekeringsarts consulteert:

- een maatschappelijk werker bij vermoeden van complexe psychosociale problematiek;
- een psychiater of klinisch psycholoog wanneer hij nadere gegevens behoeft over diagnose, therapie en/of bij een blokkerend verschil van mening;
- een psychiater wanneer hij ook nadere gegevens behoeft over medicamenteuze therapie en somatische co-morbiditeit;
- een neuro-psycholoog bij vermoeden van samenhangende cerebrale organiciteit.
- een arbeidspsycholoog bij onzekerheid over vaardigheden en reïntegratiemogelijkheden.

Hetero-anamnese

De verzekeringsarts benadert met toestemming van de client sleutelfiguren in de omgeving van de cliënt, wanneer hij op basis van het gesprek zelf en na overleg met de behandelend arts onvoldoende inzicht krijgt in de gezondheidstoestand en relaties binnen het gezin.

Proefplaatsing

Wanneer de verzekeringsarts na onderzoek nog onvoldoende inzicht heeft in de mogelijkheden om te functioneren besluit hij tot een proefplaatsing:

- bij eigen of andere werkgever;
- in een arbeidsrehabilitatieprogramma na langdurige opname of dagbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis.

Verantwoording en literatuur

1. Waar in deze standaard het mannelijk persoonlijk voornaamwoord wordt gebruikt, worden zowel mannen als vrouwen bedoeld.
2. De werkgroep meent dat er een ruime overlap is tussen claimbeoordeling enerzijds en advisering door de verzekeringsarts bij reïntegratieactiviteiten anderzijds. Dat komt vooral tot uitdrukking in de ziekteperiode en bij activiteiten die gericht zijn op een proefplaatsing. Dan is een goede samenwerking tussen de verzekeringsarts en de bedrijfsarts van eminent belang. Deze standaard geeft echter geen richtlijnen voor de samenwerking tussen de verzekeringsarts en de bedrijfsarts.
3. Met nadruk zij nog eens vermeld dat het niet de opdracht van de werkgroep was om richtlijnen op te stellen voor de afweging van factoren die de individuele mogelijkheden om te functioneren bepalen. De werkgroep acht het zeer gewenst dat ook daarover snel richtlijnen opgesteld worden. Daarmee krijgt deze standaard een logisch en nuttig vervolg.
4. **De 80-20 regel**
Het uitgangspunt voor de toepasbaarheid van deze standaard is, dat hij als richtlijn geldig is bij alle activiteiten, die de verzekeringsarts onderneemt voor de vaststelling van de mogelijkheden om te functioneren van mensen met psychische stoornissen. De opstellers van deze standaard hebben ernaar gestreefd dat de verzekeringsarts in circa 80 % van de beoordelingen, waarin deze standaard van toepassing is, de in deze standaard beschreven indicaties voor standaardonderzoek en aanvullend onderzoek en richtlijnen voor de uitvoering ervan kan gebruiken. In circa 20 % van de gevallen kan de verzekeringsarts dan op indicaties, die niet expliciet in de standaard zijn beschreven, met andere argumenten toch tot dezelfde conclusie over de mogelijkheden om te functioneren komen.
De getallen 80-20 % beogen geen exacte maat weer te geven van de mate van standaardisering van het verzekeringsgeneeskundig handelen. Zij geven slechts een indicatie hoe door professionals met beslisseregels in complexe situaties, zoals de beoordeling 'mogelijkheden om te functioneren' bij AAW/WAO, omgegaan wordt. Zij vormen met andere woorden een maatstaf bij de beoordeling of een standaard 'werkt'.
Inzichten, zowel van de wetgever als van de professionals, wijzigen zich in de loop van de tijd. Aan de hand van praktijkervaringen met een standaard is het eveneens nodig om nadere verfijningen of correcties te ontwikkelen om de standaard aan de eisen van de tijd te laten voldoen. Om verzekeringsartsen met een standaard in de praktijk te kunnen laten werken is het allereerst nodig tot een keuze te komen van een geldige en werkbare 'eind' versie van een standaard. Vervolgens is onderhoud en aanpassing noodzakelijk om te voldoen aan gewijzigde inzichten en opgedane praktijkervaringen om de standaard werkbaar en geldig te houden.

Bron:

Standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden'. Tica, Amsterdam, 1996.

5. Croon, N.T.Th., S.W.Th. Langius. Arbeid en gezondheid. Een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk bij de bedrijfsverenigingen. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, 1993, pag. 110-123.
6. De DSM-IV Classificatie is een hiërarchisch systeem dat is ontwikkeld door de American Psychiatric Association voor gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek en dat tot doel heeft de betrouwbaarheid van de diagnose te vergroten. De classificatie is opgebouwd uit vijf assen. As I beschrijft de klinische syndromen, as II persoonlijkheidsstoornissen, as III de relevante somatiek, as IV de objectieve sociale stressoren en de ernst daarvan en as V het psychosociaal functioneren, zoals gescoord op een schaal voor de algemene beoordeling van het functioneren (GAF-schaal).
Met name de GAF-score is van belang voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. De GAF-schaal geeft een hypothetisch continuüm weer van geestelijke gezondheid (100) naar ernstige psychische stoornis (1).
Verzekeringsartsen dienen als niet-specialistisch geschoolden het DSM-classificatiesysteem met de nodige voorzichtigheid te hanteren.
Een DSM-diagnose kan onmogelijk de complexe werkelijkheid beschrijven van een unieke mens die lijdt aan een psychische stoornis.
Bovendien is het systeem, zeker voor toepassing bij cliënten met een niet-Westerse culturele achtergrond, maar ten dele gevalideerd.
Tenslotte, een psychiatrische diagnose zegt in het algemeen maar heel weinig over het vermogen om te kunnen werken. Het medisch arbeidsongeschiktheids-criterium vraagt niet om nomenclatuur, maar om het vaststellen van een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps.
Niettemin is het DSM-IV classificatiesysteem toonaangevend, ook in Nederland.
Vooral in het belang van een eenduidige communicatie met psychiaters en psychotherapeuten is het nodig dat de verzekeringsarts inzicht heeft in het systeem.

Bronnen:

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
Standaard 'Medisch arbeidsongeschiktheids-criterium'. Tica, Amsterdam, september 1996.

7. De diagnosehoofdcategorie V bestaat uit drie groepen diagnoses:
- psychoses (6%)
 - zwakzinnigheid (2%)
 - neurotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en andere niet-psychotische stoornissen (92%)

De diagnose 'aanpassingsreactie' is steeds meer gebruikt sinds 1980. In dat jaar voerde de GMD de ICD-9 in, waarin deze diagnose voor het eerst in deze vorm verscheen. De toename van het gebruik van deze diagnose liep parallel met de afname van het gebruik van de diagnose 'neurotische depressie'.
Het gebruik van de diagnose 'aanpassingsreactie' neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Bijna altijd komt deze diagnose bij vrouwen meer voor.

Ook 'depressieve stoornis, niet elders geclassificeerd' neemt toe bij het ouder worden.

'Neurotische stoornissen' komen vooral voor bij jonge vrouwen en 'persoonlijkheidsstoornissen' vooral bij jonge mannen.

Ongeveer 11% van de personen met een diagnose uit de categorie V werd tot en met 1993 bij einde wachttijd minder dan 15% arbeidsongeschikt. Dat percentage is daarna opgelopen tot 25 à 30, hoogstwaarschijnlijk doordat na 1993 een scherper arbeidsongeschiktheids criterium geldt. Bij hen is vaker de diagnose 'aanpassingsreactie' gebruikt (75%) en minder vaak 'neurotische stoornis' (8%) en 'depressie, niet elders geclassificeerd' (6%) dan bij toetreders.

Verhoudingsgewijs worden meer mannen en personen ouder dan 45 jaar minder dan 15% arbeidsongeschikt geacht.

'Aanpassingsreactie' en 'persoonlijkheidsstoornissen' vertonen wat betreft voorkomen bij mensen die minder dan 15% arbeidsongeschikt werden geacht een beeld dat vergelijkbaar is met dat van de toetreders bij wie deze diagnoses werden gebruikt. Bij 'neurotische stoornissen' en 'depressieve stoornis, niet elders geclassificeerd' is zo'n beeld niet te onderkennen.

Bronnen:

Eck, M.A.A. van. Categorie V: arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en begeleiding tijdens de Ziektewetperiode. T. v. Verzekeringsgeneeskunde, 1991, jrg. 29, nr.2, pag. 52-57.

Jaarverslagen GMD 1991 t/m 1994.

Klerk, J.M. de, C.J. Petersen, G.C. Diependaal. Diagnosecategorie V: psychische stoornissen. Verslag 1: Algemene beschrijving. Gemeenschappelijke Medische Dienst, stafafdeling Onderzoek en Ontwikkeling, sectie Onderzoek, Amsterdam, 1982.

(Als GMD-cahier nr.7, tweede -gecorrigeerde- druk, 1986).

Klerk, J.M. de, C.J. Petersen, C.G. Diependaal. Diagnosecategorie V: psychische stoornissen en de WAO: een nadere beschrijving. Arts en Sociale Verzekering, 1983, jrg. 21, nr. 2, pag. 434-440.

Klerk, J.M. de, C.J. Petersen, C.G. Diependaal. Psychische stoornissen. Verslag 2: dossierstudie. GMD-cahier nr. 4. Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam, 1985.

Klerk, J.M. de, C.J. Petersen, C.G. Diependaal. Psychische stoornissen en arbeidsongeschiktheid. T. v. Verzekeringsgeneeskunde, 1986, jrg. 24, nr. 11, pag. 136-142.

Klerk, J.M. de, N. van der Zouwe. Psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later (deel 1). T. v. Verzekeringsgeneeskunde, 1992, jrg. 30, nr. 2, pag. 46-49.

Klerk, J.M. de, N. van der Zouwe. Psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later (deel 3). T. v. Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 1993, jrg. 1, nr. 5, pag. 162-167.

Kompier, M.A.J., P.G.W. Smulders, I.L.D. Houtman, A. Bloemhoff, R.W.M. Gründeman. Vormen jongere werknemers een speciale risicogroep voor arbeidsongeschiktheid op grond van psychische aandoeningen? T. v. Sociale Gezondheidszorg, 1992, jrg. 70, nr. 9, pag. 504-510.

Zouwe, van der N., J.M. de Klerk, Diagnosecategorie V: Psychische stoornissen en de WAO, tien jaar later (deel 2). Een vergelijking tussen mannen en vrouwen. T. v. Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 1993, jrg. 1, nr. 1, pag. 11-15.

8. **Convertering ICD-9 naar DSM-IV.**

ICD-diagnose	ICD-9 code	DSM-IV classificatie
		depressieve stoornissen
depressie	296.xx	depressieve stoornis
manisch-depressieve psychose	296.2x	eenmalige episode
manisch-depressieve psychose	296.3x	recidiverend
neurotische depressie	300.4	dysthyme stoornis
depressieve stoornis NEG	311	depressieve stoornis NAO
		bipolaire stoornissen
manisch-depressieve psychose	296.xx	bipolaire I stoornis
manisch-depressieve psychose	296.0x	eenmalige manische episode
manisch-depressieve psychose	296.40	laatste episode hypomaan
manisch-depressieve psychose	296.4x	laatste episode manisch
manisch-depressieve psychose	296.6x	laatste episode gemengd
manisch-depressieve psychose	296.5x	laatste episode depressief
	296.7	laatste episode niet-gespecificeerd
overige affectieve psychose	296.89	bipolaire II stoornis
affectieve persoonlijkheidsstoornis	301.13	cyclothyme stoornis
overige affectieve psychose	296.80	bipolaire stoornis NAO
affectieve psychose NEG	296.90	stemmingsstoornis NAO
		angststoornissen
hysterie	300.1	paniekstoornis zonder agorafobie
fobische toestanden	300.21	paniekstoornis met agorafobie
fobische toestanden	300.22	agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis
fobische toestanden	300.29	specifieke fobie
fobische toestanden	300.23	sociale fobie
dwangsyndromen	300.3	obsessieve-compulsieve stoornis
overige gespec. aanpass. reacties	309.81	posttraumatische stress-stoornis
ov. gespec. acute reacties op stress	308.3	acute stress-stoornis
neurotische angsttoestanden	300.02	gegeneraliseerde angststoornis
neurotische angsttoestanden	300.00	angststoornis NAO
		somatoforme stoornissen
ov. gespec. neurotische stoorniss.	300.81	somatisatiestoornis

ov. gespec. neurotische stoorniss.	300.81	ongedifferentieerde somatoforme stoornis
hysterie	300.11	conversiestoornis
speciale sympt. of syndr. NEG	307.xx	pijnstoornis
psychalgie	307.80	pijnstoornis gebonden aan psychische factoren
hypochondrie	300.7	hypochondrie
hypochondrie	300.7	stoornis in de lichaamsbeleving
ov. gespec. neurotische stoorniss.	300.81	somatoforme stoornis NAO
		aanpassingsstoornissen
aanpassingsreactie	309.xx	aanpassingsstoornis
kortdurende depressieve reactie	309.0	met depressieve stemming
met stoornis van andere emotie	309.24	met angst
met stoornis van andere emotie	309.28	met gemengd angstige en depressieve stemming
met stoornis in het gedrag	309.3	met een stoornis in het gedrag
met gemengde st. in emotie/gedrag	309.4	met een gemengde stoornis van emoties en gedrag
aanpassingsreactie niet gespec.	309.9	niet gespecificeerd
		persoonlijkheidsstoornissen
		cluster A
paranoïde persoonlijkheidsstoornis	301.0	idem
affectieve persoonlijkheidsstoornis	301.1	idem
schizoïde persoonlijkheidsstoornis	301.2	idem
	301.2	schizotypische pers.stn.
explosieve persoonlijkheids-stoornis	301.3	
		cluster B
antisociale persoonlijkheidsstoornis	301.7	idem
ov. gespec. pers.stn.	301.8	borderline pers.stn.
hysterische persoonlijkheid	301.5	theatrale pers.stn.
ov. gespec. pers.stn.	301.8	narcistische pers.stn.
		cluster C
ov. gespec. pers.stn.	301.8	ontwijkende pers.stn.
asthene persoonlijkheidsstoornis	301.6	afhankelijke pers.stn.
dwangmatige pers.stn.	301.4	obsessieve-compulsieve pers.stn.
affectieve persoonlijkheidsstoornis	301.1	

Bronnen:

Coderen volgens de richtlijnen van de 9e editie van de International Classification of Diseases. GMD/GAK, 1981.

9. De werkgroep is overigens van mening dat deze standaard ook toepasbaar is op andere al of niet volgens DSM-IV geclassificeerde psychische stoornissen.

10. Profiel adviserend verzekeringsarts. Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, 1996.

11. **Observer-bias**

Wijzen van vertekening zijn:

- Extra aandacht voor opvallende kenmerken en uitingen van de cliënt.
- Selectie van prikkels door behoeften, waarden, gevoelens en verwachtingen van de waarnemer.
- Miskenning van sociaal wenselijk gedrag.
- Gebruik van stereotypen. Een stereotype is een verzameling kenmerken waarvan men aanneemt dat ze bij een bepaalde categorie mensen horen. De onderzoeker neemt waar en oordeelt op grond van vooroordelen, overgeneralisaties en oversimplificaties.
- Mate van cognitieve complexiteit: sommige mensen gebruiken meer categorieën en onderscheidingen bij het observeren, interpreteren en beoordelen dan anderen. Het meest eenvoudig is het beoordelen op twee categorieën, zoals goed-slecht. Mensen met een grotere cognitieve complexiteit kunnen beter met strijdige informatie omgaan.
- Neiging om bepaald gedrag van de cliënt als spontaan of authentiek te zien en ander gedrag als opzettelijk en doelgericht. Zo wordt iemand met een hoge status die zich conformeert geacht dat te doen uit vrije wil; doet iemand met een lagere status dat dan ziet men dat als wijken voor druk van buitenaf. Zo kan ook non-verbaal gedrag gezien worden als spontaan gedrag.
- Gebruik van impliciete persoonlijkheidstheoriën. Onbewust worden theoriën gevormd over bij voorbeeld verbanden tussen kleding, non-verbaal en verbaal gedrag, fysieke kenmerken en persoonlijkheidskenmerken. Hiertoe behoort het halo-effect: een te gunstig oordeel geven over specifieke kenmerken van de cliënt over wie de onderzoeker in het algemeen een gunstig oordeel heeft. Het omgekeerde is ook mogelijk: het horn-effect.
- Generalisatie vanuit de waarnemer, die zijn eigen gedrag als redelijk gewoon en normaal beschouwt. Cliënten die daarvan afwijken worden extremer beoordeeld dan cliënten die daar minder of niet van afwijken.
- Neiging om snel tot een afgerond oordeel te komen en informatie te negeren die dat oordeel falsifiëren. De eerste indruk weegt zwaar en de onderzoeker neemt selectief alleen die kenmerken waar die de eerste, snel gevormde hypothese bevestigen. De invloed van het toeval wordt onderschat.
- 'Self-fulfilling prophecy': het onderschatten van de eigen invloed op het gedrag van de cliënt en het gedrag van de ander onbewust uitlokken.
- In het dagelijks leven zijn mensen slechte statistici. Te veel maakt de onderzoeker gebruik van voorbeelden en gebeurtenissen die snel beschikbaar in zijn geheugen liggen. Bepaalde opvallende stimuli worden als representatief beschouwd. De onderzoeker maakt geen gebruik van achtergrondinformatie.
- Te veel wordt aan de persoon toegeschreven, te weinig aan de omstandigheden.

Bronnen:

Syllabus oordeelsvorming in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Stichting voor Sociale Geneeskunde, concept, Utrecht, 1989.

Klerk, J.M. de. Arts en arbeid 4: sociale vaardigheden en werk. Reeks Menselijke Schade 16. Gemeenschappelijke Medische Dienst/Maklu. Antwerpen - Apeldoorn, 1990, pag. 91-100.

Sutherland, S. Irrationality, the enemy within. Penquin Books, London, 1994.

12. **Overdracht en tegenoverdracht**

De begrippen overdracht en tegenoverdracht zijn ontleend aan de psycho-analyse. Van overdracht in de gespreksituatie is sprake wanneer de cliënt (of de verzekeringsarts) onbewust reageert op de verzekeringsarts (of de cliënt) met gedrag en emoties die zijn ontleend aan relaties met sleutelfiguren uit de vroege jeugd. De verzekeringsarts (of de cliënt) kan in tegenoverdracht op zijn beurt onbewust reageren met gedrag en gevoelens die op vergelijkbare wijze hun oorsprong vinden in zijn vroege jeugd. Het behoeft geen betoog dat een adequate beoordeling van de mogelijkheden om te functioneren van de cliënt dan niet mogelijk is. Overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties zijn normale en onbewust verlopende processen. Iedere ervaren verzekeringsarts herkent ze en weet ze op hun diagnostische waarde te schatten, mits hij zichzelf voldoende kent en in staat is tot zelfreflectie.

Signalen van problematische tegenoverdrachtsreacties zijn:

- teveel of te weinig betrokkenheid met en gevoel voor de cliënt;
- ongebruikelijk sterke positieve en negatieve reacties op de cliënt;
- het zonder geldige reden afwijken van de gebruikelijke technische regels en routine.

Bronnen:

Klink, J.J.L. van der (red.). Psychische problemen en de werksituatie: handboek voor een actieve sociaal-medische begeleiding. NIA, Amsterdam, 1993, pag. 61-62.

Kouwenhoven, M. Cursusboek 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'. Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1989.

13. **Dramadriehoek**

Wanneer de cliënt (of de verzekeringsarts) zichzelf onderschat, zal hij zich gedragen als een Slachtoffer. Wanneer de verzekeringsarts (of de cliënt) zichzelf overschat, geeft hij zichzelf het recht of de plicht om de ander ongevraagd te beschuldigen of te redden. De verzekeringsarts (of de cliënt) is dan Aanklager of Redder. Deze rollen zijn dramatische rollen die weergegeven kunnen worden in de drama-driehoek, ook wel Karpman-driehoek genoemd naar de ontwerper ervan. De transacties in de drama-driehoek zijn complementair en de relaties die erdoor ontstaan zijn symbiotisch van aard.

Om de drie ongezonde symbiotische rollen van Aanklager, Redder en Slachtoffer te onderscheiden van reële, gezonde en probleem-oplossende rollen worden ze met een hoofdletter geschreven.

Iemand die er als Aanklager genoeg in scheidt om de ander te pakken op zijn zwakke plekken of met schuldgevoelens op te zadelen, reageert niet in het belang

van de ander (en van zichzelf). Iemand die boos is op de ander en hem aanklaagt omdat hij zich misdragen heeft, reageert adequaat, namelijk uit zorg en in het belang van de ander (en van zichzelf).

Een Redder maakt en houdt de ander door zijn hulp afhankelijk. Hij denkt, voelt en handelt voor de ander zonder dit eerst met de ander te overleggen. Hierdoor bevordert hij de passiviteit en maakt zichzelf tenslotte onmisbaar. Een redder reageert in het belang van de ander als hij ingrijpt op het moment dat de ander werkelijk niet in staat is om zelfstandig te functioneren.

Een Slachtoffer is iemand die zijn eigen aanwezige mogelijkheden luidkeels miskent met de bedoeling om een Redder te vinden. Een slachtoffer is iemand die werkelijk de dupe is geworden van een bepaalde situatie en die de mogelijkheid mist om zichzelf te redden. Deze heeft een redder nodig.

Het kenmerk van de drie rollen is dat de betrokkenen zich niet bewust zijn van de wijze waarop zij zichzelf en de ander in de symbiose gevangen houden. Zij ervaren hun gedrag als heel adequaat en gezond. Buitenstaanders herkennen de symbiotische rollen echter wel en noemen het gedrag meestal manipulerend, onecht of spelmatig.

Bron:

Kouwenhoven, M. (red). *Transaktionele Analyse in Nederland. Deel I: Inleidingen.* Algemeen Nederlands Instituut voor Transaktionele Analyse, Ermelo, 1983, pag. 146-150.

14. Het kan zijn dat de cliënt in een vertrouwde omgeving zijn probleem beter onder woorden kan brengen. Op dergelijke wijze verkregen informatie kan zeer waardevol zijn. Het kan ook zijn dat het verzoek om een huisbezoek wordt ingegeven door de onbewuste behoefte van de cliënt om tijdens de beoordelingsprocedure de regie in handen te houden of om de verzekeringsarts in een situatie te brengen waarin verlies van distantie optreedt. In een dergelijke situatie is het gevaar van observer-bias groot. Wanneer de verzekeringsarts zich hiervan bewust is heeft het huisbezoek en de reden ervoor diagnostische waarde.
15. Wanneer de cliënt verblijft in een TBS-kliniek of in een Huis van Bewaring in afwachting van een opname in een TBS-kliniek, is de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden' niet van toepassing en dient de verzekeringsarts zich een oordeel te vormen over de actuele mogelijkheden om te functioneren van de cliënt. Uit jurisprudentie blijkt immers dat de verzekeringsarts bij de beoordeling geen rekening mag houden met de justitiële reactie op het delict. Hij ziet zich dan voor de vraag gesteld of de cliënt met een psychische stoornis ook zou zijn opgenomen in een niet-forensisch psychiatrisch ziekenhuis, wanneer hij geen delict had gepleegd. Uit organisatorisch oogpunt kan de beoordeling van TBS-gestelden in een bepaalde kliniek het best door dezelfde verzekeringsarts gedaan worden. Zo kan deze zich ook vertrouwd maken met de bijzondere verzekeringsgeneeskundige vraagstelling.
16. In deze standaard is de gesprekstechnische vaardigheid van de verzekeringsarts een randvoorwaarde. Daarom geeft de standaard geen uitvoerige richtlijnen voor gesprekstechniek en volstaat hij met de samenvatting van twee veel gebruikte gespreksmethoden: het methodische beoordelingsgesprek en de methode 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'.

In het methodische beoordelingsgesprek ligt de nadruk op samenwerking tussen verzekeringsarts en cliënt gericht op de claimbeoordeling.

Bij de methode 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen' ligt het accent op samenwerking tussen verzekeringsarts en cliënt en op reïntegratie. Kouwenhoven, M. (Red). Transaktionele Analyse in Nederland. Deel III.

Het is aan de verzekeringsarts om te beoordelen wanneer hij welke (elementen uit welke) methode gebruikt. De werkgroep is van mening dat beide methoden deel dienen uit te maken van het onderzoeksrepertoire van iedere verzekeringsarts.

Het methodische beoordelingsgesprek

Herngreen en De Boer stellen dat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling een forensisch-medisch karakter heeft, omdat deze wordt verricht in opdracht van de wetgever. De beoordeling door de verzekeringsarts is daardoor principieel anders dan die door de behandelend arts. Bij het curatieve handelen staat de beoordeling van de hulpvraag voorop, terwijl het verzekeringsgeneeskundig onderzoek begint met de beoordeling van de claim.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling volgens Herngreen en De Boer vindt plaats volgens een argumentatieve structuur die achtereenvolgens is opgebouwd uit een inleidend gesprek, het dagverhaal en het curriculum vitae.

In het model speelt het gesprek als test-instrument een belangrijke rol. Door het stellen van regels over initiatief, volgorde en inhoud van gespreksthema's is het mogelijk te signaleren wanneer een cliënt zich niet aan de van te voren gestelde regels houdt. Zo krijgt de verzekeringsarts naast gegevens van zakelijke aard ook informatie over het vermogen van de cliënt om een bepaalde structuur te volgen. Met name in het inleidend gesprek, maar ook in andere gedeelten van het onderzoek zijn er dan twee manieren waarop de cliënt van de structuur kan afwijken.

Hij kan een inadequaat antwoord (IA) geven. Daaronder wordt verstaan een antwoord dat totaal of gedeeltelijk niet een zakelijk antwoord op de vraag is, maar wel associatief samenhangt met het gevraagde.

De cliënt kan een spontane opmerking (SP) maken. Deze opmerking kan schijnbaar geheel toevallig komen of slechts een verwijderd associatief verband hebben met de vraag.

De waarde die de verzekeringsarts moet toekennen aan IA's en SP's hangt af van de oorzaak ervan. In het kader van de standaard is het belangrijk te onderkennen dat IA's en SP's een uiting kunnen zijn van psychopathologie.

De oorzaak kan zijn dat een cliënt met beperkte copingmogelijkheden krampachtig streeft naar autonomie in de testsituatie. Ook kan het zijn dat de cliënt het gesprek niet aankan door psychiatrische ziekteverschijnselen zoals angst, depressie, affectlabiliteit of apathie.

Bron:

Herngreen, H., W.E.L. de Boer. Handleiding verzekeringsgeneeskundig beoordelingsgesprek, Netherlands School of Public Health, Utrecht, 1989.

Methode 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'

Sinds 1989 is het nascholingsprogramma 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen' beschikbaar voor verzekeringsartsen. Het programma werd ontwikkeld door M. Kouwenhoven, psychotherapeut, in samenwerking met de afdeling Opleidingen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst. Sinds 1994 organiseert het GAK deze nascholing. Inmiddels hebben meer dan 800 verzekeringsartsen de cursus gevolgd. In het programma komen drie onderdelen aan de orde:

- effectieve gesprekstechniek;
- diagnostiek van gedragsstoornissen (zie noot 24);
- etiologie en psychische mogelijkheden om te functioneren (zie noot 25).

Gesprekstechniek

De verzekeringsarts moet in korte tijd een effectieve samenwerkingsrelatie tot stand zien te brengen met een anonieme cliënt, die lijdt aan een psychische stoornis, die geïsoleerd uit zijn sociale context onvrijwillig op het spreekuur verschijnt en die een groot financieel belang heeft bij de uitkomst van de beoordeling. Het doel is reïntegratie in het arbeidsproces. Een doeltreffende samenwerking kan plaatsvinden volgens een gesprekstechnisch model, waarin vier stappen worden onderscheiden die achtereenvolgens genomen moeten worden:

1. Positief aansluiten

De verzekeringsarts sluit positief aan bij de klachten van de cliënt zonder daar al te diep met vragen op in te gaan.

2. Open, relevante, uitnodigende vragen stellen naar de achterliggende problematiek

De verzekeringsarts vormt zich een beeld van de huidige achterliggende problematiek door te vragen naar de behoeften (lichamelijk, psychologisch, spiritueel), naar de gevoelens (boos, bang, blij, bedroefd, lichamelijke), naar het denken, het doen en naar de sociale context. Met een korte anamnese gericht op de etiologie krijgt de verzekeringsarts inzicht in vroegere achterliggende problematiek.

3. Samenvatten

De verzekeringsarts vat samen wat hij de cliënt heeft horen zeggen en vraagt of dat klopt. Zo kan hij nagaan of hij de cliënt goed heeft begrepen en de cliënt kan zich begrepen gaan voelen. Gewenst gedrag kan worden versterkt als daarop in de samenvatting het accent ligt.

4. Open kaart spelen

De verzekeringsarts geeft zijn eigen mening over de reversibiliteit, de therapie, de mogelijkheden om te functioneren en de reïntegratie. Zo ontstaat een dialoog, waarin verdere aansluiting mogelijk is en vertrouwen kan groeien.

Bron:

Kouwenhoven, M. Cursusboek 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'. Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1989.

17. De cliënt is immers de houder van het sociaal-medische probleem en tevens degene die de claim heeft. Bovendien is de cliënt voor de beoordeling de voornaamste, maar

niet belangeloze bron van informatie en moet hij tenslotte met het oordeel van de verzekeringsarts verder op weg naar reïntegratie.

18. Er is een sterk positief verband tussen het zelfvertrouwen en de door de cliënt zelf waargenomen eigen arbeidscompetentie enerzijds en het toekomstig functioneren in arbeid anderzijds.

Bronnen:

Anthony, W.A., M.A. Jansen. Predicting the vocational capacity of the chronically ill. *American Psychologist*, 1984, vol. 39, nr. 5, pag. 542.

Ciardello, J.A., M.E. Klein, S. Sobkowski. Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders. Baltimore/London, 1988, pag. 196-207.

Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1995, pag. 50-52 en 93-94.

19. Cluster A persoonlijkheidsstoornissen zijn:
- paranoïde persoonlijkheidsstoornis;
 - schizoïde persoonlijkheidsstoornis;
 - schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B persoonlijkheidsstoornissen zijn:

- antisociale persoonlijkheidsstoornis;
- borderline persoonlijkheidsstoornis;
- theatrale persoonlijkheidsstoornis;
- narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Cluster C persoonlijkheidsstoornissen zijn:

- ontwijkende persoonlijkheidsstoornis;
- afhankelijke persoonlijkheidsstoornis;
- obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

20. Uit onderzoek van de Jong blijkt dat onvermogen tot adequaat sociaal functioneren zich het eerst manifesteert in de arbeidsrol en pas daarna opeenvolgend in sociale contacten buiten het gezin, relaties binnen het gezin en tenslotte in de zelfverzorging. Uit meer recent onderzoek van Kraaykamp blijkt dat deze hiërarchie globaal uit drie delen bestaat: ten eerste de zelfverzorgingsrol, ten tweede de familie-, gezins- en burgerrol en ten derde de partner-, sociale- en beroepsrol. Dat wijst erop dat goed functioneren in de partner- en de sociale rol een goede voorspeller is voor toekomstig functioneren in arbeid. Uit literatuuronderzoek van Van Weeghel blijkt dat de praktische en sociale vaardigheden op andere levensgebieden stabiele en positieve predictoren zijn van betaalde arbeid.

Bronnen:

Jong de, A. Over psychiatrische invaliditeit. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

Kraaykamp, H. Moeilijke rollen. Psychometrisch onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Groninger Sociale Beperkingenschaal bij psychiatrische patiënten. Groningen, 1992.

Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1995.

21. Herngreen, H., W.E.L. de Boer. Handleiding verzekeringsgeneeskundig beoordelingsgesprek. Netherlands School of Public Health, Utrecht, 1989. Zie ook noot 12.
22. De diagnose op zich van de psychische stoornissen, waarop deze standaard betrekking heeft, laat in het algemeen geen voorspellende uitspraken toe over het succes van toekomstig arbeidsfunctioneren. Volgens Anthony hangt de arbeidsparticipatie veel minder af van de diagnose dan van de chroniciteit van het ziektebeeld. Van Weeghel concludeert na uitgebreide literatuurstudie dat andere factoren dan de diagnostische categorie waarschijnlijk beter het arbeidsfunctioneren voorspellen. Alleen psychotische stoornissen leiden volgens McGlashan vaker dan andere psychiatrische hoofddiagnoses tot langdurige en blijvende arbeidsuitval.

Bronnen:

Anthony, W.A. Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and succesful employment outcomes. Psychosocial Rehabilitation Journal, 17 (1994b), 3, pag. 3-14.

Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1995, pag. 95-98.

McGlashan, T.H. A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 14, (1988) 4, pag. 515-542.

23. De betrouwbaarheid van persoonlijkheidsdiagnostiek op grond van gesprekken ter beoordeling van arbeidsgeschiktheid is gering, ook wanneer hij wordt uitgevoerd door deskundigen.

Bron:

Jansen, J., W.H.C. Kerkhoff, M.J. Vielvoye. Persoonlijkheidskenmerken en arbeid. Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, jr. 25 (4), 102-105.

24. **diagnostiek**
Een uitgebreide beschrijving van symptomatologie en diagnostiek van stemmings-, angst-, somatoforme, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen ligt buiten het bestek van deze standaard. Daarvoor zij verwezen naar de psychiatrische handboeken. De standaard geeft ook geen richtlijnen voor het vaststellen van de diagnose. Hieronder wordt volstaan met een korte samenvatting van wat daarover in de cursus 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen' aan de orde komt.

In de cursus worden richtlijnen gegeven voor de etiologische diagnostiek. Daarbij staat de vraag centraal wat er vroeger in het leven van de cliënt is misgegaan. De verzekeringsarts dient inzicht te krijgen in het verloop van de levensfasen, de taken en functies die geleerd moeten worden, wat daarin mis is gegaan en hoe de cliënt de scheefgroei heeft gecompenseerd. Zo kan hij begrijpen welk ziektebeeld is ontstaan, wat de ernst daarvan is en wat de intensiteit van de symptomen is. In principe kunnen psychotische, sociopathische en neurotische ziektebeelden zijn ontstaan.

In de cursus wordt tevens ingegaan op de syndromale diagnostiek. Daarbij wordt uitgegaan van het actuele gedrag van de cliënt. Als rode draad worden de basale functies gebruikt: de lichamelijke, psychologische en spirituele behoeften; het voelen; het denken en het gedrag.

Aan de hand van een observatieschema kan de verzekeringsarts inzicht krijgen in herkenbare voel-, denk- en gedragsstoornissen, daaraan gerelateerde ziektebeelden en de rol van de sociale context. Zo kan hij de herkende ziektebeelden plaatsen in de clusters A, B en C van de DSM IV-classificatie.

Bron:

Kouwenhoven, M. Cursusboek 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'. Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1989.

25. **Etiologie en psychische belastbaarheid**

In de cursus 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen' wordt ingegaan op de achterliggende problematiek en de psychische mogelijkheden om te functioneren.

Inzicht in de etiologie, het actuele gedrag en de sociale context van de cliënt biedt de verzekeringsarts de mogelijkheid om na te gaan wat de sterke en de zwakke kanten van de cliënt zijn. Deze hangen samen met negatieve en positieve geboden. Mensen die reageren vanuit negatieve geboden hebben een negatief gevoel van eigenwaarde. Zij hopen door gehoor te geven aan de negatieve geboden een positief gevoel van eigenwaarde te krijgen, terwijl bij nader inzien het omgekeerde het geval is. Het negatieve gedragspatroon wordt er juist door in gang gezet. Negatieve geboden zijn: wees perfect, doe je best, maak voort, wees aardig voor anderen en wees sterk. Positieve geboden zijn de startpositie van een positief gedragspatroon. Mensen die reageren vanuit een positief gebod hebben een positief gevoel van eigenwaarde, ook als zij niet aan de geboden voldoen. Zij hopen zo een bijdrage te leveren aan de verbetering van zichzelf, anderen en de sociale context. Hun positieve gedragspatroon wordt erdoor versterkt. Positieve geboden zijn: leer van je fouten, voltooi dingen, neem tijd voor ontspanning, wees ook aardig voor jezelf en sta open voor de zorg van anderen.

Negatieve en positieve gedragspatronen kunnen leiden tot overeenkomstige levensbesluiten. Deze besluiten zijn van oorsprong overlevingsbesluiten. De levensbesluiten kunnen betrekking hebben op vier gebieden: behoeften, voelen, denken en doen. Negatieve besluiten hierover kunnen via een negatief mechanisme leiden tot een negatieve afloop: de psychiatrische gedragsstoornis.

In geval van een negatief levensbesluit was dat, gegeven de vroegere situatie in de jeugd, vaak de enige manier om te overleven. In de vroegere situatie waren deze besluiten functioneel. Ze worden dysfunctioneel als de situatie verandert, zonder dat

de betrokkene zijn besluiten herziet. Positieve besluiten waren in de vroegere situatie functioneel en blijven dat in de huidige situatie, omdat de betrokkene zijn besluiten aan kan passen aan de veranderende omstandigheden.

In de cursus wordt een observatieschema 'psychisch belastbaarheidspatroon' geïntroduceerd, waarin de verzekeringsarts kan scoren in hoeverre negatieve en positieve geboden hebben geleid tot levensbesluiten en in welke mate deze op hun beurt via welke mechanismen negatief of positief zijn afgelopen op de gebieden behoeften, voelen, denken en doen. Zo kan hij uitspraken doen over de psychische mogelijkheden om te functioneren. Immers, het is onverstandig om de cliënt te herplaatsen in een werksituatie, die veel overeenkomsten vertoont met de vroegere situatie, waarin het negatieve patroon is ontwikkeld. Het is juist wel goed om de cliënt te herplaatsen in werk, dat overeenkomsten vertoont met de vroegere situatie, waarin de cliënt positieve patronen heeft ontwikkeld.

Bron:

Kouwenhoven, M. Cursusboek 'Omgaan met psychologische en psychiatrische gedragsstoornissen'. Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1989.

26. Het arbeidsverleden heeft een grote voorspellende waarde voor toekomstig functioneren in arbeid. Volgens Turner geldt dat met name voor cliënten met ernstige psychopathologie die tot voor kort nog goed functioneerden in een hoger of middelbaar beroep. Volgens Strauss en McGlashan geldt in het algemeen dat het vroegere functioneren in een bepaald levensgebied de beste predictor is van het toekomstig functioneren op datzelfde levensgebied.

Bronnen:

Turner, R.J., Jobs and schizophrenia. *Social Policy*, 1977, May/June, pag. 32-40.

Strauss, J.S. en W.T. Carpenter, Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychology*, 30 (1974) april, pag. 429-434.

McGlashan, T.H., A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenic Bulletin*, 14 (1988) 4, pag. 515-542.

27. Van Weeghel stelt na bestudering van de onderzoeksliteratuur dat, hoewel eenduidige en stabiele relaties tussen specifiek psychiatrische symptomen en arbeidsongeschiktheid in tot op heden verrichte studies niet zijn aangetoond, de psychiatrische symptomatologie het arbeidsfunctioneren wel degelijk beïnvloedt. Het ligt voor de hand dat bepaalde niet-psychotische symptomen, zoals bizar gedrag, vijandigheid, apathie, vermijdingsgedrag en cognitieve beperkingen, in wisselwerking met de werkomgeving het functioneren veel directer negatief beïnvloeden dan symptomen die mogelijk verborgen kunnen blijven, zoals wanen en hallucinaties. Het gaat om complexe en individu-gebonden relaties die pas in wisselwerking met de sociale context duidelijk kunnen worden.

Bron:

Weeghel, J. van. *Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1995, pag. 98-100.

28. De cliënt kan om uiteenlopende redenen ook zelf nadrukkelijk aan de verzekeringsarts vragen om een lichamelijk onderzoek te doen. Dat verzoek kan zijn ingegeven door factoren die nog niet eerder in het beoordelingsgesprek aan de orde zijn geweest. De verzekeringsarts zal daarom eerst informeren naar de reden van het verzoek en de achterliggende factoren bespreken, voordat hij besluit aan de wens van de cliënt te voldoen.
29. Somatische aandoeningen kunnen op allerlei manieren in verband staan met psychische stoornissen:
- een psychische stoornis kan een direct fysiologisch gevolg zijn van een somatische aandoening (bij voorbeeld een depressie door hypothyreoïdie);
 - een psychische stoornis kan een psychische reactie zijn op een somatische aandoening (bij voorbeeld een angststoornis door decompensatio cordis, posttraumatische stress-stoornis door fysiek trauma);
 - een psychische stoornis kan leiden tot lichamelijke klachten (bij voorbeeld vermoeidheid door depressie, somatisatiestoornis);
 - een psychische stoornis kan leiden tot blijvende somatische beperkingen (bij voorbeeld na tentamen suïcidii of bijwerkingen door langdurig gebruik van psychofarmaca).

Er kan uiteraard ook sprake zijn van een somatische aandoening die niet gerelateerd is aan de psychische stoornis.

30. Standaard 'Informatie-uitwisseling behandelaars'.
31. De verzekeringsarts houdt zich aan de richtlijnen van de KNMG over uitwisseling van informatie.
32. De bedrijfsarts heeft de cliënt in de meeste gevallen een aantal keren in de ziekte-wetperiode gesproken op zijn bedrijfsgeneeskundig spreekuur. Om uiteenlopende redenen kan hij mogelijk waardevolle gegevens over het functioneren in de werksituatie niet expliciet hebben vermeld in zijn rapportages en reïntegratieplan. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen onder stress decompenseren. Wanneer zij na de ziekmelding onder de aandacht komen van de bedrijfsarts presenteren zij zich met een tijdelijk psychiatrisch beeld (as I DSM-IV), die een eventueel achterliggende persoonlijkheidsstoornis (as II DSM-IV) kan verdringen of contamineren. Dit kan de diagnostiek door de bedrijfsarts bemoeilijken. Het episodische psychiatrische beeld kan zijn verdwenen wanneer later in de ziekte-wetperiode de cliënt op het spreekuur van de verzekeringsarts verschijnt voor een AAW/WAO-beoordeling.
33. **werkplekonderzoek**
De arbeidsdeskundige kan de huidige, maar eventueel ook een vroegere werkgever benaderen. De beste informatie over het praktische functioneren van de cliënt kan in de meeste gevallen gegeven worden door de naaste medewerkers of door de directe chef van de cliënt. Bij een afdeling personeelszaken kan de arbeidsdeskundige meestal een overzicht krijgen van het historische ziekteverzuim van de cliënt. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de achtergronden van het verzuim.

In voorkomende gevallen kan op deze wijze het team van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige in overleg ook met de bedrijfsarts nog niet benutte mogelijkheden voor reïntegratie opsporen.

schoolonderzoek

Voor een zorgvuldige beoordeling in het kader van de AAW van cliënten die nog niet hebben gewerkt kan bij de school of het opleidingsinstituut waardevolle informatie worden verkregen over het cognitieve en intellectuele niveau en over het sociale functioneren van de cliënt als leerling en als stagiair.

34. De werkgroep is van mening dat de werkwijze en de ervaring van de externe deskundige meer bepalend zijn voor de waarde van zijn rapportage dan de discipline waarin hij werkt. Daarom wordt in de richtlijnen voor externe consultatie over de aard van de psychische stoornis geen onderscheid gemaakt tussen psychiater en klinisch psycholoog. Ten aanzien van medicamenteuze therapie en somatische co-morbiditeit heeft de psychiater wel meer ervaring en deskundigheid. Omdat in het algemeen aan de psychiater meer autoriteit wordt toegekend, kan het zijn dat anderen (de cliënt, de rechter) meer waarde hechten aan het rapport van een psychiater dan aan dat van een psycholoog. De werkgroep acht dat echter geen goed argument om bij vergelijkbare psychopathologie bij voorkeur een psychiater te consulteren.
35. Psychiaters en klinisch psychologen onderling verschillen nogal eens van mening over de diagnose. Daardoor kan de waarde van de conclusie van de geraadpleegde deskundige beperkt zijn. De waarde van de rapportage en de mate waarin het aan zijn doel beantwoord hangt ook af van de vorm en inhoud van het rapport. Dat kan per deskundige sterk wisselen.
36. Cognitief dysfunctioneren door een stoornis in hersenorganische functies kan op allerlei manieren samenhangen met psychische stoornissen. De belangrijkste zijn:
 - dementie (M. Alzheimer, bij M. Parkinson, na TIA's en CVA, door tumoren) bij stemmingsstoornissen;
 - schedeltrauma bij posttraumatische stress-stoornis;
 - langdurig gebruik van alcohol en drugs zoals bij persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A en B;

Bron:

White, R.F. *Clinical Syndromes in Adult Neuropsychology: The Practitioner's Handbook*, Elsevier Science, 1992.

37. De reïntegratie in betaald werk van mensen die langdurig opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, verloopt vaak zeer moeizaam. Naast de beperkingen die de stoornis zelf oplevert, ontbreekt het hen aan recente werkervaring en vaak aan het vermogen om weer te wennen aan het arbeidsritme. Bovendien worden zij geconfronteerd met maatschappelijke vooroordelen, die hun kansen op de arbeidsmarkt aanmerkelijk verkleinen. Gaandeweg kunnen zij hun zelfvertrouwen en motivatie voor werk verliezen. Plaatsing in een arbeidsrehabilitatieproject kan deze neerwaartse spiraal helpen doorbreken.

Uit velerlei recent onderzoek blijkt dat er een sterk positief verband bestaat tussen het arbeidsfunctioneren in een beschutte, maar zo realistisch mogelijke werkomgeving en toekomstig succes op de vrije arbeidsmarkt. Arbeidsrehabilitatieprojecten hebben een grote waarde als beoordelingsinstrument voor arbeidsongeschiktheid.

Bron:

Weeghel, J. van. Herstelwerkzaamheden: arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patienten. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1995.

38. Het zelfbeeld als werker, de ego-sterkte en de sociale competentie zijn goede voorspellers voor succesvol functioneren in arbeidssituaties. Een voor de vaststelling van de mogelijkheden om te functioneren mogelijk bruikbare vragenlijst is de Groningse Sociale Beperkingen Schaal en de daarvan afgeleide Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag, een zelfbeoordelingsvragenlijst voor het vaststellen van sociale competentie en dysfunctie. Een andere mogelijk waardevolle beoordelingsschaal is de Ego Functioning Scale, die een verband legt tussen ego-sterkte en het zelfbeeld als werker.

De vermelde vragenlijsten en beoordelingsschalen worden nog niet in de verzekeringsgeneeskundige praktijk gehanteerd. Lokaal zijn mogelijk wel waardevolle aanzetten gedaan en nader onderzoek in het kader van instrumentontwikkeling is zeker zinvol. De werkgroep is daarom van mening dat deze instrumenten voorlopig nog geen zodanig aangetoonde waarde hebben voor de beoordeling van de mogelijkheden om te functioneren van cliënten met psychische stoornissen dat introductie als onderzoeksmethode in deze standaard gerechtvaardigd is.

Bronnen:

Jong A. de, P.M. van der Lubbe. De ontwikkeling van de Groninger Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GVSG). TSG 1995, 73, 474-479.

Wiersma D., A. de Jong, J. Ormel. GSB III: De Groningse Sociale Beperkingenschaal tweede versie. Rijksuniversiteit Groningen, 1995.

Lubbe P.M. van der. Over de ontwikkeling van de Groningse Vragenlijst over Sociaal gedrag. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen, 1995.

Bellak L., M. Hurvich, H. Gediman. Ego-functions in schizophrenics, neurotics and normals: A systematic study of conceptional, diagnostic and therapeutic aspects. New York, 1973.

Furer J.W., C. König-Zahn, B. Tax. Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid. Van Gorcum, Assen, 1994.

Croon, N.H.Th. Boekbespreking 'Het meten van de gezondheidstoestand' deel 1: algemene gezondheid door: C. König-Zahn, F.W.Furer en B. Tax. Van Gorcum, Assen, 1993. TBV 2, 1993; 33.

Croon, N.H.Th. Boekbespreking 'Het meten van de gezondheidstoestand' deel 2: lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid door: C. König-Zahn, F.W. Furer en B. Tax. Van Gorcum, Assen, 1993. TBV 4, 1996; 31.