



## **Opname in Ziekenhuis of Instelling, Bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en Onvermogen tot Persoonlijk en Sociaal Functioneren (OPSF).**

Uitwerking begrippenkader bij geen benutbare mogelijkheden.

### **UWV-Richtlijn voor verzekeringsartsen**

Communicatie: [nettie.visser-01@uwv.nl](mailto:nettie.visser-01@uwv.nl)



Datum 3 oktober 2018  
UWV/ Sociaal Medische Zaken - Centraal Expertise Centrum  
La Guardiaweg 94  
1043 DL Amsterdam

## Inhoud

1.	Inleiding.....	3
2.	Samenvatting van de Richtlijn.....	5
3.	Richtlijn .....	7
4.	Afkortingen .....	14
5.	Definities en begripsbepaling.....	15
6.	Literatuur/geraadpleegde bronnen .....	16
	Bijlage 1 Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid .....	17
	Bijlage 2 Wegingsinstrument OPSF .....	18
	Bijlage 3 Parameters voor het vaststellen van een ernstige psychische stoornis.....	21
	Colofon .....	22

## 1. Inleiding

### *Aanleiding*

De aanleiding voor de opdracht om deze UWV-Richtlijn te ontwikkelen is gelegen in de knelpunten die verzekeringsartsen ervaren bij het beoordelen van de criteria om GBM aan te nemen. Het gaat dan om opname in een ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid ADL- afhankelijkheid (ADL is activiteiten van het dagelijks leven of algemene dagelijkse levensverrichtingen), en onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren (OPSF), zoals genoemd in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten van 8 juli 2000 (in werking getreden: 26 juli 2000).

Een belangrijke oorzaak daarvan is dat deze criteria alleen op hoofdlijnen omschreven zijn.

### *Doel*

Deze UWV-Richtlijn operationaliseert de begrippen opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en OPSF . Daarmee helpt deze UWV-richtlijn om het ontbreken van benutbare mogelijkheden vast te stellen en beter te kunnen beargumenteren.

Deze UWV-Richtlijn gaat niet over de overige situaties om geen arbeidsdeskundig onderzoek te laten verrichten: wisselende mogelijkheden, verlies van mogelijkheden binnen 3 maanden, ernstige ziekte die binnen korte termijn infaust is. Voor de operationalisering van deze begrippen verwijzen wij naar de nota van toelichting bij het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten.

### *Opdracht*

I.v.m. deze knelpunten verstrekte de Kerngroep Richtlijnen de volgende opdracht aan de ontwikkelgroep: Ontwerp een UWV-Richtlijn voor verzekeringsartsen over de beoordeling van de criteria om geen benutbare mogelijkheden aan te nemen, met de volgende aandachtspunten.

- a) uitwerking van het begrippenkader bedlegerigheid, afhankelijkheid in het dagelijkse leven, autonomie<sup>1</sup> en OPSF;
- b) als op voorhand al duidelijk is dat het verrichten van de algemene dagelijkse levensverrichtingen het maximaal haalbare is kan arbeidsdeskundig onderzoek achterwege blijven;
- c) de criteria om GBM (geen benutbare mogelijkheden) aan te nemen zodanig operationaliseren dat de bandbreedte voor wat betreft de toepassing zo klein mogelijk wordt gehouden;
- d) waar mogelijk goed aansluiten bij relevante standaarden, richtlijnen, protocollen;
- e) de betekenis die de UWV-Richtlijn in de ZW (Ziektewet) Arborol zou kunnen hebben: het is voor te stellen dat argumenten ten aanzien van "geen benutbare mogelijkheden" in de ZW gebruikt kunnen worden voor het niet inzetten van re-integratieactiviteiten.

### *Doelgroepen*

Deze UWV-Richtlijn helpt (verzekerings)artsen die voor of in opdracht van UWV beoordelen of cliënten (geen) benutbare mogelijkheden hebben.

In het kader van het professioneel overleg kan de arbeidsdeskundige m.b.v. deze richtlijn inzicht verwerven in het begrip geen benutbare mogelijkheden.

### *Status*

---

<sup>1</sup> In de opdracht werd ook verzocht een definitie voor "autonomie" in relatie met functioneren te geven. De algemene aanname was dat het een begrip is dat binnen de context van deze richtlijn behandeld zou moeten worden. Literatuuronderzoek leerde echter dat dit begrip moeilijk te definiëren is en zeer verschillend wordt gebruikt. Om deze redenen wordt door de ontwikkelgroep afgezien van een nadere definitie en gebruik van dit begrip in deze richtlijn.

Deze UWV-Richtlijn moet worden gezien als een richtlijn voor gebruik binnen UWV en bij de hierboven genoemde wetten. Anderen kunnen hun voordeel met deze UWV-Richtlijn doen, maar behoeven zich niet aan deze UWV-Richtlijn te committeren.

Alhoewel de ZW (Ziektewet) niet tot het wettelijk kader van deze UWV-Richtlijn behoort kunnen (verzekerings)artsen bij de claimbeoordeling EZWb (eerste jaars Ziektewetbeoordeling) de handvatten uit deze UWV-Richtlijn gebruiken. Dat geldt ook voor het (niet) indiceren van re-integratie activiteiten.

### *Opmerkingen*

In de tekst van deze UWV-Richtlijn staan niet altijd verwijzingen naar de literatuur omdat deze UWV-Richtlijn voortbouwt op het eerdere concept waarin deze verwijzingen ontbraken.

Deze UWV-Richtlijn betreft een dusdanig gespecialiseerde uitwerking van een verzekeringsgeneeskundig begrippenkader dat het vrijwel onmogelijk is om een ander evidence level te bereiken dan consensus based.

## 2. Samenvatting van de Richtlijn

### *Aanleiding en doel*

De begrippen opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en OPSF zijn alleen op hoofdlijnen beschreven. Deze UWV-richtlijn operationaliseert daarom deze begrippen om het ontbreken van benutbare mogelijkheden vast te stellen en beter te kunnen beargumenteren.

### *Wettelijk kader*

Het wettelijk kader bestaat uit het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten: WAO (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering), de WAZ (Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen), WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen), de ZW (Ziektewet) en de WAJONG (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten).

### *Professioneel verzekeringsgeneeskundig kader*

De verzekeringsarts maakt gebruik van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden om binnen de kaders van wet- en regelgeving tot een beargumenteerd oordeel te komen.

### *Onderzoek*

De verzekeringsarts volgt de werkwijze zoals die in de standaard Onderzoeksmethoden is vastgelegd.

De verzekeringsarts kan daarbij argumenten voor het vaststellen van opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en OPSF ontleenen aan de hieronder genoemde onderzoekselementen.

1. aspecten van de anamnese
2. eigen onderzoek
3. aard en ernst van de aandoening
4. de behandeling
5. het dagverhaal/functioneren in de thuissituatie/privésituatie
6. het herstel- en participatiegedrag
7. waarnemingen door derden
8. persoonlijkheidsaspecten, cognities en psychodynamische mechanismen
9. aanvullende gegevens

### *Oordeelsvorming*

De verzekeringsarts beoordeelt of cliënt is opgenomen in een ziekenhuis of instelling, bedlegerig is, ADL-afhankelijk is of dat er sprake is van OPSF om (geen) benutbare mogelijkheden aan te nemen. Daarbij gaat het er altijd om wat de cliënt kan of waar de cliënt toe in staat is, en niet wat hij of zij feitelijk doet of niet doet.

De verzekeringsarts kan bij deze beoordeling bovendien gebruik maken van het Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid (bijlage 2) en het Wegingsinstrument OPSF (bijlage 3).

Als een situatie van GBM is vastgesteld kan er ook sprake zijn van een toestand van hulpbehoevendheid.

Bij voldoen aan de criteria om GBM aan te nemen kan een cliënt niet voldoen aan re-integratie activiteiten. Een uitzondering hierop kan voorkomen als gedurende een opname re-integratie een onderdeel van de behandeling vormt.

### *Rapportage*

Als de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming tot de conclusie komt dat er (geen) sprake is van opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid of OPSF, dan gebruikt hij dit om (geen) benutbare mogelijkheden in zijn rapportage te motiveren bij het onderdeel Beschouwing. De verzekeringsarts baseert zijn onderbouwing op de in deze UVV-Richtlijn genoemde criteria.

### 3. Richtlijn

#### 3.1 Wettelijk kader

GBM (geen benutbare mogelijkheden) is met het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten verankerd in de WAO, de WAZ, WIA en de WAJONG.

In het oorspronkelijke ontwerp van de standaard (toen nog) GDBM (geen duurzaam benutbare mogelijkheden) werd aangegeven, dat het om een levend document gaat. Dit dient regelmatig aangepast te worden aan nieuwe kennis en inzichten. Gelet op de wettelijke verankering van deze standaard in het Schattingsbesluit van juli 2000 bestond er echter geen ruimte meer voor aanpassing vanuit het verzekeringsgeneeskundige domein.

Wel heeft de wetgever in augustus 2004 door een aanpassing van het Schattingsbesluit het criterium OPSF aangescherpt door als extra voorwaarde te formuleren dat dit enkel dan tot afzien van arbeidsdeskundig onderzoek kan leiden als dit onvermogen het gevolg is van een ernstige psychische stoornis (zie bijlage 4).

Volgens het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten zijn benutbare mogelijkheden alleen dan niet aanwezig<sup>2</sup> indien:

- betrokkene is opgenomen in een ziekenhuis of in een instelling<sup>3</sup> als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet toelating zorginstellingen die zorg verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wet langdurige zorg, met uitzondering van een inrichting waar geestelijk gestoorde delinquenten van overheidswege verpleegd worden;
- betrokkene bedlegerig is;
- betrokkene voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven dermate afhankelijk is dat hij lichamelijk niet zelfredzaam is; of
- betrokkene als gevolg van een ernstige psychische stoornis (zie bijlage 4) in zijn zelfverzorging, in zijn directe samenlevingsverband alsook in zijn sociale contacten, waaronder zijn werkrelaties, niet of dermate minimaal functioneert dat hij psychisch niet zelfredzaam is.

Bij afwezigheid van benutbare mogelijkheden kan van arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien. Van arbeidsdeskundig onderzoek kan ook in andere situaties worden afgezien<sup>4</sup>.

Vervolgens werd de Participatiewet ingevoerd. De rol van het vaststellen van GBM in de Participatiewet is beperkt. Deze rol bestaat er uit dat alleen als de verzekeringsarts GBM heeft vastgesteld, hij zonder inschakeling van de arbeidsdeskundige zelfstandig kan beoordelen of cliënt voldoet aan de vier criteria om vast te stellen dat cliënt geen arbeidsvermogen heeft (zie Compendium Participatiewet).

#### 3.2 Professioneel verzekeringsgeneeskundig kader

---

<sup>2</sup> Dat er medische situaties denkbaar zijn waarbij er slechts sprake is van zeer beperkte mogelijkheden doet hieraan niet af.

<sup>3</sup> Ook als cliënt slechts 1 dag is opgenomen is heeft hij op die dag geen benutbare mogelijkheden.

<sup>4</sup> Van het arbeidsdeskundig onderzoek kan (ook) worden afgezien:

a. gedurende de periode waarin uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft;

b. indien uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen drie maanden zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;

c. indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij wegens zijn terminale ziekte een zodanig slechte levensverwachting heeft dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen afzienbare termijn zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;

d. indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene zodanig wisselend belastbaar is voor arbeid dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft.

De verzekeringsarts maakt gebruik van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden om binnen de kaders van wet- en regelgeving (zie wettelijk kader) tot een beargumenteerd oordeel te komen.

### Toelichting

Onder de algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden valt het gebruik van de verzekeringsgeneeskundige protocollen (zie <https://www.nvvg.nl>). Immers de protocollen beogen verzekeringsartsen te ondersteunen om hun handelen beter te onderbouwen en te richten. De verzekeringsarts streeft er bovendien naar om zoveel mogelijk evidence based te handelen en te oordelen.

## 3.3 Onderzoek

De verzekeringsarts volgt de werkwijze zoals die in de standaard Onderzoeksmethoden is vastgelegd.

De verzekeringsarts kan daarbij argumenten voor het vaststellen van opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en OPSF ontlenen aan de hieronder genoemde onderzoekselementen.

1. aspecten van de anamnese
2. eigen onderzoek
3. aard en ernst van de aandoening
4. de behandeling
5. het dagverhaal/functioneren in de thuissituatie/privésituatie
6. het herstel- en participatiegedrag
7. waarnemingen door derden
8. persoonlijkheidsaspecten, cognities en psychodynamische mechanismen
9. aanvullende gegevens

### 3.3.1 Aspecten van de anamnese

In de verzekeringsgeneeskundige anamnese wordt een inventarisatie gemaakt van de concrete beperkingen die de cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wél te kunnen, het dagverhaal, van diens activiteiten om (weer) te kunnen functioneren: herstelgedrag. De verzekeringsarts beoordeelt de mededelingen van de cliënt op hun plausibiliteit en consistentie. Daarbij richt de verzekeringsgeneeskundige anamnese zich onder andere op:

- a. een opname in een ziekenhuis of WLZ- erkende instelling (WLZ: Wet langdurige zorg);
- b. de mate waarin cliënt gedwongen is het bed te houden;
- c. ADL-afhankelijkheid;
- d. de mate waarin hulp of begeleiding noodzakelijk is als gevolg van een ernstige psychische stoornis (zie bijlage 4). Dit kan bijvoorbeeld uitgevraagd worden aan de hand van de hulp of begeleiding die nodig was om op het spreekuur te verschijnen (n.b. geen hiërarchische volgorde):
  - hulp om ervoor te zorgen dat cliënt regelmatig zijn post opent (en dus op tijd kennis neemt van de oproepbrief);
  - hulp om de oproepbrief te lezen en/of te begrijpen dan wel juist te interpreteren;
  - hulp om op de betreffende dag en op het juiste tijdstip het initiatief te nemen om het spreekuur van de verzekeringsarts te bezoeken;
  - hulp bij het opstaan, wassen, aankleden, waardoor cliënt fysiek het bezoek aan de verzekeringsarts kan afleggen;
  - hulp bij het vervoer naar het spreekuuradres;
  - hulp bij de voorbereiding op het onderzoek van de verzekeringsarts, zoals: invullen van een vragenlijst, het meenemen van medicamenten en bescheiden, ervoor zorgen dat cliënt de juiste gegevens kan reproduceren.
- e. de mogelijke samenhang van deze verschijnselen met de aard en ernst van de onderliggende aandoening.



### 3.3.2 Eigen onderzoek

Het eigen onderzoek omvat een gericht onderzoek naar de lichamelijke en geestelijke gezondheids-toestand van de cliënt.

Tijdens het onderzoek in de spreekkamer kunnen aanwijzingen om (geen) benutbare mogelijkheden aan te nemen worden ontleend aan:

- de mate van persoonlijke verzorging/verwaarlozing;
- de zelfpresentatie
- begeleiding omdat cliënt niet alleen het huis uit durft;
- begeleiding omdat cliënt zodanige gedragsstoornissen vertoont dat het niet wenselijk of ver-antwoord is hem alleen op de openbare weg te laten gaan;
- begeleiding omdat cliënt alleen snel kan verdwalen;
- begeleiding omdat cliënt niet voldoende in staat is zijn verhaal te doen of alle relevante gege-vens bij het onderzoek naar voren te brengen;
- sterke aanwijzingen voor ADL-afhankelijkheid.

De verzekeringsarts kan bij zijn onderzoek gebruik maken van het Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid (bijlage 2) en het Wegingsinstrument OPSF (bijlage 3).

### 3.3.3 Aard en ernst van de aandoening

De verzekeringsarts probeert een indruk te krijgen of wat de cliënt over zijn beperkingen heeft meegedeeld in overeenstemming is met de aard en de ernst van de aandoeningen en/of bijwerkin-gen van de behandelingen. De verzekeringsarts realiseert zich dat in geval van comorbiditeit de beperkingen ten gevolge van de individuele aandoeningen elkaar kunnen versterken.

### 3.3.4 De behandeling

De verzekeringsarts gaat na of cliënt behandeling heeft gezocht. Als dat niet zo is, dan zet dat vraagtekens bij de geclaimde (ernst van de) problematiek.

Indien er sprake is van behandeling, dan beoordeelt de verzekeringsarts of de behandeling ade-quaat is, of cliënt de behandeling gemotiveerd volgt en hij beoordeelt in geval van een opname in een ziekenhuis of WLZ-erkende instelling de duur van de opname. Behandeling kan ook opname vervangende dagbehandeling of thuisbehandeling betekenen.

### 3.3.5 Het dagverhaal/functioneren in de thuissituatie/privésituatie

De verzekeringsarts beoordeelt in ieder geval de volgende aspecten:

- de aaneengesloten duur die cliënt uit bed kan zijn;
- de hulp die cliënt nodig heeft om uit bed te kunnen zijn;
- de mate waarin cliënt beperkingen heeft bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (zie bijla-ge 2);
- het (on)vermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren (zie bijlage 3).

### 3.3.6 Het herstel- en participatiegedrag<sup>5</sup>

Bij de beoordeling van het herstel- en participatiegedrag betreft de verzekeringsarts de volgende aspecten:

- welke inspanningen verricht cliënt of heeft cliënt verricht om verbetering van zijn belast-baarheid te bereiken?
- heeft cliënt de grenzen van zijn mogelijkheden onderzocht, geprobeerd zijn activiteiten-niveau te verhogen?

---

<sup>5</sup> De verzekeringsarts maakt hierbij gebruik van het verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag

- waardoor is het niet gelukt om verbetering van de belastbaarheid te bereiken?
- De mate waarin cliënt herstelgedrag heeft vertoond is op twee niveaus van belang voor de beoordeling:
  - als cliënt zich niet maximaal heeft ingespannen om te herstellen zijn de actuele mogelijkheden van cliënt wellicht groter dan uit het activiteitsniveau blijkt;
  - als verder herstel in beginsel tot de mogelijkheden behoort kan dat ook betekenen dat zijn belastbaarheid nog verder kan toenemen.

### *3.3.7 Waarnemingen door derden*

De bedrijfsarts, de huisarts, de behandelend medisch specialist, de arbeidsdeskundige en andere professionals, kunnen informatie geven over cliënt. Maar ook de werkgever, meegekomen familieleden, begeleiders, bureaus en anderen kunnen informatie verstrekken. Het gaat dan zowel om feitelijke informatie als over indrukken van cliënt. We denken daarbij bijvoorbeeld aan:

- informatie van de bedrijfsarts over het historisch functioneren;
- informatie over persoonlijkheid en motivatie van cliënt;
- informatie van de huisarts: naast de medische informatie eveneens informatie over functioneren van cliënt in thuis- en gezinssituatie.

De verzekeringsarts is zich bewust vanuit welke context de informatie wordt verstrekt om de informatie op waarde te kunnen schatten.

### *3.3.8 Persoonlijke aspecten, cognities en psychodynamische mechanismen*

Het gaat hier om die aspecten die van invloed zijn op de perceptie en cognitie van het eigen onvermogen van cliënt, zoals:

- negatief zelfbeeld;
- gebrekkige coping stijl;
- afgenomen motivatie (o.a. door negatieve werkervaringen);
- sociale factoren (zieke kinderen, schulden, relatieproblemen);
- belemmerende adviezen van de behandelende of begeleidende sector;
- beschermende attitude van de eigen sociale omgeving.

Al deze aspecten kunnen van invloed zijn op zowel de presentatie van cliënt (anamnese, dagverhaal) als op zijn gedrag. Daarom moet de verzekeringsarts goed nagaan of perceptie en cognitie van cliënt en/of zijn omgeving een belangrijke rol spelen bij het geclaimde en/of gepresenteerde onvermogen.

Cognities van cliënt of zijn omgeving kunnen een buitengewoon sterke invloed op het gedrag hebben en kunnen leiden tot schade in de zin van het onvoldoende belasten van lichaam en geest. Dat kan er uiteindelijk zelfs toe leiden dat er meer gezondheidsklachten ontstaan en de belastbaarheid daadwerkelijk afneemt.

Perceptie en cognitie over het (on)vermogen om te kunnen functioneren als zodanig zijn nooit voldoende grond om tot het geclaimde (on)vermogen te concluderen.

### *3.3.9 Aanvullende gegevens*

Bij twijfel of onduidelijkheid is aanvullend onderzoek of het opvragen van aanvullende informatie geboden.

## *3.4 Oordeelsvorming en begripsbepaling*

Bij de oordeelsvorming kan gebruik gemaakt worden van

- het Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid (bijlage 2);
- het Wegingsinstrument OPSF (bijlage 3).

Bij de beoordeling gaat het er altijd om wat de cliënt kan of waar de cliënt toe in staat is, en niet wat hij of zij feitelijk doet.

Bij GBM op grond van opname in een ziekenhuis of instelling zal een cliënt in het algemeen niet kunnen voldoen aan re-integratie activiteiten. Een uitzondering hierop kan voorkomen als re-integratie een onderdeel van de behandeling vormt. Als dit, ondanks de opname, leidt tot structurele inkomsten dan moeten deze inkomsten verrekend worden.

Als een situatie van GBM is vastgesteld kan er ook sprake zijn van een toestand van hulpbehoevendheid.

Als vertrekpunt geldt dat er hoogstwaarschijnlijk sprake is van benutbare mogelijkheden, indien cliënt in staat is zonder hulp of begeleiding het spreekuur van de verzekeringsarts te bezoeken. Ook als een cliënt wel een vorm van hulp of begeleiding nodig heeft kan hij benutbare mogelijkheden hebben. De aard van de noodzakelijke hulp en begeleiding om op het spreekuur te komen geeft inzicht in de mogelijkheden van cliënt om te kunnen functioneren.

Bij de beoordeling van het verlies van zelfredzaamheid zullen dilemma's blijven bestaan, die met deze UWV-Richtlijn niet volledig op te lossen zijn. Deze dilemma's zullen zich met name voordoen op het snijvlak van de wetstekst van het aangepaste Schattingsbesluit en de beslismarge van de verzekeringsarts op het gebied van het functioneren van de cliënt. Daarom is het belangrijk dat de verzekeringsarts vermeldt op grond van welke overwegingen hij tot zijn uiteindelijke oordeel is gekomen. De verzekeringsarts baseert zijn onderbouwing op de in deze UWV-Richtlijn genoemde criteria.

### *3.4.1 Opname in ziekenhuis of instelling*

Opname in een ziekenhuis of instelling betekent opname in een ziekenhuis of een WLZ-erkende inrichting, niet zijnde een TBS-instelling.

De beoordeling van situaties waarbij sprake is van deeltijd dagopname staat beschreven in de standaard 'Duurbelastbaarheid in arbeid'.

### *3.4.2 Bedlegerigheid*

We gaan uit van bedlegerigheid als cliënt:

- door ziekte of gebrek gedwongen is het bed te houden of
- niet meer dan 2 uur per etmaal uit bed kan zijn of
- alleen met begeleiding en/of onder toezicht buiten bed kan zijn.

Nadere uitleg:

- De strikte bedlegerigheidssituatie, dat een persoon 24 uur per dag gebonden is aan bed, zal nauwelijks voorkomen. Het kortdurend verblijf buiten bed, half liggend of liggend, of zittend op een stoel, als voldoende hulp dat mogelijk maakt, kan gelijk gesteld worden aan bedlegerigheid.
- Voor de maximale termijn van 2 uur waarin een persoon buiten bed kan zijn, is gekozen op praktische gronden, om aan te geven dat iemand niet altijd 24 uur per dag aan het bed gekluisterd hoeft te zijn.
- "Door ziekte of gebrek gedwongen" wil zeggen dat er een medische reden bestaat om het bed te houden.
- In de praktijk zal het bij de beoordeling van bedlegerigheid meestal niet gaan om bedrust. Immers bij bedrust gaat het om een tijdelijk advies bij een acute ziekte, en de behandeling is tegenwoordig gericht op spoedige mobilisatie om complicaties (mentaal, fysiek maar ook de dreiging van blijvende bedlegerigheid) te voorkomen. Bedlegerigheid is eerder te associëren met een chronische aandoening, die een dusdanig ernstig verloop heeft dat langdurig het bed houden niet te voorkomen is. De bedlegerige kan vaak nog wel voor een klein deel zelfstandig functioneren maar mist de energie om langdurig uit bed te zijn en activiteiten te ontplooiën.
- De ervaring leert dat als cliënt tot 2 uur aaneengesloten op is of op kan zijn en dan weer moet gaan liggen veelal niet tot schatting kan worden gekomen. Dit omdat daarvoor meer nodig is dan enkel het 2 uur op (kunnen) zijn. Hiermee lijkt de scheidslijn ten opzichte van de standaard 'Duurbelastbaarheid in arbeid' bepaald.

- Bedlegerigheid ontstaat meestal door een fysieke aandoening. In zeldzame gevallen kunnen echter ook psychiatrische aandoeningen leiden tot bedlegerigheid, bijvoorbeeld bij een ernstige depressie of schizofrenie met catatonie.

### 3.4.3 ADL-afhankelijkheid

ADL-afhankelijkheid is afhankelijkheid bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijkse leven. Het betreft zeer basale dagelijkse activiteiten, die van belang zijn voor de primaire *fysieke* zelfstandigheid, zoals eten en drinken, wassen, toiletgang, binnenshuis verplaatsen en zitten.

#### Nadere uitleg:

Het instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid (bijlage 2) kan gebruikt worden om te bepalen in welke mate een cliënt in staat is geheel of gedeeltelijk de ADL-activiteiten zelfstandig, dan wel slechts met moeite cq. vertraagd of enkel en alleen met hulp van anderen uit te voeren. Het instrument is niet bedoeld als een scorelijst maar slechts ter ondersteuning van de argumentatie van het professionele oordeel over ADL-afhankelijkheid. Het instrument geeft inzicht in de mate van zelfredzaamheid bij het uitvoeren van basale dagelijkse activiteiten, door te kijken hoe en in welke verhouding tot elkaar de genoemde activiteiten gescoord worden. Voor elke activiteit kan de mate van de beperking worden ingevuld aan de hand van de bij de (hetero)anamnese en het onderzoek verkregen gegevens.

### 3.4.4 OPSF

Een OPSF, kan volgens het Schattingsbesluit alleen worden aangenomen indien cliënt op drie niveaus aantoonbaar disfunctioneert.

Met deze niveaus worden bedoeld:

- microniveau: de zelfverzorging in het dagelijkse leven;
- mesoniveau: het samenlevingsverband;
- macroniveau: de sociale contacten buiten het gezin.

In augustus 2004 werd door een aanpassing van het Schattingsbesluit het criterium OPSF aangescherpt door als extra voorwaarde te formuleren dat dit enkel dan tot afzien van arbeidsdeskundig onderzoek kan leiden, als dit onvermogen het gevolg is van een ernstige psychische stoornis (bijlage 4).

#### Nadere uitleg:

OPSF kan volgens het Schattingsbesluit alleen worden aangenomen als cliënt op drie terreinen aantoonbaar disfunctioneert, waarbij er sprake moet zijn van een causaal verband tussen een ernstige psychische stoornis en het OPSF.

Dit betekent dat als cliënt bijvoorbeeld alleen problemen heeft in zijn samenlevingsverband er wel sprake is van benutbare mogelijkheden. En ook indien iemand minder goed functioneert in de sociale aspecten van werk zijn er benutbare mogelijkheden.

Formeel bestaat er geen hiërarchie, maar wel moet worden geconstateerd dat ernstig disfunctioneren op het terrein van de zelfverzorging vrijwel altijd gepaard gaat met ernstig disfunctioneren op de andere twee terreinen. Ingeschat mag worden dat een zware beperking dan een sterke aanwijzing vormt voor disfunctioneren, zeker indien ze aangevuld wordt met andere lichtere bevindingen op dit terrein of op een van de andere terreinen. Bij twijfelgevallen kan een groter aantal beoordelingspunten en bevindingen bij de beoordeling juist behulpzaam zijn en zal elk terrein uitvoeriger besproken moeten worden.

Behalve door ernstige psychiatrische en ontwikkelingsstoornissen kunnen beperkingen ook voortkomen uit cerebrale aandoeningen met ernstige cognitieve beperkingen.

Het wegingsinstrument OPSF (bijlage 3) kan behulpzaam zijn bij de beoordeling of cliënt voldoet aan de criteria om geen benutbare mogelijkheden aan te nemen. Bij het ontwerpen van dit instrument is ervoor gekozen om het vorm te geven als een aandachtspuntenlijst die voor elk van de drie terreinen een onderverdeling kent. Voor elk onderdeel kan de mate van de beperkingen worden aangegeven aan de hand van de bij de (hetero)anamnese en het onderzoek verkregen gege-

vens. Het instrument is niet bedoeld als een scorelijst maar slechts ter ondersteuning van de argumentatie van het professionele oordeel over OPSF.

Van de verzekeringsarts mag in alle gevallen verwacht worden dat hij in zijn rapportage motiveert waarom hij beperkingen ten aanzien van persoonlijk en sociaal functioneren aanwezig acht; dat hij bijvoorbeeld aangeeft waaruit blijkt dat iemand zichzelf verwaarloosd heeft en/of zichzelf niet goed verzorgd heeft

Bij ieder beoordelingspunt kunnen meer of minder zware beperkingen voorkomen.

De mate van de beperkingen moet hoe dan ook blijken uit de consistentie van de bevindingen bij (hetero)anamnese en onderzoek.

### Voorbeelden

Problemen bij de zelfverzorging in het dagelijks leven kunnen voorkomen bij cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen zoals psychosen, ernstige cerebrale stoornissen zoals de ziekte van Korsakow en Alzheimer, ernstige cognitieve stoornissen bij CVA, een ernstige depressie in engere zin of een obsessief compulsieve stoornis.

In al deze situaties kan een cliënt ernstige cognitieve beperkingen hebben en/of niet tot een adequate taakinvulling komen. Toezicht en/of hulp (bijvoorbeeld in de vorm van aansporen tot dan wel hulp bij uit bed komen en bij gaan eten en gaan drinken) zal dan vaak intensief moeten zijn.

Problemen bij het functioneren in een samenlevingsverband kunnen voorkomen bij cliënten lijdend aan diagnoses zoals (paranoïde) psychose, al of niet gecombineerd met problematisch drugsgebruik, de ziekte van Alzheimer of Korsakow, ernstig gestoorde impulscontrole, persoonlijkheidsstoornissen, ernstige vormen van ASS (autisme spectrumstoornis).

Bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen kunnen er altijd problemen bestaan hebben in het functioneren in sociale contacten buiten het gezin.

### *3.5 Rapportage*

Als de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming tot de conclusie komt dat er (geen) sprake is van opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid of OPSF, dan gebruikt hij dit om (geen) benutbare mogelijkheden in zijn rapportage te motiveren bij het onderdeel Beschouwing. De verzekeringsarts baseert zijn onderbouwing op de in deze UWV-Richtlijn genoemde criteria.

De conclusie wordt gebaseerd op kennis van ziektebeelden en de onderliggende (patho)fysiologische mechanismen, kennis van het beloop en de prognose van ziektebeelden en kennis van de noodzakelijke behandeling en de gevolgen daarvan.

#### 4. Afkortingen

ADL	activiteiten dagelijks leven of algemene dagelijkse levensverrichtingen
ASS	autisme spectrumstoornis
CBBS	Claim Beoordelings- en Borgings Systeem
FML	functionele mogelijkheden lijst
EPS	ernstige psychische stoornis
ESS	ernstige somatische stoornis
EZWb	eerste jaars Ziektewetbeoordeling
GBM	geen benutbare mogelijkheden (WIA); voorheen GDBM
GDBM	geen duurzaam benutbare mogelijkheden (WAO)
OPSF	onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WLZ	Wet langdurige zorg
ZW	Ziektewet

## 5. Definities en begripsbepaling

**ADL-afhankelijkheid** is afhankelijkheid bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven. Het betreft zeer basale dagelijkse activiteiten, die van belang zijn voor de primaire fysieke zelfstandigheid, zoals eten en drinken, wassen, toiletgang, binnenshuis verplaatsen en zitten.

Het **instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid** (bijlage 1) kan gebruikt worden om te bepalen in welke mate een cliënt in staat is de ADL-activiteiten zelfstandig dan wel slechts met moeite cq. vertraagd, of enkel en alleen met hulp van anderen uit te voeren.

Er is sprake van **bedlegerigheid** (zie ook figuur 1) als cliënt:

- door ziekte of gebrek gedwongen is het bed te houden en
- niet meer dan 2 uur per etmaal uit bed kan zijn en
- alleen met begeleiding en/of onder toezicht buiten bed kan zijn.

**Contacten binnen de familie:** Ontvangen van visite, bezoeken afleggen, contact via telefoon of internet.

Aandeel in de **economische zelfstandigheid:** Het vermogen om financiën en administratie te beheren.

Bijdrage aan het functioneren van het **huishouden:** Belangrijk is de mate van betrokkenheid bij de dagelijkse gang van zaken en de rol binnen het gezin (ouder, kind, partner). Dit kan blijken uit deelname aan gemeenschappelijke activiteiten zoals het huishouden, de dagelijkse routine, de besluitvorming, etc.

**Functioneren in het samenlevingsverband:** De invulling van de rol binnen het gezin (ouder, kind, partner). Dit kan onder andere blijken uit deelname aan gemeenschappelijke activiteiten, zoals de besluitvorming, interesse in het wel en wee van anderen en het zich houden aan gemaakte afspraken.

Deelname aan het **maatschappelijke leven buiten het werk:** Buren, vrienden, verenigingsleven, activiteiten in religie, sport, hobbymatige contacten, vrijwilligerswerk, vakanties

**OPSF** kan volgens het Schattingsbesluit alleen worden aangenomen indien betrokkene als gevolg van een ernstige psychische stoornis in zijn zelfverzorging, in zijn directe samenlevingsverband alsook in zijn sociale contacten, waaronder zijn werkrelaties, niet of dermate minimaal functioneert dat hij psychisch niet zelfredzaam is.

Het **Wegingsinstrument ter bepaling van OPSF** (bijlage 3) kan behulpzaam zijn bij het beoordelen van de mate van ernst. De zwaarte van de beperkingen moet blijken uit de context van de onderzoeksgegevens.

Overwegend zware beperkingen zijn een sterke aanwijzing voor verlies van zelfredzaamheid conform het Schattingsbesluit.

Onder **opname in een instelling** wordt verstaan opname in een ziekenhuis of een WLZ-erkende inrichting, niet zijnde een TBS-instelling.

De beoordeling van situaties waarbij sprake is van deeltijd dagopname staat beschreven in de standaard 'Duurbelastbaarheid in arbeid'.

**Persoonlijke verzorging:** De algemene kwaliteit van de persoonlijke hygiëne en lichamelijke verzorging.

**Zelfpresentatie:** De kwaliteit van de uiterlijke presentatie: zorg voor de wijze van kleden, tafelmanieren, enzovoorts. Het niet of in onvoldoende mate tegemoetkomen aan binnen de groep te verwachten omgangsvormen.

## 6. Literatuur/geraadpleegde bronnen

- Standaard "Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium", Tica, Amsterdam, september 1996
- Standaard "onderzoeksmethoden", Lisv, Amsterdam, januari 2001
- Gezondheidsraad, Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Den Haag, 19 december 2006.
- Handboek wet- en regelgeving: Verhoging uitkering wegens hulpbehoevendheid; Artikel 22 WAO en verwante artikelen in WIA en Wet Wajong.
- Handboek wet- en regelgeving: Parameters voor het vaststellen van een ernstige psychische stoornis
- Standaard "geen duurzaam benutbare mogelijkheden", Amsterdam TICA 1996
- Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten 8 juli 2000
- Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten 18 augustus 2004
- Beoordelingskader duurzaamheid, UWV, 14 september 2005
- Verzekeringsgeneeskundig protocol participatiegedrag, 2009
- Richtlijn ontwikkelingsstoornissen Wajong 2009/2010
- Gekluisterd aan bed. Het proces van bedlegerig worden door geleidelijk toenemende plaatsfixatie. A. Zegelin, tijdschrift verpleegkunde 2006-21, nr. 4,
- Project SMBA innovatieve voorstellen voor Sociaal-medische Beoordeling van Arbeidsvermogen, UWV, december 2009
- Basisinformatie CBBS 6 oktober 2009, UWV, Amsterdam
- Kempen, G.I.J.M.; Doeglas, D.M.; Suurmeijer, Th.P.B.M.; Groningen Activiteiten Restrictieschaal (GARS), een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen; 1993.
- Wiersma, D., De Jong, A., Kraaijkamp, H.J.M., Ormel, J.; De Groningse Sociale Beperkingen Schaal. Handleiding, 2<sup>e</sup> versie Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep psychiatrie, augustus 1993.
- Beleidsadvies richtlijn voor het toepassen van het Schattingsbesluit in geval van "Geen Benutbare Mogelijkheden" bij de cliënt die ADL-afhankelijk is en een ernstige somatische aandoening heeft. Onderzoeksproject in het kader van de opleiding bij de NSPOH 2005; C.A. Goldhoorn, verzekeringsarts, UWV, Utrecht
- Criteria EPS en GBM bij OPSF. UWV interne richtlijn in het kader van duurzaamheid. 2004
- Verslagen OT-groepen: Cadans Utrecht (2001) en Cadans Zeist (2001)
- Monitorcijfers UWV 2009: de verschillende beoordelingen per UWV-kantoor.
- Opdrachtformulering door de kerngroep richtlijnen, maart 2010
- Kennisbank mediprudentie casuïstiek.



## Bijlage 1

### *Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid*

Het instrument bestaat uit een lijst met acht dagelijkse activiteiten die van belang zijn voor de primaire *fysieke* zelfstandigheid. Voor elke activiteit wordt aangegeven of en in welke mate cliënt deze zelfstandig uit kan voeren. De mate waarin geeft de zwaarte van de beperking aan. Er zijn 3 opties.

<b>Instrument ter bepaling van ADL-afhankelijkheid</b>	
<b>Beoordelingspunten</b>	<b>Mate van beperkingen aangeven indien van toepassing</b> a) Activiteit is alleen mogelijk met hulp van anderen b) Activiteit is wel mogelijk, maar met moeite cq. vertraagd of met een hulpmiddel c) Slechts enkele deelaspecten van de activiteiten zijn mogelijk (benoem deze)
<b><i>Dagelijkse activiteiten:</i></b>	<b><i>Cliënt kan deze uitvoeren:</i></b>
1. aan- en uitkleden	
2. in en uit bed komen	
3. vanuit een stoel over-eind komen	
4. gezicht en handen wassen	
5. hele lichaam wassen en drogen	
6. van en naar het toilet gaan	
7. eten en drinken	
8. verplaatsen in huis	

## Bijlage 2

### Wegingsinstrument OPSF

De mate van ernst, de zwaarte van de beperkingen moet blijken uit de context van de onderzoeksgegevens.

Overwegend zware beperkingen wijzen sterk op verlies van zelfredzaamheid conform het Schattingsbesluit.

Het is zeker niet de bedoeling een dergelijke waardering als legitimatie sec te laten dienen voor een besluit tot GBM. Het helpt de verzekeringsarts slechts met goede argumenten bij zijn professionele oordeel.

Wegingsinstrument OPSF	
<b>Zelfverzorging in het dagelijks leven</b>	
<b>Persoonlijke verzorging</b>	<p>- <b>zwaar:</b> Er is sprake van zelfverwaarlozing. Intensieve hulp is noodzakelijk en meestal ook gerealiseerd: Het niveau van de verzorging is zeer laag. Omdat er door zelfverwaarlozing gevaar voor cliënt bestaat zoals uitdroging, voedingsdeficiënties en medicatie ontrouw zijn (dagelijks) toezicht en hulp bij vrijwel alle taken noodzakelijk.</p> <p>- <b>licht:</b> Het niveau van verzorging schiet duidelijk tekort. Anderen uiten regelmatig kritiek of maken zich duidelijk zorgen. Toezicht is ten minste overwogen. Het treffen van maatregelen is (tot nu toe) echter beperkt gebleven of betrof hooguit enkele onderdelen.</p>
<b>Zelfpresentatie</b>	<p>- <b>zwaar:</b> Er bestaat nauwelijks of geen interesse voor het uiterlijk of de presentatie is bizar. Er is sprake van zelfverwaarlozing. Aan de kleding wordt nauwelijks aandacht besteed of de manier van kleden is bizar. Omdat er door zelfverwaarlozing gevaar voor cliënt bestaat zoals onderkoeling zijn (dagelijks) toezicht en hulp bij vrijwel alle taken niet alleen noodzakelijk, maar meestal ook gerealiseerd.</p> <p>- <b>licht:</b> Het uiterlijk is duidelijk onverzorgd. De kleding is vies dan wel beschadigd of de manier van kleden is merkwaardig. Anderen uiten regelmatig kritiek op de omgangsvormen. Toezicht is ten minste overwogen. Het treffen van maatregelen is (tot nu toe) echter beperkt gebleven of betrof hooguit enkele onderdelen.</p>
<b>Initiatief, dagstructuur, dagritme</b>	<p>- <b>zwaar:</b> Cliënt blijkt niet in staat iemand in te schakelen voor hulp bij de persoonlijke verzorging, boodschappen etc. Cliënt blijkt vanuit zijn dagverhaal geen initiatieven te nemen om zichzelf te verzorgen of een dagindeling te maken.</p> <p>- <b>matig:</b> Cliënt kan hulp inschakelen om er voor te zorgen dat hij op tijd opstaat, zich wast, aankleedt, van huis gaat bijvoorbeeld om het spreekuur te bezoeken, boodschappen gaat doen, regelmatig zijn post opent, etc.</p> <p>- <b>licht:</b> Cliënt kan met veel moeite uit eigen beweging functioneren, dat kost wel meer tijd.</p>

<b>Het samenlevingsverband</b>	
<b><i>Bijdrage aan het functioneren van het samenlevingsverband</i></b>	<p>- <b>zwaar:</b> Cliënt heeft zich (vrijwel) volledig uit het gezin teruggetrokken. Andere gezinsleden hebben <u>alle</u> taken overgenomen. Men heeft zich mogelijk bij de situatie neergelegd. Het gedrag verstoort de normale gang van zaken in het gezin in hevige mate. Het betekent een zware belasting voor het gezin of er is sprake van een duidelijke berusting bij de andere gezinsleden.</p> <p>- <b>licht:</b> Er is een duidelijke terugtrekking uit gemeenschappelijke activiteiten, vaak gepaard gaand met een gebrek aan betrokkenheid bij het gezin. De bijdrage aan de dagelijkse gang van zaken is beperkt. Anderen hebben taken van cliënt overgenomen. Er zijn mogelijk regelmatig ruzies over het gedrag of cliënt is agressief. Het gedrag verstoort de normale gang van zaken in het gezin. Kinderen worden verwaarloosd of uit huis geplaatst omdat cliënt niet in staat is tot opvoedtaken.</p>
<b><i>Contacten binnen de familie</i></b>	<p>- <b>zwaar:</b> Door toedoen van cliënt zijn de onderlinge relaties sterk verstoord.</p> <p>- <b>licht:</b> Door toedoen van cliënt zijn de onderlinge relaties niet optimaal.</p>
<b><i>Bijdrage aan het functioneren van het huishouden</i></b>	<p>- <b>zwaar:</b> Er is nauwelijks of geen structuur in de dagelijkse bezigheden met betrekking tot het huishouden. Cliënt is geheel of bijna geheel inactief of zeer actief zonder omliggende plannen. Er is nauwelijks of geen sprake van aanpassing aan de dagelijkse routine. Cliënt verricht nauwelijks huishoudelijke taken.</p> <p>- <b>licht:</b> Problemen in het structureren van de dagelijkse bezigheden met betrekking tot het huishouden. Cliënt is inactief of houdt zich met te veel verschillende activiteiten tegelijk bezig (tijd verspillen, zich vervelen).</p>
<b><i>Aandeel in de economische zelfstandigheid</i></b>	<p>- <b>zwaar:</b> Cliënt is niet in staat om op verantwoorde wijze met geld om te gaan. Er zijn grote schulden gemaakt of anderen hebben de taken van cliënt volledig overgenomen om de financiële schade verder te voorkomen, te beperken of te herstellen.</p> <p>- <b>licht:</b> Problemen om het overzicht over de administratie te houden, heeft hierbij hulp nodig, bijvoorbeeld om er voor te zorgen dat cliënt regelmatig zijn post opent.</p>

<b>Sociale contacten buiten het gezin</b>	
<b>Deelname aan het maatschappelijke leven buiten het werk</b>	<p>- <b>zwaar</b>: Er zijn geen vrienden en nauwelijks of geen (goede) kennissen. Sociaal contact buiten gezin of werk ontbreekt (bijna) geheel. Actieve vermijding of onvermogen om aan te sluiten.</p> <p>- <b>zwaar</b>: Cliënt vertoont zodanige gedragsstoornissen dat het niet wenselijk of verantwoord is hem alleen op de openbare weg te laten gaan.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt houdt niet of nauwelijks rekening met anderen. Hun belangen worden mogelijk geschaad door zeer onverantwoord gedrag van cliënt. Er kan sprake zijn van een op handen zijnde uithuiszetting, van een veroordeling of van crimineel gedrag. Door hoog oplopende conflicten zijn de relaties met buurtgenoten mogelijk zeer verstoord of (bijna) geheel afwezig.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt heeft begeleiding nodig omdat hij anders snel verdwaalt.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt is niet voldoende in staat om zelfstandig zijn verhaal te doen/voor zichzelf op te komen.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt durft niet alleen het huis uit.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt kan niet zelfstandig reizen.</p> <p>- <b>matig</b>: Cliënt heeft hulp nodig bij het begrijpen van geschreven tekst zoals een oproepbrief, het invullen van vragenlijsten, e.d.</p> <p>- <b>licht</b>: Cliënt heeft alleen lotgenoten contact, zoekt daarin veiligheid en begrip.</p> <p>- <b>licht</b>: Cliënt heeft zich geheel of bijna geheel aan de (actieve of passieve) deelname in de maatschappelijke groepen, organisaties, en/of verenigingen onttrokken. Dit wordt veroorzaakt door een duidelijk onvermogen om in de noodzakelijke sociale contacten te kunnen functioneren.</p> <p>- <b>licht</b>: Cliënt heeft hulp bij de voorbereiding op bijvoorbeeld het onderzoek van de verzekeringsarts, zoals: invullen van een vragenlijst, het meenemen van medicamenten en bescheiden, ervoor zorgen dat hij de juiste gegevens kan reproduceren;</p>
<b>Werkrelaties</b>	<p>- <b>zwaar</b>: Cliënt is met iedereen of bijna iedereen in conflict (openlijke ruzies), alle of bijna alle contacten worden verwaarloosd (cliënt trekt zich terug). Samenwerkingsproblemen door verregaand ongestructureerd (overactief of passief) gedrag.</p> <p>- <b>licht</b>: Cliënt heeft moeite om afspraken na te komen en/of gezag te accepteren, regelmatig ontaardt dit in een conflict.</p>

## Bijlage 3

### *Parameters voor het vaststellen van een ernstige psychische stoornis*

In geval de verzekeringsarts een psychische stoornis heeft vastgesteld moet hij een nadere afweging maken of tevens sprake is van een ernstige psychische stoornis.

Dat kan aan de hand van de volgende parameters:

1. het aantal van de verschijnselen en klachten; van belang is dat het niet gaat om het absolute aantal, maar dat het aantal gerelateerd wordt aan het aantal symptomen dat nodig is om de diagnose te kunnen stellen;
2. de intensiteit van klachten en verschijnselen;
3. het verloop van de stoornis; aanwijzingen voor een ernstige stoornis zijn:
  - de stoornis heeft zich al eerder gemanifesteerd, er is sprake van een recidief;
  - er is sprake van een voorgeschiedenis van langdurig slecht functioneren dan wel herhaald slecht functioneren met relatief korte periodes van goed functioneren;
  - er is sprake van langdurige dan wel herhaalde opname(s) in de afgelopen periode (bij een eerste beoordeling moet onder periode worden verstaan de volledige termijn verstreken vanaf het moment van ziekmelding);
4. er blijkt sprake van een intensieve psychiatrische of klinisch-psychologische behandeling; onder intensief wordt verstaan een uitgebreid behandelcontact in een frequentie van tenminste één keer per twee weken; daarnaast is een medicamenteuze behandeling in het algemeen noodzakelijk;
5. zeer intensieve behandeling in het verleden blijkt niet of nauwelijks resultaat te hebben gehad, terwijl wel sprake is geweest van voldoende therapietrouw;
6. er is sprake van onvermogen tot adequaat herstelgedrag (onvermogen voortvloeiend uit de onderliggende ziekte).

## Colofon

De richtlijn is opgesteld in opdracht van de kerngroep richtlijnen UWV tot 2016:

- Wim Otto, voorzitter, verzekeringsarts/ beleidsmedewerker
- Sigrid Jonkers, arbeidsdeskundig beleidsmedewerker
- Jan Cuijpers, regionale stafverzekeringsarts
- Andre Fenneman, regionale stafarbeidsdeskundige
- Frans Slebus, senior bezwaarverzekeringsarts
- Joke Harmsen, secretaris, beleidsmedewerker/onderzoeker

De eerste versie van deze richtlijn werd opgesteld door de ontwikkelgroep:

- Nico Tensen, senior verzekeringsgeneeskundig beleidsmedewerker SMZ-CEC
- Gijsbert van den Brandhof, verzekeringsarts
- Anna de Cler, verzekeringsarts
- Nelleke English, verzekeringsarts
- Diny Frenay, verzekeringsarts
- Peter Gabeler, adviserend verzekeringsarts
- Carolien Goldhoorn, verzekeringsarts
- Wim Otto, senior verzekeringsgeneeskundig beleidsmedewerker SMZ-CEC
- Siska Ravensbergen, arbeidsdeskundige
- Nils Wolgast, regiostafverzekeringsarts
- Trineke Wolters, verzekeringsarts.

De Ontwikkelgroep is een aantal keren bijeengewees, en heeft literatuuronderzoek (zie bijlage 1) verricht.

De literatuur gaf beperkte steun bij de uitwerking van de begrippen: opname in ziekenhuis of instelling, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en OPSF. De ontwikkelgroep liet zich leiden door aanwezige kennis en ervaring binnen de ontwikkelgroep, bij Onderlinge Toetsingsgroepen, reacties van verzekeringsartsen op de concepten en mediprudentie. De ontwikkelgroep voerde sonderend dossieronderzoek uit op kantoor Rotterdam naar het correct scoren in het CBBS van uitzonderingssituaties (dit onderzoek is niet gepubliceerd). Zij liet zich voorts inspireren door de beperkte instrumenten die binnen de gezondheidszorg bestaan zoals de GARS (Groningen Activiteiten Restrictie Schaal) maar die niet één op één over te nemen zijn door de verschillende context en doelstelling. Getracht werd wel om zoveel mogelijk aan te sluiten aan de definities, teksten en indeling ten behoeve van een goed begrip en goede communicatie tussen verzekeringsgeneeskunde en curatieve sector.

Voortschrijdend inzicht kan leiden tot bijstellingen, bijvoorbeeld via mediprudentie of jurisprudentie.

Een concept van deze UWV-Richtlijn werd voorgelegd aan de Kerngroep Richtlijnen. De Kerngroep Richtlijnen heeft de UWV-Richtlijn laten redigeren door Ludo van Rossum, verzekeringsarts.

Vervolgens werden een tijdlang geen verdere acties ondernomen. In 2016 heeft de Kerngroep Richtlijnen de verdere ontwikkeling van deze UWV-Richtlijn weer opgepakt.

Samenstelling van de kerngroep richtlijnen (vanaf 2016):

- Eli Van Den Heuvel, beleidsadviseur arbeidsdeskundige
- Karin Baal, Landelijk Adviseur verzekeringsarts
- Patricia Goudswaard, Landelijk Adviseur arbeidsdeskundige
- Paula Eken, stafverzekeringsarts B&B
- Martin Kollaard, stafarbeidsdeskundige B&B
- Marleen van der Valk, stafarbeidsdeskundige WERKbedrijf
- Ben Lindeman, beleidsadviseur
- Natasha Tolkacheva, kennisadviseur.

Het concept van de geredigeerde UWV-Richtlijn werd door de leden van de Kerngroep gereviewd. Omdat er inmiddels nieuwe wetgeving (Participatiewet, Wajong 2015) is ingevoerd met het begrip 'duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben' heeft de Kerngroep de richtlijn herschreven en aangevuld, met zoveel mogelijk behoud van de oorspronkelijke inzichten. Dit omdat er een grote mate van overlap bestaat tussen de voorwaarden om te spreken van geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie en de criteria om geen benutbare mogelijkheden aan te nemen.

De Kerngroep Richtlijnen raadpleegde in verband met de verstreken tijd sinds het eerdere literatuuronderzoek opnieuw de literatuur. Dit leverde geen voor deze UWV-Richtlijn bruikbare informatie op.

Vervolgens vond een uitgebreide review plaats tegelijkertijd met een praktijktoets, waarbij een concept van deze richtlijn op meerdere kantoren werd uitgetest. De bevindingen hieruit zijn in deze definitieve versie verwerkt.

Aan becommentariëring van de richtlijn werkten mee:

- commissie wetenschap NVVG
- Monique Klompé, NVvA
- C. van Vliet, NVAB.
- Enno Trompert, Cliënteraad UWV
- Peter Gabeler, verzekeringsarts
- Jerry Spanjer, verzekeringsarts
- Wim Otto, beleidsadviseur verzekeringsarts
- Frans Slebus, stafverzekeringsarts B&B
- Menno de Lange, verzekeringsarts B&B
- Carolien Goldhoorn, verzekeringsarts B&B
- Anaika Schippers, beleidsadviseur verzekeringsarts
- Trineke Wolters, verzekeringsarts
- Theo Hoofs, landelijk adviseur verzekeringsarts
- Gerard Breuker, landelijk adviseur verzekeringsarts

Auteur: Nettie Visser, beleidsadviseur verzekeringsarts