



ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN WAJONG

Richtlijn voor verzekeringsgeneeskundig onderzoek en beoordeling van ontwikkelingsstoornissen in de wet Wajong

Juli 2010
UWV/ Sociaal Medische Zaken - Centraal Expertise Centrum
La Guardiaweg 94
1043 DL Amsterdam

Colofon

De richtlijn is opgesteld in opdracht van de Kerngroep Richtlijnen UWV:
Wim Otto, *voorzitter*, verzekeringsarts/ beleidsmedewerker
Eddy Cohen, arbeidsdeskundig beleidsmedewerker
Ronald Broeders, districtmanager SMZ, portefeuillehouder protocollen en richtlijnen
Marjan Visschers, regionale stafarbeidsdeskundige
Jim Faas, centrale bezwaarverzekeringsarts
Joke Harmsen, *secretaris*, beleidsmedewerker/onderzoeker

Auteurs:

Fieke Egberts, verzekeringsarts/beleidsmedewerker
Liesbeth Jansen, verzekeringsarts

Samenstelling van de UWV Ontwikkelgroep Onderzoek

- Hans de Wolff, verzekeringsarts, voorzitter
- Fieke Egberts, verzekeringsarts/beleidsmedewerker, secretaris
- PieterJan Bakker, stafverzekeringsarts
- Marianne van Boom, verzekeringsarts
- Corina den Otter, verzekeringsarts
- Arnold Tichelaar, arbeidsdeskundige
- Dineke Vonk, verzekeringsarts
- Sjef Wijnen, verzekeringsarts

Samenstelling van de UWV Ontwikkelgroep Oordeelsvorming

- Liesbeth Jansen, verzekeringsarts
- Fieke Egberts, verzekeringsarts/beleidsmedewerker, secretaris
- Erik van Beek, verzekeringsarts
- Cockie van Deventer, verzekeringsarts
- Ruud Hesse, verzekeringsarts
- Joke Jonker, bezwaar stafverzekeringsarts
- Harm Rademaekers, arbeidsdeskundige
- Monique Stroomer, verzekeringsarts

Aan becommentariëring van de conceptversie hebben meegewerkt:

Binnen UWV:

- Gil Abeling, verzekeringsarts
- Jan Cuijpers, regionale stafverzekeringsarts
- Geke Dekens, verzekeringsarts
- Otto Dittrich, verzekeringsarts
- Hennie Draper, verzekeringsarts
- Michiel van Dijken, verzekeringsarts
- Jim Faas, centrale stafverzekeringsarts en jurist
- Eveline van Hilten, juriste Bezwaar en Beroep
- Edwin Khoe, stafverzekeringsarts
- Wim Kooijman, verzekeringsarts
- Gerard Lechanteur, verzekeringsarts
- Geke van Leeuwen, verzekeringsarts
- Marga van Liere, regionale stafverzekeringsarts
- Sandra Pol, verzekeringsarts
- Bert Soons, verzekeringsarts
- Leny de Wilt, arbeidsdeskundige
- Tony Wolbers, verzekeringsarts
- Tom Wolfenbuttel, stafverzekeringsarts

Extern:

- KCVG, Haye Wind, hoogleraar verzekeringsgeneeskunde
- NVVG, Fred van Duin, Wout de Boer
- AJN (Adolescentencie), Wia Wirix
- VOBC LVG, Dirk Verstegen
- Leo Kannerhuis (Kenniscentrum Autisme), Cyriel Tönissen
- Kenniscentrum ADHD/PsyQ, Sandra Kooij
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Ariëlle de Ruijter
- Orthopedagogisch behandelcentrum Emaus, Ton Hoogstraat
- Nederlandse Vereniging voor Autisme, Fred Stekelenburg

VOORWOORD

Het vraagt niet veel tijd en energie om het eens te worden over het belang van een goede sociaal-medische beoordeling bij jonggehandicapten. Maar vervolgens zijn er aanzienlijke inspanningen nodig om concrete, praktijkgerichte handreikingen beschikbaar te krijgen voor professionals die die beoordelingen doen. De 'Richtlijn ontwikkelingsstoornissen Wajong' voor verzekeringsartsen is daar een voorbeeld van. Hij is tot stand gekomen door de inzet van een groep medewerkers van UWV/Sociaal Medische Zaken en enkele externe deskundigen met specifieke kennis van de Wajong. Bij de uitvoering van de Wet Wajong kan deze richtlijn de individuele professional houvast bieden om op systematische en zorgvuldige wijze de noodzakelijke en gewenste informatie te verzamelen om samen met collega's tot een sociaal-medisch oordeel te komen en dit met cliënten en hun verzorgers of begeleiders te bespreken. Maar de richtlijn ondersteunt ook het collectief van de verzekeringsartsen om bij diagnostiek en beoordeling van complexe problematiek op navolgbare wijze te werk te gaan, zodat in vergelijkbare situaties de uitkomsten geen grote verschillen vertonen, maar binnen een acceptabele bandbreedte blijven. En daarmee draagt de praktijkgerichte richtlijn ook bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en dienstverlening.

Het verheugt mij dat de richtlijn nu beschikbaar is, juist nu we de inspanningen om jonggehandicapten naar werk te begeleiden moeten versterken. En ik zeg dat ook in de wetenschap dat deze richtlijn op enig moment weer zullen moeten herzien op grond van nieuwe kennis en inzichten. Gelukkig kunnen we dan terugvallen op de deskundigheid en ervaring van collega's die dagelijks in de praktijk werkzaam zijn.

Geert Tillemans
Directie SMZ, portefeuille Professionalisering & Innovatie

INHOUDSOPGAVE

1 INLEIDING	6
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Doel van de Richtlijn Onderzoek en Beoordeling Wet Wajong.....	6
1.3 Opzet van de Richtlijn Onderzoek en Beoordeling Wet Wajong.....	6
1.4 Uitgangspunten en beperkingen.....	6
1.5 Tot slot.....	7
2. RICHTLIJN 'ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN WAJONG'	8
2.1 Algemeen	8
2.2 Oriëntatie	8
2.3 Onderzoek	8
2.4 Beoordeling.....	9
3. TOELICHTING OP DE RICHTLIJN	10
3.1 Algemeen	10
3.2 Toelichting op de oriëntatie.....	13
3.3 Toelichting op het Onderzoek en Onderzoeksinstrumenten	14
3.3.1. Onderzoek.....	14
3.3.2 Onderzoeksinstrumenten	15
3.4 Toelichting op de beoordeling	20
3.4.1. Vaststellen van de ontwikkelingsstoornis.....	20
3.4.2. Beoordelen van het functioneren.....	20
3.4.3. Beoordelen van het participeren	24
3.4.4. Beoordelen van volledige arbeidsongeschiktheid	26
3.4.5. Beoordelen van participatiegedrag	27
3.4.6. Prognose van de ontwikkelingsstoornis en het functioneren	28
BIJLAGE 1 Beschrijving van ontwikkelingsstoornissen	30
Bijlage 1.1. Verstandelijke beperking	31
Bijlage 1.2. Autisme spectrum stoornissen.....	35
Bijlage 1.3. ADHD	39
BIJLAGE 2 Instroom in de Wajong naar diagnoses	42
BIJLAGE 3 Literatuurlijst	44
BIJLAGE 4 Verklarende woordenlijst	47
BIJLAGE 5 Afkortingenlijst	49

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Door toenemend beroep op de Wajong zijn meer verzekeringsartsen betrokken geraakt bij de sociaal-medische beoordeling van de jonggehandicapte. Voor het onderzoek en de advisering bij de Wajong blijken de bestaande richtlijnen onvoldoende steun en richting te bieden en heeft de verzekeringsarts behoefte aan een gezamenlijk gedeeld en duidelijk handvat.

Daarom heeft de Kerngroep Richtlijnontwikkeling van UWV de opdracht gegeven een richtlijn te ontwikkelen ten behoeve van het onderzoek en de beoordeling bij de Wajong en deze in het bijzonder te richten op de belangrijkste ontwikkelingsstoornissen van de instroom van de Wajong.

1.2 Doel van de Richtlijn Onderzoek en Beoordeling Wet Wajong

De verzekeringsarts heeft tot taak de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt vast te stellen. Dit is de basis voor de claimbeoordeling in de Wajong en voor de beoordeling van de mogelijkheden tot (arbeids)participatie.

Deze richtlijn geeft aanwijzingen en ondersteuning aan de verzekeringsarts voor zijn onderzoek en zijn beoordeling.

Deze aanwijzingen geven tegelijkertijd inzicht in de werkwijze en gedachtegang van de verzekeringsarts. Daarmee is zijn handelen verifieerbaar en toetsbaar.

1.3 Opzet van de Richtlijn Onderzoek en Beoordeling Wet Wajong

De richtlijn beschrijft het onderzoek en de beoordeling van de claim in drie stappen: oriëntatie, onderzoek en beoordeling.

In het hoofdstuk toelichting wordt de richtlijn uitgewerkt en worden argumenten voor de gemaakte keuzes gegeven en achtergrondinformatie verstrekt.

In de bijlagen zijn opgenomen:

- beschrijving van drie meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen in de Wet Wajong: verstandelijke beperking, autisme spectrum stoornissen (ASS) en aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD);
- instroomcijfers in de Wajong gerelateerd aan diagnose;
- uitwerking van de diagnostiek bij een lichte verstandelijke beperking;
- verwijzingen en literatuur;
- verklarende woordenlijst;
- lijst met afkortingen.

1.4 Uitgangspunten en beperkingen

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is de wijziging van de Wajong naar Wet Wajong (wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten) voorbereid. Deze richtlijn wordt tegelijk met de Wet Wajong op 1-1-2010 ingevoerd.

Dit betekent dat de richtlijn handelt over de beoordeling conform de Wet Wajong en aansluit op begrippen uit deze nieuwe regelgeving.

De richtlijn beperkt zich tot de beoordeling van drie ontwikkelingsstoornissen die zich veelal kenmerken door de behoefte aan ondersteuning bij zowel het vinden van arbeid als bij het verrichten van arbeid. Dit betreffen in het kader van deze richtlijn verstandelijke beperking, ASS en ADHD. De andere ontwikkelingsstoornissen zijn (nog) niet geïnccludeerd.

Deze beperkte keuze is gemaakt omdat juist deze drie ontwikkelingsstoornissen getalsmatig het meeste voorkomen in de Wajong. De uitgangspunten van deze richtlijn spelen bij de beoordeling van andere stoornissen in de Wajong eveneens in meer of mindere mate een rol.

Voor de richtlijn vormen het aangepast Schattingsbesluit (1-10-2004) en de Standaard Onderzoeksmethoden het vertrekpunt. Hierin zijn de algemene uitgangspunten en werkwijze voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk beschreven. Deze richtlijn is hierop een aanvulling en een verbijzondering.

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn is aansluiting gezocht bij de visie van de International Code of Functioning, Disability and Health (ICF) op omgevingsfactoren. De ICF, als opvolger van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), belicht naast de stoornis en de functionele beperkingen ook diverse met de gezondheid samenhangende elementen op het terrein van de participatie. Uitgangspunt is een samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Bij de Wajongproblematiek is de invloed van de context groot. De context wordt bij de beoordeling betrokken.

De visie wordt door de Gezondheidsraad ondersteund. In de algemene inleiding van de Verzekeringsgeneeskundige protocollen geeft de Gezondheidsraad nadrukkelijk aan dat indien contextfactoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en/of voortbestaan van een beperking, er geen reden is om "de omvang van de beperkingen als geringer te beoordelen dan wanneer niet of nauwelijks aanwijsbare persoonlijke of externe factoren in het geding zouden zijn geweest".

In deze richtlijn is beperkt gewerkt met de terminologie van het ICFmodel. Het begrip "functies" binnen de ICF scheidt verwarring met de begrippen in de huidige verzekeringsgeneeskundige praktijk. Het strikte onderscheid tussen de domeinen "activiteiten" en "participatie" in de ICF sluit niet aan bij de bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, de verzekeringsgeneeskundige protocollen en de Functionele Mogelijkheden Lijst.

Het in deze richtlijn gehanteerde begrip functioneren, richt zich op de mogelijkheden en beperkingen van een individu in brede zin. Onderdelen van het functioneren worden veelal aangeduid als handelen, bijvoorbeeld doelmatig handelen. Daar waar het in deze richtlijn specifiek om functioneren in arbeid gaat, spreekt deze richtlijn van participeren. Van participeren is sprake als arbeid tegen ten minste enige loonwaarde wordt of kan worden verricht. Tot slot is het begrip herstelgedrag conform de ICF gewijzigd in het begrip participatiegedrag.

Waar mogelijk is aangesloten bij de in de verzekeringsgeneeskundige protocollen benoemde beoordelingstaken. Deze taken zijn: beoordelen van de sociaal-medische voorgeschiedenis; beoordelen van de actuele functionele mogelijkheden; beoordelen van het te verwachten beloop; beoordelen van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. De uitwerking en de volgorde van de taken is aangepast aan de specifieke problematiek van de beoordeling van cliënten met een ontwikkelingsstoornis die veelal (nog) niet hebben gewerkt.

1.5 Tot slot

In de maanden mei en juni 2010 zijn regionale bijeenkomsten gehouden. In de Wajong werkende (bezwaar)verzekeringsartsen hebben daar kennis genomen van de concept-richtlijn. Aan de hand van twee casus hebben zij geoefend met een systematische wijze van onderzoeken en beoordelen zoals de richtlijn dit aangeeft.

De ervaringen waren positief en de deelnemers waren van oordeel dat de richtlijn hen steunt bij hun dagelijkse praktijk.

2. RICHTLIJN 'ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN WAJONG'

2.1 Algemeen

De beoordeling heeft tot doel de mogelijkheden van de cliënt tot participatie optimaal in beeld te brengen en hem 'recht' te doen. Daarbij vormt het onderzoek naar de ontwikkelingsstoornis en naar problemen in het dagelijks functioneren de basis. Dit leidt tot de verzekeringsgeneeskundige diagnose, van waaruit de claim van de cliënt wordt uitgewerkt.

Het oordeel over de participatiemogelijkheden en de eventueel benodigde ondersteuning staan bij de beoordeling in de Wet Wajong centraal.

Bij de beoordeling wordt de betekenis van de contextuele factoren expliciet meegewogen zowel bij het onderzoek van de claim als bij de beoordeling van de mogelijkheden voor arbeidsondersteuning.

Achtereenvolgens komen aan bod: Oriëntatie op de vraagstelling, Onderzoek door de verzekeringsarts en Beoordeling.

2.2 Oriëntatie

De verzekeringsarts verheldert waar nodig de vraagstelling en bepaalt de te nemen stappen in zijn onderzoek en zijn beoordeling.

Indien voldoende gegevens aanwezig zijn om de beoordeling te onderbouwen, kan de verzekeringsarts besluiten geen verder onderzoek te verrichten.

2.3 Onderzoek

De verzekeringsarts vormt zich een beeld van de cliënt, zijn dagelijks functioneren, zijn participeren, in relatie tot zijn ontwikkelingsstoornis en in wisselwerking met zijn omgeving.

De verzekeringsarts verzamelt gegevens over de volgende aspecten:

Welke ontwikkelingsstoornis en eventuele comorbiditeit komt naar voren uit de sociaal-medische voorgeschiedenis?

Welke belemmeringen en welke (claim)klachten relateert de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger daaraan?

Wat zijn de mogelijkheden en/of beperkingen in het functioneren en participeren? Wat ervaart de cliënt? Wat ervaart zijn omgeving en hoe is de onderlinge relatie?

Daarbij is aandacht voor:

verstandelijke vermogens in relatie tot de ontwikkelingsstoornis;

sociaal aanpassingsvermogen in relatie tot de ontwikkelingsstoornis;

comorbiditeit: psychische en fysieke vermogens;

functioneren en participeren thuis, op school, in stages en in werk, en de invloed van de context hierop;

Welke behandeling en ondersteuning wordt geboden en welk profijt heeft cliënt hiervan in zijn mogelijkheden tot functioneren en participeren?

Hoe ziet de cliënt en/of vertegenwoordiger het toekomstig functioneren en participeren?

Welke inzet kan en wil hij leveren?

De verzekeringsarts maakt een weloverwogen en doelgericht gebruik van de hem ter beschikking staande onderzoeksinstrumenten. Deze zijn: het beoordelingsgesprek met cliënt, het medisch onderzoek (waaronder observaties), informatieverstrekking door derden (waaronder de heteroanamnese) en aanvullend onderzoek door derden.

2.4 Beoordeling

De verzekeringsarts analyseert en beoordeelt conform het Schattingsbesluit of een logische samenhang bestaat tussen de aard en de ernst van de ontwikkelingsstoornis, het functioneren, het participeren en het participatiegedrag. Ook maakt hij een inschatting van het toekomstperspectief.

Als logische samenhang ontbreekt, zoekt de verzekeringsarts primair een verklaring in: comorbiditeit, over- of onderschatting van functioneren, steunende of remmende invloeden in de context.

De contextfactoren hebben invloed op het functioneren en participeren; deze worden in het oordeel van de verzekeringsarts mee gewogen.

In de beoordeling worden onderstaande punten overwogen:

1. De verzekeringsarts stelt de aard en ernst van de ontwikkelingsstoornis vast.

De specifieke kenmerken van de ontwikkelingsstoornis liggen op het gebied van de cognitieve vermogens en het sociaal aanpassingsvermogen. Deze specifieke kenmerken verklaren de stagnatie in de ontwikkeling van de cliënt.

2. De verzekeringsarts beoordeelt het functioneren.

Het gaat om aspecten van persoonlijk en sociaal functioneren in het dagelijks leven. Bij de ontwikkelingsstoornissen gaat het vooral om de volgende aspecten: het doelmatig en zelfstandig handelen, het handelingstempo, het vermogen tot zelfzorg, het vermogen tot communicatie en het vermogen tot omgang met anderen. Afhankelijk van comorbiditeit komen ook andere aspecten van het functioneren aan de orde. Indien congruentie tussen het functioneren en de aard en ernst van de ontwikkelingsstoornis ontbreekt, overweegt de verzekeringsarts altijd of eventueel bijkomende medische problematiek dit kan verklaren of dat factoren in de omgeving van de cliënt dit kunnen verklaren.

3. De verzekeringsarts beoordeelt het participeren.

Op grond van zijn oordeel over het functioneren komt de verzekeringsarts tot een oordeel over de mogelijkheden voor participeren.

De verzekeringsarts beoordeelt de volgende gebieden en omschrijft daarbij de mogelijkheden van de cliënt:

- de taakvaardigheden van de cliënt;
- de sociale vaardigheden van de cliënt in een werksituatie;
- het vermogen van de cliënt om te gaan met regels en gezagsverhoudingen;
- de mogelijkheden van de cliënt ten aanzien van het arbeidspatroon.

Duidelijke beperkingen op de gebieden taakvaardigheden, sociale vaardigheden en omgang met regels en gezagsverhoudingen zijn als hoofdregel aanleiding om tot begeleiding bij de participatie te adviseren. Overleg met de arbeidsdeskundige is altijd aan de orde als de verzekeringsarts deze begeleiding nodig acht.

De verzekeringsarts stelt tot slot de Functionele Mogelijkheden Lijst op en geeft, zonodig, aanvullende argumentatie op belangrijke afwijkingen van de normaalwaarden.

4. Als naar het oordeel van de verzekeringsarts sprake is van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, geeft de verzekeringsarts dit beargumenteerd aan en sluit hij zijn beoordeling af.

5. Als de participatie van cliënt stagneert, analyseert de verzekeringsarts het participatiegedrag van de cliënt en zijn omgeving. Het participatiegedrag heeft betrekking op aspecten als leefstijl, autonomie, motivatie, therapietrouw, omgang met regels en acceptatie van sturing.

6. Ten behoeve van het toekomstperspectief van de participatiemogelijkheden maakt de verzekeringsarts een inschatting van de prognose van de ontwikkelingsstoornis. Hij maakt een inschatting van de groei naar zelfstandigheid en de groei van het sociaal functioneren. Hij benoemt relevante remmende en stimulerende factoren.

3. TOELICHTING OP DE RICHTLIJN

3.1 Algemeen

Model

Deze richtlijn geeft aanwijzingen voor een te volgen denk- en handelwijze. De richtlijn onderscheidt drie fases in de claimbeoordeling voor de Wet Wajong: de oriëntatie, het onderzoek en de beoordeling.

Dit theoretische onderscheid is nuttig om de vraagstellingen concreet uit te werken. In de werkelijkheid van de claimbeoordeling vinden de fases niet zo strak na elkaar plaats. Zo wordt al in de fase van de oriëntatie een eerste oordeel gevormd over de diagnose en zo kan in de fase van de beoordeling alsnog besloten worden het onderzoek uit te breiden met het verzamelen van aanvullende informatie.

Diagnostiek

Een ontwikkelingsstoornis vaststellen is niet gemakkelijk. Vooral bij milde vormen zijn de ontwikkelingsstoornissen en hun sociale uitingen lastig te diagnosticeren.

De gevolgen van de diagnose ontwikkelingsstoornis zijn groot. Daarom legt deze richtlijn veel nadruk op het stellen en uitwerken van de diagnose.

Onderzoek is nodig naar zowel de specifieke kenmerken (bijvoorbeeld het cognitieve vermogen en het sociaal aanpassingsvermogen) als naar de hierbij passende kenmerken in het functioneren; zo komt een verzekeringsgeneeskundige diagnose tot stand.

Voor de verzekeringsgeneeskundige diagnose van een ontwikkelingsstoornis zijn dus meer gegevens nodig dan bijvoorbeeld een DSM-classificatie ADHD of een IQ-getal.

Afhankelijk van verkregen informatie breidt de verzekeringsarts de diagnostiek in zijn eigen onderzoek uit naar specifieke terreinen van het functioneren en wordt als hoofdregel de informatie van derden bij de overwegingen betrokken. Bij lacunes wordt deskundig onderzoek door derden verricht.

Gebeurt dit niet, dan beargumenteert de verzekeringsarts dit.

De Ontwikkelingsstoornis en het functioneren

Bij de ontwikkelingsstoornissen ontbreken vaak specifieke klinische symptomen in de zin van anatomische veranderingen of verstoorde functies. De stoornis komt juist tot uiting in het dagelijkse doen en laten en in de stagnerende ontwikkeling hiervan. Dat blijkt ook in de spreekkamer. Zo melden de cliënt en zijn ouder niet spontaan het lage IQ maar geven zij aan dat het behalen van het brommercertificaat zo moeilijk lukt.

Het verzekeringsgeneeskundige onderzoek bij de beoordeling van een ontwikkelingsstoornis richt zich dan ook op de ontwikkelingsgeschiedenis en op het huidige functioneren van de cliënt in zijn context. Als beide aspecten in beeld zijn gekomen en logisch samenhangen met de specifieke kenmerken van de desbetreffende ontwikkelingsstoornis, vormt dit de verzekeringsgeneeskundige diagnose van de ontwikkelingsstoornis. Dit is de basis voor de verzekeringsarts om zijn analyse en zijn oordeel over functioneren en participeren te ontwikkelen.

Invloed van de context

Cultuur en context beïnvloeden de uitingen van ziekte, zeker bij jongeren en nog meer bij jongeren met een ontwikkelingsstoornis. Jongeren zijn meer dan volwassenen afhankelijk van hun omgeving; een jongere met een ontwikkelingsstoornis is nog meer afhankelijk van zijn omgeving. De ontwikkeling van de beperkte mogelijkheden van een jongere met een ontwikkelingsstoornis wordt mede bepaald door de opvoeding en het milieu: gebrek aan structuur en stimulans beperkt die ontwikkeling; verantwoorde zorg en training versterken deze. Deze invloeden vanuit de context kunnen een discrepantie tussen de specifieke kenmerken van de ontwikkelingsstoornis en het actuele functioneren begrijpelijk maken.

De ondersteuningsbehoefte is ook een kenmerk van de ontwikkelingsstoornis. Als direct gevolg van de ontwikkelingsproblematiek heeft de cliënt vaak ondersteuning nodig bij dagelijkse handelingen als de planning van het huishouden en de communicatie met allerlei instanties. Adequate ondersteuning in het dagelijks leven kan de arbeidsparticipatie verruimen.

Een ander aspect van de ontwikkelingsstoornis is de sociale kwetsbaarheid: de cliënt komt in de knel als meer beroep gedaan wordt op (leeftijdsadequaat) sociaal functioneren. Gevolg kan zijn een verandering van de omgeving en daarmee een afname van de steun uit de context. Voorbeelden zijn: meeloopgedrag, gebruikt worden door anderen, zich aansluiten bij randgroepen en het verkeren in criminele circuits. Verstandige ondersteuning, begeleiding en sociale steun kunnen op het functioneren een positieve invloed uitoefenen en preventief werken op risicofactoren van het sociaal functioneren.

Een analyse van deze factoren is van belang om het totaalbeeld en de uitingen van (on)vermogen beter te interpreteren en interventies en mogelijkheden beter in te schatten.

Denkmodel

Het Kenniscentrum LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapte kinderen en jongeren) heeft een denkmodel ontwikkeld voor de problematiek van de sterk-gedragsgestoorde cliënt met een lichte tot zeer-lichte verstandelijke beperking. Het model brengt de verschillende factoren (vanuit de cliënt zelf en vanuit zijn context) in beeld. Het model is ontwikkeld om jongeren die naast een lichte tot zeer-lichte verstandelijke beperking ook ernstige gedragsproblemen vertonen te onderscheiden. Deze SGLVG-jongeren (sterk gedragsgestoord en lichte verstandelijke beperking) worden geïndiceerd voor de specialistische LVG-zorg van de orthopedagogische behandelcentra. Dit in plaats van voor de (algemene) jeugdzorg, waar jongeren met alleen een lichte verstandelijke beperking worden behandeld.

In het model worden de specifieke kenmerken van de ontwikkelingsstoornis beoordeeld (bij LVG een lagere intelligentie en verminderde sociale adaptatie) en eventuele comorbiditeit en/of (ongunstige) contextfactoren geobjectiveerd. De aanwezigheid van de bijkomende problematiek en de wisselwerking met de ontwikkelingsstoornis vormt de verklaring voor de ernstige gedragsproblematiek die bij deze speciale groep wordt gezien. Hieraan is de langdurige behoefte aan specialistische ondersteuning bij het sociaal functioneren gekoppeld die in de LVG-zorg wordt geboden.

Model Kenniscentrum LVG¹

LVG-specifieke kenmerken:	en bijkomende kenmerken/problematiek:	Komen tot uiting in:
intelligentie	leerproblemen	ernstige gedragsproblemen
IQ 50-85	psychiatrische stoornis	
Beperkt sociaal aanpassingsvermogen	Medisch-organische problemen	
	problemen in het gezin	
	problemen in de sociale context (vrienden, school, werk)	
en leiden tot: chroniciteit / langdurige behoefte aan ondersteuning		

¹ Het landelijk Kenniscentrum LVG verricht praktijkgericht onderzoek voor de zorg aan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Als eerste werd in 2005 het LVGmodel ontwikkeld, gericht op de problematiek van licht tot zeer-licht verstandelijk gehandicapte mensen die sterke gedragsstoornissen vertonen.

Voor het onderzoek in de Wet Wajong van cliënten met een ontwikkelingsstoornis biedt dit denkmodel perspectief. Van belang zijn immers zowel een goede analyse van de diagnose en dus de specifieke kenmerken van een ontwikkelingsstoornis en van eventuele comorbiditeit, als van bijkomende problematiek in de context van de cliënt. De specifieke kenmerken van zowel de verstandelijke beperking in het algemeen, als van ASS en ADHD spitsen zich toe op tekorten in de cognitieve vermogens en tekorten in het sociaal aanpassingsvermogen.

Bij minder ernstige ontwikkelingsproblematiek kan die bijkomende problematiek een claim op de Wajong aannemelijk maken.

Tenslotte is de mate en de duur van de behoefte aan ondersteuning op zich al een diagnosticum voor de (ernst van de) ontwikkelingsstoornis.

Claimklacht minder centraal

Het onderzoek bij de ontwikkelingsstoornissen start met onderzoek naar zowel de stoornis als naar het functioneren en het participeren. De claimklacht en de beperkingen in het verrichten van het werk, komen binnen het onderzoek meestal later aan de orde. De claimklacht en de arbeidsbeperkingen kunnen behalve door de cliënt ook door de ouder of andere sleutelfiguur naar voren worden gebracht.

Het voorop staan van stoornis en functioneren heeft meerdere redenen.

- Als gevolg van de ontwikkelingsstoornis kan de cliënt minder inzicht hebben in de eigen mogelijkheden en beperkingen, cliënt ervaart zijn beperkingen als egosyntoon. Hierdoor is hij niet in staat tot adequaat formuleren van een claim en claimklachten.
- Veelal heeft de cliënt nog niet gewerkt, heeft hij alleen stages gevolgd. Uit de stages zijn beperkt participatieproblemen af te leiden omdat de eisen door de werkgever gesteld aan de stagiair meestal lager zijn dan in werk te doen gebruikelijk.
- De gevolgen van de ontwikkelingsstoornis doen zich voor in alle milieus, zowel in het functioneren thuis, als op school (stage) en in de vrije tijd.

Arbeidsmogelijkheden centraal

De inspanningen van het netwerk rond de cliënt zijn gericht op toeleiding van school naar werk middels een "sluitende aanpak". In samenhang hiermee doet de cliënt veelal een beroep op de Wet Wajong, zijn doel is het vinden en vasthouden van werk, niet primair een inkomensondersteuning.

Daarom richt het onderzoek bij de Wet Wajong zich primair op de participatiemogelijkheden die de cliënt heeft en die hij verder kan ontwikkelen. Dit is in lijn met de wetgeving in de Wet Wajong.

3.2 Toelichting op de oriëntatie

In de fase van oriëntatie gaat het om verduidelijken van de vraag aan de verzekeringsarts en om het bepalen van de verdere stappen in het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

In deze richtlijn is de centrale vraag de vraag naar de mogelijkheden van de cliënt om, al dan niet met ondersteuning, aan arbeid deel te nemen.

Aanwezige gegevens

Diverse informatiebronnen geven de verzekeringsarts informatie over:

- de gestelde (classificatie-)diagnose en de eventuele comorbiditeit;
- de sociaal-medische voorgeschiedenis met aandacht voor de schoolcarrière en ervaringen in stage en eventueel werk;
- het huidige functioneren en het niveau van de vaardigheden;

In een deel van de gevallen kan de verzekeringsarts beschikken over informatie uit het netwerkoverleg rond de cliënt. Binnen het overleg worden diverse gegevens verzameld. Deze gegevens betreffen informatie van school (waaronder voortgangsrapporten en stageverslagen), informatie van het thuismilieu en gegevens van behandelaars, waaronder diagnostische rapportages en testverslagen.

Informatie van de jeugdarts wordt als regel niet via dit vooronderzoek verstrekt gezien het toestemmingsvereiste van de cliënt. De jeugdarts is echter bij uitstek geïnformeerd over de sociaal-geneeskundige voorgeschiedenis, zodat toevoeging van deze gegevens wel wenselijk is.

Als beperkte informatie is verstrekt, bijvoorbeeld een losse IQtest, kan de verzekeringsarts dit alleen met voorzichtigheid gebruiken en alleen in samenhang met informatie die op andere aspecten, bijvoorbeeld de ontwikkelingsgeschiedenis en het beloop van de scholing, betrekking heeft.

Als de voorinformatie specifiek is opgesteld ten behoeve van de Wajongaanvraag is de verzekeringsarts zich extra bewust van de mogelijke focus van de opsteller op een Wajong toekenning. De verzekeringsarts beoordeelt de onderliggende informatie van het vooronderzoek, zoals testonderzoek en medische informatie.

Geen verder onderzoek

Aan de hand van de aanwezige gegevens schat de verzekeringsarts in of verder onderzoek noodzakelijk is om tot een beargumenteerd advies te komen.

Op grond van de voorinformatie kan de verzekeringsarts besluiten verder onderzoek achterwege te laten omdat genoeg feiten voorhanden zijn om de vraag naar de mogelijkheden tot participeren beargumenteerd en overtuigend te beantwoorden.

Dit is bij ontwikkelingsstoornissen vrijwel alleen het geval als sprake is van blijvende afwezigheid van enig vermogen tot (arbeids)participatie. Dit is het geval bij een diepe en ernstige verstandelijke beperking of bij een ernstige vorm van autisme. De verzekeringsarts kan ook in die situatie argumenten hebben toch de cliënt persoonlijk te zien, alvorens zijn advies af te ronden.

Als de gegevens over de ernst van de ontwikkelingsstoornis ontoereikend zijn, vooral onvoldoende feitelijk zijn, wordt het vragen van aanvullende gegevens overwogen bij de behandelende/begeleidende sector, omdat het advies vergaande consequenties heeft voor de cliënt en voor de maatschappij.

De verzekeringsarts overweegt voor afronding van zijn rapport contact op te nemen met de ouder of andere sleutelfiguur van de cliënt om zijn voorgenomen advies toe te lichten.

3.3 Toelichting op het Onderzoek en Onderzoeksinstrumenten

3.3.1. Onderzoek

Begin

Als de verzekeringsarts verder onderzoek noodzakelijk acht, formuleert hij op grond van de voorinformatie voor zichzelf een eerste antwoord op de vier onderzoeksvragen die bij de beeldvorming aan de orde zijn:

1. Welke ontwikkelingsstoornis en welke belemmeringen blijken uit de voorgeschiedenis?
2. Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen in het functioneren en participeren?
3. Welke behandeling en ondersteuning worden geboden met welk profijt?
4. Wat is het toekomstperspectief?

Door dit te doen worden de lacunes in de antwoorden op de onderzoeksvragen duidelijker; dit helpt de verzekeringsarts om het verdere onderzoek doelgericht te plannen en te verrichten.

In het geval de cliënt veel later zijn Wajongaanvraag doet, zijn gegevens over het arbeidsverleden van belang. Het doen verrichten van arbeidsdeskundig onderzoek naar dit arbeidsverleden voorafgaande aan verder verzekeringsgeneeskundige onderzoek wordt door de verzekeringsarts in die gevallen overwogen.

Vragenlijsten

Het hanteren van vragenlijsten in aanvulling op het algemene aanvraagformulier voor de Wet Wajong is als aanvulling op andere gegevens zinvol. Op dit moment is buiten het algemene aanvraagformulier geen landelijke vragenlijst voor de Wet Wajong ontwikkeld. Uit onderzoek door de ontwikkelgroep is gebleken dat de diverse regio's een te verschillende situatie kennen om nu een dergelijke vragenlijst te ontwikkelen. De op de lokale werkwijze ontwikkelde lijsten zijn naar het oordeel van de ontwikkelgroep een hulpmiddel met voor- en nadelen.

Voordeel van een aanvullende vragenlijst is dat systematisch aspecten van de diagnose in beeld komen, waardoor bijzaken niet worden gemist. In het gesprek met de cliënt kan vervolgens gericht en efficiënter aandacht worden besteed aan punten die verdieping nodig hebben. De informatie van de vragenlijsten kan ook aanknopingspunten geven voor een gerichte hetero-anamnese.

Het nadeel van vragenlijsten die specifiek worden ingevuld ten behoeve van een Wajongaanvraag is, dat de antwoorden bewust of onbewust benadrukken wat niet mogelijk is. Het objectiveren van mogelijkheden en beperkingen in het daarop volgende beoordelingsgesprek kan dan lastig zijn.

Ten laatste: vragenlijsten kunnen een professionele beoordeling niet vervangen.

Uitgebreidheid van het onderzoek

Onderzoek naar deelaspecten, zoals naar het niveau van het cognitief functioneren of naar specifieke klinische aspecten, kan gericht en toetsend plaatsvinden als de voorinformatie veel feitelijke informatie over de ontwikkelingsanamnese en de ernst van de stoornis bevat. Op indicatie vraagt specifieke (co)morbiditeit extra aandacht.

Afhankelijk van de aard en ernst van de ontwikkelingsstoornis en de mate waarin het sociaal aanpassingsvermogen beperkt is, volstaat een globaal onderzoek of is juist uitvoerig onderzoek naar de diagnose en het functioneren nodig.

Zo zal bij het bestaan van een matige verstandelijke beperking met een diplegie, weinig aanvullend onderzoek nodig zijn om de ontwikkelingsstoornis te detailleren alsook de andere onderzoeksvragen te beantwoorden. Maar zo zal bij het goed functioneren op school de diagnose ADHD goed en deskundig moeten worden onderbouwd.

Het functioneren onderzoeken

Om het functioneren en participeren systematisch op diverse terreinen in beeld te krijgen kan de verzekeringsarts zijn gesprek (en ook zijn dossieronderzoek) ordenen aan de

hand van de items van beoordelingsschalen voor sociale redzaamheid die in gebruik zijn in de gehandicaptenzorg. Het invullen van een dergelijke schaal door de verzekeringsarts zelf is niet aan de orde; deze schalen zijn ontwikkeld ten behoeve van de diagnostiek van een ontwikkelingsstoornis. Voor de verzekeringsarts is dit alleen een handvat².

Omgeving en ondersteuning

Al eerder is aangegeven waarom omgevingsfactoren expliciet worden beoordeeld. Informatie vanuit de omgeving van cliënt is noodzakelijk om een genuanceerd beeld te krijgen van de cliënt en zijn vaardigheden (thuis, op school, in de stage). De cliënt kan vaak zelf onvoldoende aangeven waarin hij beperkt is als gevolg van de ernst van zijn ontwikkelingsstoornis. Bovendien zijn de introspectie, het zelfinzicht en de identiteit bij de gemiddelde jongere van 17 jaar in ieder geval nog niet uitgerijpt. Verder is bij het ouder worden de ontwikkeling van deze vaardigheden vaak beperkt of geheel niet tot stand gekomen.

Kennis van de omgeving is ook nodig om zich een oordeel te vormen over de invloed van deze omgeving op de vaardigheden van de cliënt. Dit kan het beeld van cliënt flink nuanceren.

De veiligheid en ondersteuning in het leefmilieu kunnen cliënt helpen zich optimaal te ontwikkelen, hem boven zijn beperking doen uitstijgen. Soms is de steun overbeschermend en remmend op de groei en participatie van de cliënt.

Onrust en ontbreken van structuur en steun in het thuismilieu kunnen de cliënt remmen in zijn functioneren op school en op stage of in werk.

De ouder van de cliënt heeft als informatiebron een specifieke rol: hij/zij heeft veel ervaringskennis over de persoon en de vaardigheden van cliënt en is een deel van de context van de cliënt. Bovendien heeft de ouder een heel eigen toekomstperspectief voor zijn/haar zorgkind waaraan de verzekeringsarts niet kan voorbijgaan. (Egberts, Chiel 2007)

Onderschatting en overschatting

Onderschatting en overschatting van de vaardigheden zijn bij ontwikkelingsstoornissen vaak aan de orde en zijn een valkuil voor de verzekeringsarts.

Overschatting is geregeld aan de orde bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking: de sociale (communicatieve) vaardigheden maken indruk bij het eerste contact, maar het beperkte begrip, probleemoplossende vermogen en vermogen te zorgen voor eigen veiligheid, worden pas in probleemsituaties duidelijk.

Comorbiditeit kan zowel over- als onderschatting van de vaardigheden veroorzaken. Vooral zintuiglijke stoornissen en psychiatrische beelden geven aanleiding tot onderschatting van het niveau van de cognitieve vaardigheden.

3.3.2 Onderzoeksinstrumenten

In het kader van het onderzoek maakt de verzekeringsarts een effectieve keuze uit de onderzoeksinstrumenten die hem ter beschikking staan.

Het doel en belangrijke aspecten van de meest gebruikte instrumenten staan hieronder vermeld:

- Het gesprek met cliënt
- Het medisch onderzoek:
 - o observatie
 - o gerichte anamnese
 - o psychisch onderzoek
 - o lichamenlijk onderzoek
- Gegevens van derden
- Onderzoek door deskundige derden

² Zie bijvoorbeeld www.LVGnet.nl onder Onderzoek en Praktijk jaargang 4 voor de beoordelingsschaal voor het sociaal aanpassingsvermogen bij licht verstandelijk beperkte jeugdigen.

Het gesprek met cliënt

Het gesprek met de cliënt heeft als doel zich een beeld te vormen van de cliënt, van zijn omgeving, van zijn biografie, van zijn vaardigheden en huidige functioneren en van zijn perspectieven op participatie.

Hoofddregel is dat de verzekeringsarts de cliënt zelf ziet en spreekt om zich een beeld te vormen. In een beperkt aantal gevallen kan de verzekeringsarts redenen hebben van deze hoofddregel af te wijken.

De verzekeringsarts kan besluiten de cliënt niet persoonlijk te zien als op grond van de voor-informatie al tot blijvende afwezigheid van mogelijkheden tot participatie kan worden geconcludeerd. Hij overweegt in dat geval of een (telefonisch) gesprek met de ouder/verzorger wenselijk is. Als de ouder/verzorger een gesprek aanvraagt gaat de verzekeringsarts hier op in.

De verzekeringsarts kan besluiten de cliënt niet persoonlijk te zien als hij schat dat oproepen of bezoeken van de cliënt tot grote verstoring van het evenwicht bij cliënt zal leiden.

In alle gevallen waarin de verzekeringsarts de cliënt niet zelf ziet en spreekt, moeten voldoende gegevens uit andere bronnen voorhanden zijn.

Als de verzekeringsarts de cliënt niet heeft gezien en gesproken, geeft hij de reden hiervan weer in zijn rapport.

Als cliënt en/of zijn verzorger aangeven niet naar het spreekuur te willen komen, geldt primair dat de cliënt een medewerkingsplicht³ heeft; er moeten zwaarwichtige medische redenen aanwezig zijn om van spreekuurbezoek af te zien. De verzekeringsarts kan overwegen om in lastige situaties cliënt in zijn eigen omgeving te bezoeken. Dat biedt hem extra inzicht in de omgevingsfactoren.

Voor het gesprek met de cliënt is geen vast gespreksmodel aan te bevelen. Drie belangrijke gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde zijn beschreven: Belastbaarheids Gerichte Beoordeling, Methodisch beoordelingsgesprek en MultiCausale Analyse. (Boer, W.E.L. 2006)

Naarmate de cliënt meer (arbeids)vaardigheden heeft, is een kritischer, op de arbeidsmogelijkheden gericht, beoordelingsgesprek meer haalbaar en gebruik van een specifiek verzekeringsgeneeskundige gespreksmodel meer zinvol. Aandachtspunten hierbij zijn dat de cliënt vaak nog niet of slechts kort heeft gewerkt, en de arbeids- en inkomens ondersteuning veelal niet aanvraagt wegens opgetreden verzuim. Is de cliënt sterker beperkt in introspectie en zelfinzicht dan is het gesprek minder op de mogelijkheden en belemmeringen in arbeid gericht. Het gesprek is meer gericht op informatie over het dagelijks handelen. Van daaruit worden de mogelijkheden in arbeidsparticipatie duidelijk. Toch vraagt de verzekeringsarts ook aan een cliënt met beperkte arbeidsvaardigheden wel naar zijn visie en toekomstperspectief. De keuzes en de wijze waarop de cliënt tegen zijn toekomst aankijkt geven inzicht in en dus diagnostische informatie over de cliënt. Bovendien kan bij de keuze van een werkplek getracht worden aan te sluiten bij de cliënt. Een cliënt met beperkte arbeidsvaardigheden is mogelijk ongeschikt om kelner te zijn, maar kan wel op zijn plaats zijn als assistent in de keuken van hetzelfde restaurant.

In het gesprek met de cliënt spelen zowel de leeftijd van de cliënt als de eventuele ontwikkelingsstoornis een bepalende rol voor de keuze van de gesprekstechniek. De verzekeringsarts probeert in tijdsduur, diepgang, woordkeus en vraagstelling aan te sluiten bij de cliënt.

Het spreken met de ouder/verzorger/begeleider van de cliënt is bij het beoordelen van de ontwikkelingsgeschiedenis, van het huidige functioneren en van de omgevingsfactoren als hoofddregel noodzakelijk. De verzekeringsarts streeft daarom naar het afnemen van de hetero-anamnese tijdens het gesprek met cliënt zelf. Zo nodig probeert de

³ Artikel 37 Wajong

verzekeringsarts per telefoon de ouder/verzorger te spreken in aanvulling op het gesprek met cliënt zelf.

Indien de hetero-anamnese om redenen niet kan worden afgenomen dan is de verzekeringsarts extra alert op informatie uit andere bronnen dan cliënt zelf, zoals de stagebegeleider of de woonbegeleider.

Het medisch onderzoek

Het medisch onderzoek heeft als doel het beeld dat cliënt en zijn omgeving geven te toetsen aan het medische referentiekader. Bij het beoordelen van een cliënt met een ontwikkelingsstoornis is nog meer dan in het algemeen bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek sprake van overlap tussen het beoordelingsgesprek en het medisch onderzoek. Het gaat immers vooral om cognitieve en sociale vaardigheden die waarneembaar zijn in een gewoon gesprek.

Centrale vraag is of de aangegeven belemmeringen in het functioneren passen bij de ernst van de ontwikkelingsstoornis en de eventueel aanwezige comorbiditeit.

Medisch onderzoek naar de ontwikkelingsstoornissen gaat over de volgende aspecten:

- de specifieke kenmerken van de ontwikkelingsstoornis;
- het huidige niveau van functioneren in relatie tot de cognitieve vermogens en het sociaal aanpassingsvermogen;
- eventuele comorbiditeit: zintuiglijke, psychische en fysieke vermogens;
- contextuele factoren.

In de beschrijvingen van de ontwikkelingsstoornissen wordt op deze aspecten ingegaan (Bijlage 1)

Als de verzekeringsarts de beschikking heeft over voorinformatie, waaronder mogelijk een medisch-diagnostisch onderzoeksverslag, is een volledig medisch onderzoek zelden geïndiceerd en zal de verzekeringsarts zich beperken tot enige toetsing.

Als er geen voorinformatie aanwezig is, als de gegevens elkaar tegenspreken, en/of als de diagnose nog niet door een terzake kundige professional is gesteld, is het medisch onderzoek diagnostisch gericht en dus uitgebreider.

Elementen van het medisch onderzoek zijn:

- observatie;
- gerichte anamnese;
- psychisch onderzoek;
- lichamenlijk onderzoek.

Observatie

Bij de observaties tijdens het gesprek let de verzekeringsarts vooral op de eerste indruk, het cognitieve prestatieniveau, de aandacht en impulsiviteit, het contact en de communicatieve vaardigheden, de wisselwerking tussen de cliënt en zijn ouder en het gedrag in het algemeen.

Het observeren van het gedrag is een kernpunt in de Wajong. De specifieke kenmerken van een ontwikkelingsstoornis uiten zich immers vaak in kwalitatieve tekortkomingen van het non-verbale, zoals oogcontact, mimiek, stemmodulatie en motoriek.

Bij de interpretatie overweegt de verzekeringsarts of de cliënt gehinderd wordt in zijn uitingen door de voor hem ongebruikelijke spreekuursituatie.

Wegens het veel voorkomende gevaar van onder- en overschatting is het van belang na de eerste algemene indruk bewust en systematisch details van het gedrag te observeren. Is het intellectueel functioneren wel te beoordelen door de verlegenheid van de cliënt? Is de sociale vaardigheid niet vooral echolalie bij de matig verstandelijk beperkte cliënt? Is het verlies van aandacht halverwege het gesprek normaal voor een jongere of is het specifiek voor de gediagnosticeerde ADHD? Hoe is het contact en de wederkerigheid? Is het nog kinderlijke gedrag passend bij de wijze van opvoeden en beschermen?

Aanwezigheid van de ouder bij het gesprek geeft de verzekeringsarts de mogelijkheid de wisselwerking tussen cliënt en zijn ouder waar te nemen. Is de ouder betrokken, stimulerend, of juist overbeschermend?

Evenzo is de verzekeringsarts alert bij de oudere cliënt op aangeleerd gedrag, snapt de cliënt iets echt als hij instemmend ja knikt en met gemeenplaatsen antwoord geeft?

Gerichte anamnese

Bij de gerichte anamnese wordt (aanvullend) informatie verzameld over de ontwikkelingsstoornis, over (de vaardigheden voor) het dagelijks functioneren en het participeren en over zaken als middelengebruik en medicatie.

Elke ontwikkelingsstoornis kent zijn eigen vaste punten, te denken valt aan zorg voor eigen veiligheid bij een verstandelijke beperking, omgang met vriendjes bij een autisme spectrumstoornis, dagnachtritme bij ADHD. De verzekeringsarts vult lacunes in de voorinformatie aan, test steekproefsgewijs belangrijke vaardigheden en gaat zo nodig systematisch co-morbideit na, inclusief het eventueel voorkomen van meer dan één ontwikkelingsstoornis.

Psychisch onderzoek

Het psychisch onderzoek vormt bij ontwikkelingsstoornissen overlap met de observaties en de gerichte anamnese. Soms is het nodig gerichte aandacht te besteden aan stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychotische verschijnselen en dergelijke. Dit omdat de diagnose aanleiding geeft comorbiditeit te overwegen, of omdat (gespreks-) gegevens hiertoe aanleiding geven.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek vindt plaats op indicatie, het beleid wijkt niet af van het algemene beleid van sociaal-medisch handelen.

De verzekeringsarts realiseert zich dat de cliënt met een ontwikkelingsstoornis zich niet altijd bewust is van lichamelijke problematiek. Bij een verstandelijke beperking komt bijvoorbeeld vaker ook een zintuiglijke beperking voor die de cliënt niet spontaan naar voren brengt. De verzekeringsarts kan een oriënterend onderzoek van de locomotore status overwegen als de beroepskeuze hiertoe aanleiding geeft. De cliënt staat immers nog aan het begin van zijn beroeps carrière.

Gegevens van derden

Na het gesprek en het daaraan gekoppelde medisch onderzoek indiceert de verzekeringsarts de eventuele vervolgstappen in zijn onderzoek.

De hetero-anamnese van de ouder/verzorger/begeleider geeft informatie en nuancering over het functioneren in het dagelijks leven, over de mate waarin de cliënt inderdaad zelfredzaam is en waarin hij zelfstandig keuzes kan maken. Ook krijgt de verzekeringsarts een indruk van de wijze waarop eventuele steun wordt gegeven of waarin deze juist ontbreekt.

De gegevens van professionals helpen de verzekeringsarts de diagnose en de vaardigheden in het functioneren te verifiëren, te toetsen of lacunes aan te vullen. Bij de Wajongbeoordeling zijn de gegevens van het diagnostisch onderzoek vaak al in de voorinformatie aangereikt.

Eerder werd al gewezen op de kennis en informatie van de jeugdarts, deze volgt de jongere tijdens het speciaal onderwijs. Als de informatie van de jeugdarts niet al via afspraken in het vooronderzoek is verkregen, overweegt de verzekeringsarts deze informatie als nog op te vragen en/of met de jeugdarts te overleggen.

Als diagnostische gegevens ontbreken of alleen bestaan uit conclusies, overweegt de verzekeringsarts de feitelijke gegevens alsnog op te vragen. De verzekeringsarts kan op die wijze ook onderzoeken of de diagnose deskundig is gesteld.

Aanvullend onderzoek door derden

In de Wajongbeoordeling is aanvullend onderzoek door derden beperkt aan de orde. Het beleid wijkt niet af van het algemene beleid met betrekking tot doel, indicatie en uitvoering.

Er is een enkele aanvulling.

De verzekering arts overweegt een diagnostisch onderzoek door derden als de diagnose van de ontwikkelingsstoornis (nog) niet betrouwbaar is gesteld. De verzekering arts overweegt dit ook in de situatie waarin hij als eerste de diagnose van een ontwikkelingsstoornis vaststelt.

De verzekering arts relateert de noodzaak daartoe eerst aan de relevantie voor de beoordeling: is op grond van alle gegevens overtuigend duidelijk dat de cliënt blijvend geen participatiemogelijkheden zal ontwikkelen, dan dient expertise uiteraard geen doel. In situaties waarin de diagnose lang geleden is gesteld en verder relevant deskundig onderzoek ontbreekt, kan verrichten van nieuw onderzoek nodig zijn om de diagnose te heroverwegen en feiten aan te dragen om de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie te beoordelen.

Aanvullend onderzoek wordt door de verzekering arts ook overwogen als de vraag om ondersteuning bij de participatie niet begrijpelijk wordt uit de diagnose en/of het functioneren van de cliënt in het dagelijks leven, op school of in werk.

De verzekering arts ziet er op toe dat bij eventueel neuro-psychologisch onderzoek, zowel testonderzoek als (hetero)anamnese en observaties plaatsvinden, zodat de resultaten van de testen voldoende in een context te plaatsen zijn⁴.

Als de verzekering arts als eerste een ontwikkelingsstoornis overweegt, deze vaststelt, of verifieert middels expertise, stelt de verzekering arts de bij de behandeling betrokken arts of gedragskundige van de conclusies op de hoogte; dit in overleg met cliënt en eventueel zijn ouder/verzorger.

⁴ Richtlijnen voor lege artis uitgevoerd testonderzoek zijn uitgewerkt door het NIP, Nederlands Instituut van Psychologen.

3.4 Toelichting op de beoordeling

In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen besproken:

1. vaststellen van de ontwikkelingsstoornis
2. beoordelen van het functioneren
3. beoordelen van het participeren
4. beoordelen van volledig en duurzaam arbeidsongeschikt
5. beoordelen van participatiegedrag
6. prognose van de ontwikkelingsstoornis in relatie tot functioneren en participeren.

3.4.1. Vaststellen van de ontwikkelingsstoornis

Al eerder is aangegeven dat het noodzakelijk is dat de aard en ernst van de ontwikkelingsstoornis vakkundig en betrouwbaar zijn vastgesteld. Als hoofdregel is dit nodig om een logische samenhang met beperkingen in het functioneren en het participeren te kunnen vaststellen.

Als het diagnostisch onderzoek niet is afgerond, stelt de verzekeringsarts zoveel als mogelijk vast of samenhang bestaat tussen de vaststaande feiten rond de diagnose en het functioneren en participeren van deze cliënt.

Als de aard of ernst van de ontwikkelingsstoornis of de differentiaaldiagnose met bijvoorbeeld een zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis, onduidelijk zijn, is een oordeel over de participatiemogelijkheden in de regel niet te geven. Evenzo kan niet worden aangegeven waarop een eventuele intensieve begeleiding bij de participatie moet aangrijpen. Besluit de verzekeringsarts in die situatie toch tot het duiden van beperkingen in functioneren en participeren dan vergt dit een degelijke argumentatie. Daarvoor is overleg en afstemming met de arbeidsdeskundige en eventueel andere professionals rond de cliënt van bijzonder nut.

3.4.2. Beoordelen van het functioneren

De verzekeringsarts toetst het niveau van het (dagelijks) functioneren aan de aard en ernst van de ontwikkelingsstoornis en eventuele comorbiditeit. Bij de ontwikkelingsstoornissen gaat het vaak om een basaal laag niveau van zelfstandig functioneren.

Naar mate de ontwikkelingsstoornis minder ernstig is, is als hoofdregel meer zelfstandigheid mogelijk en doen zich de eventuele tekorten niet voor op het niveau van zelfverzorging, maar op het niveau van complex handelen in de samenleving.

Voorbeelden van dit complexe handelen zijn het behalen van een brommercertificaat of het hebben van een verantwoord bestedingspatroon.

Het niveau van de verschillende vaardigheden kan bij dezelfde cliënt sterk verschillen.

Ook kan het niveau van een vaardigheid tussen verschillende situaties verschillen.

Bij een disharmonisch intelligentieprofiel zijn bijvoorbeeld verschillen aanwezig tussen diverse vaardigheden. Het bekende voorbeeld is de stoornis van Asperger: het vermogen om zich uit te drukken in taal is zeer goed ontwikkeld, maar het vermogen om alledaagse problemen op te kunnen lossen is beperkt.

Bij veel sterk gedragsgestoorde jongeren met een lichte verstandelijke beperking (SGLVG-jongeren) is er discrepantie tussen relatief goed cognitief functioneren en beperkt sociaal-emotioneel functioneren, terwijl bovendien het beperkte sociaal-emotioneel functioneren het minst zichtbaar is. (Vilans. 2009).

Situatieverschillen in het functioneren ontstaan ook door verschillen in geboden structuur en ondersteuning, die in de ene situatie wel en de andere situatie niet aanwezig zijn. Bij ADHD ontstaan bijvoorbeeld problemen als de jongere vanuit het gestructureerde thuismilieu op kamers gaat wonen.

De groei en ontwikkeling van de diverse vaardigheden verloopt ook bij ontwikkelingsstoornissen veelal via de bekende stadia van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Dit is zichtbaar in het dagelijks functioneren. Als

bijvoorbeeld het concreet-operationele denken zich verder ontwikkelt richting abstract-logisch denken, is er een toenemend vermogen tot het leggen van verbanden, het toepassen van geleerde vaardigheden in het dagelijks leven (transfer) en in andere situaties (generalisatie). Ook bij de sociale vaardigheden is ontwikkeling te zien van eenvoudige communicatie naar het kunnen hanteren van conflicten en het samenwerken. Om deze redenen beoordeelt de verzekeringsarts systematisch vaardigheden van het persoonlijk en sociaal functioneren.

Context

De verzekeringsarts onderkent de invloed van de omgeving op de ontwikkeling van het functioneren; deze context van de cliënt kan een discrepantie tussen de ernst van de ontwikkelingsstoornis en het huidige functioneren eventueel verklaren.

De Gezondheidsraad heeft aangegeven dat de invloed van omgevingsfactoren meegewogen moet worden, ook wanneer dit aanleiding geeft tot meer beperkingen. Het beleid rond de weging van de contextfactoren bij de claimbeoordeling in de Wet Wajong is nog niet uitgekristalliseerd in duidelijke ankerpunten. Het bediscussiëren van casuïstiek en daarop het ontwikkelen van verder beleid zijn nodig.

Eén belangrijk ankerpunt voor de claimbeoordeling in de Wet Wajong is de mate van autonomie en beslisvaardigheid. Nogal eens heeft de jongere met een ontwikkelingsstoornis weinig mogelijkheden om de omgevingsfactoren te beïnvloeden of te pareren, terwijl deze omgevingsinvloeden wel veel invloed kunnen hebben op het functioneren (en participeren).

Een tweetal voorbeelden ter illustratie van de dilemma's.

1. Een jongere met een lichte verstandelijke beperking die thuis niet leert afspraken na te komen, kan dit met begeleiding mogelijk wel leren. Bij de claimbeoordeling heeft hij deze vaardigheid nog niet. Zijn functioneren wordt door de verzekeringsarts als beperkter beoordeeld dan dat van een jongere met dezelfde verstandelijke beperking die dit wel heeft geleerd (en toepast).

2. Een jongere met ADHD, zonder comorbiditeit, gebruikt geen professioneel geïndiceerde medicatie omdat zijn ouders tegen gebruik van medicatie zijn. De ouders en de jongere zijn goed voorgelicht over het nut en de bijwerkingen van de medicatie. Wel medicatie kan beter functioneren tot gevolg hebben.

Als er geen medische contra-indicaties zijn tegen medicatiegebruik is het de ouders en de jongere aan te rekenen dat zij niet meewerken aan een proefbehandeling. In deze casus kan de verzekeringsarts daarom vragen stellen bij de plausibiliteit van deze claim. Verder kan de verzekeringsarts overwegen het participatiegedrag van deze cliënt als inadequaaf te beoordelen⁵.

Belangrijke te beoordelen aspecten van het functioneren

Besproken worden belangrijke beoordelingsaspecten bij:

- doelmatig en zelfstandig handelen;
- tempo van handelen;
- vermogen tot zelfverzorging en zelfsturing;
- vermogen tot communicatie;
- vermogen tot omgang met anderen.

Doelmatig en zelfstandig handelen

Doelmatig en zelfstandig handelen vergen inzicht in oorzaak en gevolgen van eigen handelen en het vermogen zichzelf te sturen naar een doel. Dit vereist vooral abstractievermogen, flexibiliteit, vermogen tot initiatief nemen en aandacht en controle op impulsen.

Het vermogen tot *abstraheren* is bij de ontwikkelingsstoornissen een belangrijk punt. Bij de verstandelijke beperking is, afhankelijk van de ernst, het abstractievermogen minder ontwikkeld of afwezig. Bij ASS is het begrijpen van abstracties een centraal probleem.

⁵ Zie voor verdieping het Verzekeringsgeneeskundige Protocol Participatiegedrag van de NVVG

Flexibiliteit en vermogen *initiatief* te nemen zijn beperkt bij ontwikkelingsstoornissen. Bij een verstandelijke beperking is, afhankelijk van de ernst, sprake van traagheid en beperkt oplossend vermogen: het repertoire van oplossingen is beperkt en omschakelen gaat trager. Bij autisme is schakelen ook moeilijker en interfereert rigiditeit met het handelen. Bij ADHD interfereert de wijdlopiegheid van het denken met het schakelen, de flexibiliteit is als het ware te groot.

Het *wisselen van de aandacht* is uiteraard een probleem bij ADHD en heeft invloed op de kwaliteit van het doelmatig en zelfstandig handelen, evenals een gebrekkige impulscontrole. De problemen spelen bij ADHD niet op het basaal niveau van doelmatig handelen, maar op het niveau van complexe zelfstandige handelingen, bijvoorbeeld het verzorgen van de eigen administratie.

Bij een wat ernstiger vorm van een verstandelijke beperking is vooral het gefocust houden van aandacht bij sturend handelen het probleem en speelt zich dit af op basaal niveau, denk aan verkeersdeelname en andere aspecten van zorgdragen voor de eigen veiligheid.

De verzekeringsarts weegt het doelmatig en zelfstandig handelen af tegen de specifieke ontwikkelingsstoornis en tegen wat normaal voor de leeftijd en de context kan worden geacht. De verzekeringsarts kan zich uitspreken over het niveau van het doelmatig en zelfstandig functioneren in het algemeen en/of kiezen voor detaillering op deelaspecten als hiertoe aanleiding is, bijvoorbeeld als doelmatig en zelfstandig handelen alleen beperkt zijn in specifieke, veelal complexe, situaties.

Tempo van handelen

Het tempo van handelen wordt door meerdere factoren bepaald: begripsvermogen, concentratie en uithoudingsvermogen; fysieke aspecten zoals de fijne motoriek en coördinatie hebben eveneens invloed. Bij ontwikkelingsstoornissen is een vertraagd tempo van het handelen vooral terug te voeren op het functioneren van het zogenoemde werkgeheugen. Het werkgeheugen heeft betrekking op de samenwerking tussen aansturing, aandacht en (tijdelijke) opslag van informatie in het brein.

Naarmate het werkgeheugen beperkter is zal een cliënt met een verstandelijke beperking al bij eenvoudige handelingen traag handelen. Cliënten met een matige verstandelijke beperking kunnen meestal de dagelijkse handelingen verrichten maar in een lager tempo. Bij cliënten met een minder ernstige verstandelijke beperking is er meestal adequaat functioneren bij de dagelijkse handelingen, het tempo vertraagt bij onverwachte gebeurtenissen, die buiten de geleerde routine vallen.

Een aandachtspunt is dat de cliënt met een verstandelijke beperking, wanneer een voor hem te hoog tempo verlangd wordt, terugvalt op voor hem eenvoudiger strategieën. Bij eerste indruk wordt dit plotse falen van een tot dan toe vaardige cliënt niet begrepen door zijn omgeving; aansporing tot een hoger tempo heeft vervolgens een averechts effect.

Bij ASS en ADHD spelen de kwalitatieve aspecten zoals verminderde mentale flexibiliteit en verminderde impulscontrole, de belangrijkste rol bij het tempo van handelen.

De verzekeringsarts beoordeelt de eventuele traagheid van handelen, de mate van de traagheid en de gebieden waar dit aan de orde is. De verzekeringsarts overweegt of beïnvloeding door middel van aansporing effectief kan zijn.

Vermogen tot zelfverzorging en zelfsturing

Het vermogen tot zelfverzorging en zelfsturing (zelfzorg), wordt zowel bepaald door de aanwezige mogelijkheden in het doelmatig en zelfstandig handelen, door het tempo van handelen, alsook door het ontwikkeld hebben van praktische vaardigheden. Uiteraard spelen lichamelijke factoren ook een rol.

Het geven van ondersteuning gericht op eigen zelfstandigheid en het bieden van structuur hebben een positieve invloed op het aanleren van praktische vaardigheden. Hierdoor kan het vermogen tot zelfstandigheid groter zijn dan verwacht.

Naast de doorgemaakte ontwikkeling wordt ook de huidige situatie van de cliënt betrokken bij de beoordeling van het vermogen tot zelfzorg. Zelfzorg kan veel energie

vragen van een cliënt met een ontwikkelingsstoornis. Ondersteuning in de thuissituatie, kan cliënt meer mogelijkheden geven aan arbeid deel te nemen.

De verzekeringsarts beoordeelt het vermogen tot zelfzorg, inclusief de mogelijkheden van cliënt zorg te dragen voor de eigen veiligheid thuis en in het verkeer. De verzekeringsarts overweegt het eventuele profijt voor cliënt van ondersteuning in de thuissituatie.

Vermogen tot communicatie

Het succes van de maatschappelijke participatie bij cliënten met een ontwikkelingsstoornis wordt in belangrijke mate bepaald door het hebben van adequate sociale vaardigheden.

Dit betreft zowel instrumentele vaardigheden (vermogen tot communicatie) als sociaal-emotionele vaardigheden (vermogen tot omgang met de ander). Omdat het zulke uiteenlopende vaardigheden betreft, worden deze bij de beoordeling van het functioneren door de verzekeringsarts onderscheiden.

Het vermogen tot communicatie met de omgeving betreft instrumentele vaardigheden rond taal en spraak, inclusief het kunnen gebruiken van computer en telefoon. Ook praktische zaken als geldbegrip en rekenvaardigheden worden tot deze vaardigheden gerekend.

Duidelijke, algemene tekortkomingen rond taal en spraak komen voor bij de ernstige vormen van een ontwikkelingsstoornis (beperkte woordenschat, onvoldoende stemmodulatie). Bij mildere beelden en als co-morbiditeit komen eventueel specifieke tekorten voor: in kwantiteit (specifieke leerstoornissen als dyslexie), in kwaliteit (onvoldoende stemmodulatie bij pervasieve ontwikkelingsstoornissen).

De verzekeringsarts beoordeelt het niveau en de kwaliteiten van de taal- en spreekvaardigheden, het hanteren van communicatiemiddelen, de rekenvaardigheden en het geldbegrip.

Vermogen tot omgang met anderen

Het vermogen tot omgang met anderen wordt door veel factoren bepaald. Cognitieve vaardigheden zoals begrip, impulscontrole en handelingstempo zijn nodig. Duidelijke beperkingen op deze aspecten hebben grote invloed op de omgang met anderen, vooral waar het gezagsverhoudingen betreft.

De instrumentele vaardigheden zijn al benoemd.

Daarnaast bepaalt de sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt het niveau en de kwaliteit van de omgang met anderen. Zelfinzicht, zelfvertrouwen, empathie en wederkerigheid hebben veel invloed op het gedrag.

Tekorten in zelfinzicht en zelfvertrouwen geven aanleiding tot naïviteit, verhoogde kwetsbaarheid, afhankelijkheid en onvoldoende in acht nemen van distantie.

Tekorten in empathie en wederkerigheid hebben veel invloed op de kwaliteit van relaties.

Dit kan het invoelend vermogen betreffen, als ook als het cognitieve begrip van het standpunt van de ander (zie het Theory-of-mind-model bij autisme). Tekorten in aspecten van de empathie kunnen leiden tot een egocentrische omgangsstijl, of (bij meer psychopathische ontwikkeling) tot grens overschrijdend gedrag.

De mate en de kwaliteit van de eventuele tekorten zijn individueel bepaald. De (ernst van de) ontwikkelingsstoornis geeft aanwijzingen voor tekorten, maar eenzelfde diagnose is geen garantie voor het bestaan van dezelfde problematiek.

Direct als gevolg van de ontwikkelingsstoornis zelf en/of als gevolg van bijkomende factoren als psychiatrische comorbiditeit (ADHD, gedragstoornis) en gezinsproblematiek, kunnen ernstige gedragsproblemen voorkomen, die de cliënt in zijn omgang met anderen sterk beperken.

Beoordeling van de mogelijkheden tot omgang met anderen is dus complex. Een extra aandachtspunt bij de beoordeling van een jongere is dat deze rond zijn 18e jaar nog niet is uitgerijpt.

Een goede beoordeling van de mogelijkheden en beperkingen in de omgang met anderen is nodig om de participatiemogelijkheden bepalen.

De verzekeringsarts beoordeelt ten minste het vermogen tot zich adequaat te kunnen uiten naar de ander en het vermogen tot de omgang met anderen op gelijkwaardig en op ongelijkwaardig niveau. Zijn er specifieke tekorten, dan geeft de verzekeringsarts deze apart aan.

3.4.3. Beoordelen van het participeren

De beoordeling van de ontwikkelingsstoornis en van het functioneren vormen de basis voor de weging en beoordeling van de mogelijkheden voor participatie.

Veel beperkingen in het dagelijks functioneren spelen bij de participeren in arbeid een beperkende rol. Maar geregeld kunnen de gevolgen van de beperkingen in een arbeidsomgeving worden verkleind.

Structuur, voorspelbaarheid, orde en het geven van enkelvoudige taakstellingen kunnen in een arbeidssituatie compensatie bieden bij beperkt doelmatig en zelfstandig handelen. Hulpmiddelen als pictogrammen bij een arbeidstaak kunnen helpen bij beperkte leesvaardigheden.

Het beperken van of begeleiding bieden bij contacten met klanten, het werken in een kleinschalige werksetting of het geven van ondersteuning in sociaal onbeschermd situaties zoals een werkpaauze, helpen een cliënt met beperkte sociale vaardigheden aan arbeid deel te nemen.

De verzekeringsarts heeft veelal kennis van deze zaken, maar de specifieke kennis over het compenseren van tekorten in de arbeidssituatie ligt bij de arbeidsdeskundige. Daarom is overleg en afstemming tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige nodig. In situaties waarin de verzekeringsarts van mening is dat langdurige begeleiding of blijvend toezicht nodig zijn in de arbeidssituatie, is dit overleg altijd aan de orde alvorens het advies uit te brengen.

De noodzaak tot ondersteuning en begeleiding komt altijd voort uit specifieke beperkingen in het participeren. Die beperkingen zijn bij een cliënt met een ontwikkelingsstoornis meestal aanwezig, maar de ernst en omvang kunnen sterk wisselen. Daarom werkt de verzekeringsarts de mogelijkheden en beperkingen altijd uit op de drie belangrijke terreinen van: de taakvaardigheden, de arbeidsmarkt gerelateerde sociale vaardigheden, de omgang met regels en gezagsverhoudingen. De keuze voor deze terreinen is gebaseerd op inzichten die zijn ontwikkeld in het veld van de arbeidsondersteuning.

Besproken worden de mogelijkheden en beperkingen met betrekking tot:

- taakvaardigheden;
- sociale vaardigheden;
- omgang met regels en met gezagsverhoudingen;
- arbeidspatroon.

Taakvaardigheden

Taakvaardigheden betreffen vaardigheden die nodig zijn om een arbeidstaak uit te kunnen voeren. Als gevolg van een ontwikkelingsstoornis kunnen de vaardigheden beperkt zijn. Bij ontwikkelingsstoornissen spelen vooral de invloed van een beperkt begripsvermogen, het gebrek aan flexibiliteit en initiatief, aan impulscontrole en aan aandacht een belangrijke rol.

Als gevolg van een verstandelijke beperking of een ASS is het begripsvermogen kwantitatief en/of kwalitatief beperkt. Dit heeft invloed op de te ontwikkelen vakkennis en het opdoen van arbeidservaring.

Het niveau van het begripsvermogen bepaalt (mede) of de cliënt taken kan verrichten die enkelvoudig en/of routinematig van aard zijn, of dat complexe (samengestelde) taken haalbaar zijn.

De flexibiliteit, het nemen van initiatief, de impulscontrole en de afleidbaarheid zijn bij de ontwikkelingsstoornissen vaak verminderd of afwijkend ontwikkeld. Deze hebben invloed op het tempo van handelen. In de participatie heeft dit gevolgen voor de vaardigheden

die met werktempo, werkonderbrekingen, taakwisselingen, langdurige taakaandacht en dergelijke te maken hebben.

Om de arbeidsdeskundige een goed inzicht te geven is het van belang dat de verzekeringsarts zo nodig uitvoerig aangeeft op basis van welke beperkingen en overwegingen hij van oordeel is dat specifieke taakvaardigheden niet of verminderd aanwezig zijn. Dit geeft de arbeidsdeskundige handvatten om te beoordelen of reguliere arbeid wel of niet mogelijk is, andere vormen van participatie haalbaar zijn en om zo nodig gericht zaken als werkbegeleiding (job-coaching), taakaanpassing (job-carving) en voorzieningen te kunnen adviseren. Het volstaat dus nooit om zonder nadere argumentatie te adviseren dat begeleiding noodzakelijk is.

Bovendien is begeleiding en toezicht bij een cliënt met een ontwikkelingsstoornis zelden alleen gericht op tekorten in de taakvaardigheden omdat ook de arbeidsgerelateerde sociale vaardigheden beperkt zijn.

De verzekeringsarts beoordeelt de aspecten van de taakvaardigheden die liggen binnen zijn kennisdomein.

Zijn beperkingen in de taakvaardigheden voor de verzekeringsarts de enige reden om tot langdurige begeleiding te adviseren, dan stemt hij eerst af met de arbeidsdeskundige over de mogelijke compensaties, alvorens tot advisering van begeleiding te besluiten.

Sociale vaardigheden

De arbeidsgerelateerde sociale vaardigheden die nodig zijn voor het verrichten van (regulier) werk zijn toenemend beschreven in de literatuur. Als belangrijkste vaardigheden worden onderscheiden de *instrumentele sociale vaardigheden* en de *relationele sociaal vaardigheden*. (Atlasproject. 2007)

Instrumentele vaardigheden hebben direct betrekking op de uitvoering van een taak zelf. Het gaat om het kunnen lezen, begrijpen en opvolgen van werkinstructies, het reageren op feedback en het adequaat vragen om hulp en dergelijke. Deze instrumentele vaardigheden vallen ten dele ook onder de taakvaardigheden die eerder werden benoemd.

Relationele vaardigheden betreffen vooral de omgang met de collega's en klanten en het hanteren van juiste (ongeschreven) gedragscodes, zoals ten aanzien van beleefdheid en het maken van grapjes.

Aanvullend zijn belangrijke sociale vaardigheden: aanspreekbaarheid, controle op de eigen emoties bij stress. Ook het hebben van een adequate persoonlijke hygiëne, het dragen van correcte (werk)kleding, het hanteren van gepaste manieren, bijvoorbeeld bij het gezamenlijk pauzeren, dragen bij aan een succesvolle participatie.

Belangrijke aspecten van het (arbeidsgerelateerde) sociaal functioneren zijn ook opgenomen in de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) van het Claim Beoordeling en Borging Systeem (CBBS). Geregeld is meer detaillering nodig ten behoeve van een praktisch handvat voor begeleiding naar en in arbeid.

Niet altijd is voldoende duidelijk en onderbouwd wat de cliënt aan (arbeidsgerelateerde) sociale mogelijkheden heeft, bijvoorbeeld omdat informatie over stages of werk ontbreken. De verzekeringsarts geeft dit aan en overlegt met de arbeidsdeskundige of en welk nader onderzoek nodig is.

De verzekeringsarts gaat zonodig uitvoerig en gedetailleerd in op de aspecten van de arbeidsgerichte sociale vaardigheden. Als hij onvoldoende in staat is dit te beoordelen geeft hij dit aan, zodat eventueel nader onderzoek kan worden verricht in het kader van de toeleiding naar arbeid.

Detaillering en onderbouwing van de arbeidsgerelateerde sociale vaardigheden zijn altijd noodzakelijk om te kunnen adviseren over begeleiding.

Omgang met regels en met gezagsverhoudingen

De omgang met regels en met gezagsverhoudingen in de arbeidssituatie wordt als belangrijk aspect van arbeidsgerelateerde sociale vaardigheden apart beoordeeld. Het betreft zaken als zich houden aan bedrijfsregels, aan werktijden of kledingvoorschriften, het zich beperken tot de eigen taak, het accepteren van instructies van de

werkbegeleider. Het gaat zowel om het hier en nu kunnen hanteren van deze regels als het kunnen aanleren van deze regels.

De verzekeringsarts overweegt bij te verwachten tekorten in het kunnen omgaan met regels en gezagsverhoudingen of de (jonge) cliënt in de toekomst kan leren omgaan met regels en gezagsverhoudingen gezien zijn ontwikkelingsproblematiek.

Arbeidspatroon

De beoordeling van het arbeidspatroon bij een cliënt met een ontwikkelingsstoornis kent enkele specifieke afwegingen.

Problemen als traagheid, rigiditeit en dergelijke spelen een rol bij het uitvoeren van arbeidstaken. Zeker bij aanzienlijke cognitieve beperkingen kost het verrichten van werk meer energie. Bovendien is geregeld de taakhoud en het taakniveau onvoldoende aan te passen aan de (beperkte) mogelijkheden van een cliënt. De cliënt is op het werk sneller uitgeput en zakt in zijn handelen naar een lager niveau. In deze situaties kan een langere hersteltijd na het werk (per dag, per week) nodig zijn en is een onregelmatig arbeidspatroon niet gewenst.

Diezelfde overwegingen spelen voor de energie en tijd die de zelfverzorging en het verrichten van de huishoudelijke taken van de cliënt vragen. Eerder is al aangegeven, dat ontlasten van deze taken de cliënt kan helpen wel aan arbeid deel te nemen en zich zo te ontwikkelen.

Werk, zeker vaste werktijden, geeft ook structuur aan iemands leven. Vooral voor mensen met ontwikkelingsstoornissen is regelmaat in werktijden vaak van belang.

De verzekeringsarts weegt af of werkdagen van acht uur, volledige werkweken en onregelmatige werktijden voor de cliënt een reële optie zijn.

3.4.4. Beoordelen van volledige arbeidsongeschiktheid

Van volledige arbeidsongeschiktheid in de Wet Wajong is sprake als de cliënt blijvend 'geen benutbare mogelijkheden' voor arbeid heeft en geen mogelijkheden voor enige vorm van arbeidsparticipatie heeft.

Alleen in heel duidelijke gevallen kan de verzekeringsarts dit oordeel zelfstandig, zonder beoordeling door de arbeidsdeskundige, geven.

Over het beoordelen van de medische aspecten, de zogenoemde 'geen benutbare mogelijkheden', het volgende.

In het Schattingsbesluit zijn hiervoor vier uitzonderingscategorieën vastgelegd:

- Opname in ziekenhuis of instelling
- Bedlegerigheid
- ADL-afhankelijkheid (fysieke beperkingen)
- Onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren als gevolg van een ernstige psychische stoornis

Bij cliënten met een ontwikkelingsstoornis kan deelname aan arbeid in specifieke situaties mogelijk zijn, ondanks het voorkomen van een dergelijke uitzonderingscategorie.

De verzekeringsarts kan het volgende overwegen:

Opname in een AWBZ-erkende instelling betekent geregeld dat de cliënt er woont en eventueel begeleid wordt, maar niet behandeld wordt. Een deel van deze cliënten heeft daarom voldoende beschikbaarheid en werkt overdag, soms in een reguliere baan, vaker in een beschermde of beschutte situatie.

Onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren wordt als begrip gebruikt indien het onvermogen in belangrijkste mate het gevolg is van een ernstige psychiatrische ziekte of een ontwikkelingsstoornis. Hierbij worden drie terreinen benoemd⁶:

⁶ Citaat: Standaard GDBM Tica, juni 1996

- a. de zelfverzorging: zelfverzorging in het dagelijks leven, het zelfstandig initiatief kunnen nemen tot noodzakelijke handelingen ten behoud van hygiëne, dagritme, veiligheid; en de structurering die iemand in zijn dagelijks leven aanbrengt;
- b. het samenlevingsverband: relaties met ondermeer partner, ouders of kinderen;
- c. de sociale contacten buiten het gezin, inclusief het onderhouden van werkrelaties: relaties met vrienden of familie en omgang met minder vertrouwde omgeving, winkelen, hobby's, sport, vakanties, verenigingen en uitgaan; indien van toepassing: het onderhouden van functionele, dit wil zeggen niet vrijblijvende werkrelaties in betaalde of onbetaalde arbeid.

Bij een cliënt met een ontwikkelingsstoornis kan dit onvermogen bestaan, zelfs ernstig zijn, maar ondersteuning in het dagelijks functioneren geeft de cliënt ruimte voor participatie.

De verzekeringsarts stelt zich dus terughoudend op bij het geven van zijn oordeel over volledige arbeidsongeschikt.

3.4.5. Beoordelen van participatiegedrag

Herstellen van een ontwikkelingsstoornis is niet mogelijk, daarom is hanteren van het woord herstelgedrag een minder gelukkige keuze. Om deze reden en wegens de wens (meer) aan te sluiten bij de terminologie van de ICF spreekt de richtlijn van participatiegedrag ter vervanging van het begrip herstelgedrag.

Al is herstel van de stoornis niet mogelijk, groei naar zelfstandigheid is nog te verwachten bij een jongere, ook een kwetsbare jongere leert veelal keuzes maken, zijn gedragingen te sturen. Zijn naaste omgeving, die hem opvoedt en begeleidt, maakt ook keuzes en kan de mogelijkheden voor zijn participeren beïnvloeden.

Gedrag dat is gericht op het vergroten van de participatiemogelijkheden kan worden benoemd als positief participatiegedrag. Het gaat zowel om gedragingen van de cliënt alsook om de invloed vanuit de omgeving op de cliënt.

Bij het beoordelen van de claim op de Wet Wajong en van de participatiemogelijkheden is participatiegedrag een punt van aandacht.

Als de ontwikkeling van de participatie (op school, in de stage of in de verdere loopbaan) achterblijft bij de verwachtingen is er reden voor nadere beoordeling. Hangt de stagnatie samen met de ontwikkelingsstoornis en/of comorbiditeit, of spelen andere factoren de hoofdrol?

Negatieve gedragingen hebben vaak een relatie met de ontwikkelingsstoornis zelf, de vraag is in hoeverre de cliënt er desondanks op is aan te spreken. Is een cliënt in staat tot zelfzorg en zorg voor eigen veiligheid, dan zijn in de basis ook handvatten aanwezig voor sturing van gedrag. De mate waarin wordt uiteraard bepaald door de mate waarin de cliënt ondanks zijn ontwikkelingsstoornis beslisvaardig is te achten.

Gedrag kan ook negatief beïnvloed worden door de omgeving van de cliënt, bijvoorbeeld door het ontbreken van structuur of het ontbreken van een pedagogische attitude bij de ouder/verzorger. Soms is die omgeving hierop aan te spreken en kan een hierin gespecialiseerde job-coach hulp bieden.

Belangrijke aandachtspunten bij de beoordeling van het participatiegedrag zijn:

- leefstijl;
- acceptatie van hulp en training;
- het zich houden aan afspraken en regels.

De *leefstijl* (nachtrust, middelengebruik, persoonlijke verzorging) heeft veel invloed op de participatiemogelijkheden. Kan de cliënt en/of zijn omgeving dit sturen en is bij ontbreken de cliënt en/of zijn omgeving hier op aan te spreken?

Hulp en training zijn voor iedere jongere nodig om zelfstandigheid te bereiken, zeker als deze extra kwetsbaar is als gevolg van zijn ontwikkelingsstoornis. Biedt de omgeving deze hulp? Accepteert de jongere deze hulp?

Het zich *houden aan afspraken en regels* is een bepalende factor bij succes in de toeleiding naar arbeid. Afhankelijk van de aard van de ontwikkelingsproblematiek en het niveau van functioneren kan de cliënt hierop worden aangesproken.

De verzekeringsarts overweegt of factoren als leefstijl, acceptatie van hulp en training, het zich houden aan gemaakte afspraken, en het ontbreken van steun in de omgeving de stagnatie in de participatie kunnen verklaren. Hij beoordeelt of de cliënt en zijn omgeving hierop zijn aan te spreken. De verzekeringsarts geeft zo nodig handvatten voor de participatie-begeleiding in aanvulling op zijn oordeel over de participatiemogelijkheden.

3.4.6. Prognose van de ontwikkelingsstoornis en het functioneren

De toekomst van de jongere met een ontwikkelingsstoornis wordt vooral bepaald door:

- 1 Groei en rijping in relatie tot zijn ontwikkelingsstoornis;
- 2 Voorziene en onvoorziene ontwikkelingen in de omstandigheden en in de omgeving van de jongere;
- 3 Begeleiding en sturing bij de arbeidsparticipatie.

Ad 1. De ontwikkeling van de diverse vaardigheden verloopt bij ontwikkelingsstoornissen veelal trager en loopt ook langer door na het 18e jaar. Factoren die dit bepalen zijn vooral verdere rijping (van de hersenen) en ervaring (training, het leren van ervaringen en van feedback). Zowel op het gebied van cognitieve vaardigheden als op het gebied van sociale vaardigheden is dit aan de orde. Bij de beoordeling rond het 18e jaar zal de cliënt dus mogelijk een (arbeids)vaardigheid nog kunnen leren of verder kunnen ontwikkelen.

De (beperkte) groei als direct gevolg van de ontwikkelingsstoornis en/of eventuele comorbiditeit, is in algemeenheden te voorspellen. Gedetailleerde voorspellingen voor de individuele jongere zijn zelden betrouwbaar te geven.

In zijn algemeenheid geldt het volgende.

Bij een *verstandelijke beperking* van matige en ernstige aard is de groei van de mogelijkheden ook na het 18e jaar beperkt. Bij een lichte of zeer lichte verstandelijke beperking is groei te verwachten en daarmee ook groei van de arbeidsmogelijkheden. De beperkingen bij de *Autisme Spectrumstoornissen* komen vooral direct uit de stoornis voort, deze zullen niet met de leeftijd veranderen. Belangrijk en specifiek probleem is het beperkte vermogen tot generalisatie, hierdoor zullen veranderingen in de werksituatie altijd een punt van aandacht blijven in de begeleiding. Er is eerder sprake van bijleren dan van veranderen van gedragingen.

De beperkingen bij *ADHD* zijn op zich beperkt, maar blijven bestaan. De prognose wordt door bijkomende zaken bepaald: vooral comorbiditeit, middelengebruik, stoppen van de medicatie en sociale problemen.

Ad 2. De toekomstige mogelijkheden in het functioneren worden ook bepaald door de omstandigheden in de omgeving van de jongere. De daarin te onderscheiden kritische succesfactoren zijn heel bepalend voor werkelijk succes of falen in de arbeidsparticipatie. Deze factoren zijn soms te voorzien of te verwachten, maar vaker alleen als aandachtspunt voor de begeleiding te benoemen.

Belangrijke aspecten waaraan de verzekeringsarts aandacht kan geven zijn:

- de eisen die een veranderende woonsituatie aan de jongere zal stellen;
- de eisen die het aangaan van een relatie en het krijgen en opvoeden van kinderen stellen;
- de eisen die overgangen van school naar werk en van werk naar ander werk, de zogenoemde transities, aan de jongere stellen.

Ad 3. Als derde punt van aandacht geldt de steun van de omgeving bij het voorzien van en ontstaan van problemen in het participeren. Bij veranderingen en moeilijkheden vlucht een jongere, en ook een oudere met een ontwikkelingsstoornis, vaker in ontwijkend gedrag of in storend gedrag. Dit op tijd doorzien en de hem op zijn denkniveau benaderen en corrigeren voorkomt stagnatie.

De verzekeringsarts kan dit soms onderkennen of voorzien. In dat geval is een gericht advies over de sturing in de begeleiding te geven, of is een advies tot herbeoordeling bij het specifieke probleem op zijn plaats.

Omdat de prognose en de ontwikkeling van arbeidsvaardigheden niet zeker is te beoordelen op het 18e jaar, en omdat in het algemeen zich voorziene en onvoorziene ontwikkelingen kunnen voordoen, kan een herbeoordeling van de cliënt nodig en belangrijk zijn. Afhankelijk van problematiek kan de verzekeringsarts een meer of een minder precieze herbeoordelingsdatum afgeven.

De verzekeringsarts is voorzichtig met het geven van een gedetailleerde prognose over het beloop van de ontwikkelingsstoornis.

De verzekeringsarts heeft aandacht voor kritische succesfactoren, gaat zo nodig in op de te verwachten invloed van een veranderde woonsituatie, relatie- en gezinsvorming en van transitiemomenten.

Waar mogelijk geeft de verzekeringsarts handvatten voor het hanteren van gedragsproblemen.

De verzekeringsarts geeft op indicatie een datum voor herbeoordeling aan.

BIJLAGE 1 Beschrijving van ontwikkelingsstoornissen

In deze bijlage worden beknopt belangrijke aspecten van drie ontwikkelingsstoornissen beschreven. Doel is een eerste handvat geven aan de verzekeringsarts bij zijn beoordeling van een cliënt met een ontwikkelingsstoornis.

Besproken worden:

- 1 Verstandelijke beperking
- 2 Autisme Spectrum Stoornissen
- 3 ADHD

De indeling is voor de drie beschrijvingen dezelfde:

- 1 Epidemiologie, inclusief voorkomen in de instroomcijfers van de Wajong.
- 2 Classificatie: beschrijving van de stoornis aan de hand van specifieke waarneembare kenmerken.
- 3 Klinisch beeld: beschrijving en samenhang van de kenmerken en het functioneren van de individuele cliënt, zijn omgeving en zijn voorgeschiedenis.
- 4 Diagnostiek: onderwerpen van onderzoek en onderzoeksinstrumenten.
- 5 Scholing- en arbeidsmogelijkheden: gemiddeld te verwachten beloop.
- 6 Noten en verwijzingen uit de desbetreffende beschrijving.

Bijlage 1.1. Verstandelijke beperking

1. Epidemiologie

Er zijn weinig gegevens beschikbaar over het voorkomen van een verstandelijke beperking in de bevolking. Het RIVM (2009) verwijst naar onderzoek uit 1988 (Maas et al) en naar onderzoek van [Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al uit 2002](#).

De laatste schatting, per 1-1-2001, is dat er in Nederland 111.000 mensen met een verstandelijke beperking zijn.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (op basis van IQ-meting) zijn geïnccludeerd, mensen met een zeer-lichte verstandelijke beperking (borderline intellectuality) echter niet.

Tabel 1: Mensen met een verstandelijke beperking in Nederland (per 1-1-2001) naar leeftijd en geslacht ([Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al., 2002a](#)).

	mannen	vrouwen	onbekend	totaal
0-19 jaar	13.726	10.801	112	24.639
20-34 jaar	12.319	9.130	42	21.491
35-49 jaar	19.616	15.755		35.371
50-69 jaar	13.530	12.144		25.674
70 jaar en ouder	1.576	2.985	14	4.575
Totaal	60.767	50.815	168	111.750

In 2007 is dossieronderzoek verricht naar de instroom in de Wajong. Bij de diagnose is onderscheid gemaakt naar de ernst van de verstandelijke beperking en is ook gekeken naar het voorkomen van verstandelijke beperking als tweede diagnose. De diagnose verstandelijke beperking (incl. de categorie zeer-lichte verstandelijke beperking) komt in bijna 38% van de instroom voor¹.

2. Classificatie

De classificatie van de DSM IV-TR is gebaseerd op drie pijlers:

- 1 significante beperkingen in het intellectueel functioneren;
- 2 significante 'tekorten of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag' op ten minste twee terreinen;
- 3 het voorkomen van de kenmerken vòòr het 18e jaar.

De DSM heeft hiermee aansluiting gezocht bij de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg, inclusief de AAMR² definitie van 2002³.

Kern is dat de verstandelijke beperking dient samen te hangen met tekorten in het dagelijks handelen en in de deelname aan het maatschappelijk verkeer, het zg. adaptief gedrag. De (verstandelijke) beperking leidt dus tot de (verstandelijke) handicap.

Op basis van de hoogte van het IQ worden klassen onderscheiden.

Deze is als volgt:

- IQ van 70-75 tot 85: betreft een zeer lichte verstandelijke beperking, eerder zwakbegaafdheid genoemd
- IQ van 50-55 tot 70-75: betreft een lichte verstandelijke beperking
- IQ van 35-40 tot 50-55: betreft een matige verstandelijke beperking
- IQ van 20-25 tot 35-40: betreft een ernstige verstandelijke beperking
- IQ lager dan 20-25: betreft een diepe verstandelijke beperking

3. Klinisch beeld

Afhankelijke van de mate van de verstandelijke beperking is de achterstand in cognitief en sociaal functioneren in de vroege ontwikkeling al herkenbaar of pas rond het zesde jaar of zelfs later.

Als er sprake is van een specifiek klinisch syndroom, zoals het syndroom van Down, leiden andere kenmerken eventueel vroeg tot een diagnose.

Ingedeeld naar de mate van de verstandelijke beperking kunnen ook klinisch de groepen worden onderscheiden. Door de AAMR wordt onderscheid gemaakt op basis van het niveau van de intelligentie, het persoonlijk en sociaal functioneren en de ondersteuning die nodig is.

Ernstige verstandelijke beperking:

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking hebben op alle gebieden intensieve ondersteuning nodig. Ongeveer eenderde van deze mensen heeft tevens ernstige problemen met zien of horen, zich verplaatsen of bewegen, of heeft andere lichamelijke aandoeningen, bijvoorbeeld epilepsie.

Matige verstandelijke beperking:

Mensen met een matige verstandelijke beperking kunnen meestal wel aangeven wat ze willen. Ze kunnen leren zichzelf aan en uit te kleden, zelfstandig te eten en drinken en ze kunnen opkomen voor zichzelf. Ze kunnen vaak niet zelfstandig reizen, werken of wonen. Zij hebben meestal op alle gebieden ondersteuning nodig.

Lichte verstandelijke beperking:

Mensen met een lichte verstandelijke beperking kunnen zich meestal redelijk uitdrukken en kunnen in veel gevallen lezen en met geld omgaan. Zij kunnen zich vrij zelfstandig in de samenleving bewegen en zij kunnen redelijk goed leren om voor zichzelf te zorgen.

Zeer-lichte verstandelijke beperking:

Aanvullend is de groep van mensen met een zeer-lichte verstandelijke beperking te onderscheiden, maar het grootste deel van de groep mensen met een beperking in intellectueel functioneren (wat blijkt uit adequaat testonderzoek) heeft géén beperking in het sociaal aanpassingsvermogen. Zij zijn dus niet verstandelijk gehandicapt. Zij kunnen zich meestal goed uitdrukken in gesproken en (eenvoudige) geschreven taal. Zij hebben begrip van de waarde van geld. Zij kunnen voor zichzelf zorgen. Zij kunnen zich in een veilige omgeving handhaven en aan maatschappelijke activiteiten deelnemen. Zij hebben bij complexe administratieve en complexere sociale situaties ondersteuning nodig.

Sterk gedragsgestoord met lichte tot zeer-lichte verstandelijke beperking:

Een beperkte groep mensen met een lichte tot zeer-lichte verstandelijke beperking heeft ernstige problemen in het sociaal aanpassingsvermogen. Dit hangt samen het gelijktijdig voorkomen van bijkomende problematiek, in de zin van gedrags- en psychiatrische stoornissen. Toenemend wordt deze subgroep nu onderkend en herkend: gesproken wordt van 'sterk gedragsgestoord met lichte verstandelijke beperking', de SGLVGgroep. De gedragsproblemen kunnen al jong (voor of tijdens de puberteit) tot grote problemen aanleiding geven, waardoor klinische behandeling een gespecialiseerd centrum (orthopedagogische behandel centrum, OBC) nodig is.

De herkenning heeft soms (te) laat plaats: bij veel justitiële instellingen blijkt een onevenredig groot deel van de populatie verstandelijk licht tot zeer-licht beperkt te zijn.

4. Diagnostiek

Om de diagnose en de mate van verstandelijke beperking vast te stellen is onderzoek naar meerdere aspecten nodig.

Uiteraard is onderzoek naar de specifieke kenmerken nodig: ofwel onderzoek naar de intelligentie, aangevuld met onderzoek naar het sociaal aanpassingsvermogen en eventuele bijkomende problematiek. De diagnostiek die richting geeft aan behandeling en begeleiding, richt zich op de sterke en zwakke punten in het functioneren.

De AAIDD onderscheidt de diverse vaardigheden om de mate van de verstandelijke beperking te beoordelen. Dit betreffen:

- conceptuele vaardigheden (vaardigheden op het gebied van taal, rekenen, geld hanteren, zelfsturing);
- praktische vaardigheden (instrumentele vaardigheden op het gebied van de ADL, mobiliteit, zorg dragen voor de eigen veiligheid);
- sociale vaardigheden (omgaan met anderen, de eigen dunk, verantwoordelijkheden nemen, regels hanteren, eventuele naïviteit, de slachtofferrol aannemen).

Om de groep van LVG-jeugd met bijkomende gedrags en psychiatrische problematiek (SGLVG) beter te kunnen onderscheiden heeft het Landelijk Kenniscentrum LVG inmiddels duidelijke criteria opgesteld en deze gepubliceerd. In twee bijsluiters van deze publicatie wordt ingegaan op de beoordeling van beperkingen in de intelligentie en op de beoordeling van beperkingen in de sociale aanpassing. (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2005).

5. Scholing- en Arbeidsmogelijkheden

De mate waarin iemand met een verstandelijke beperking in staat is tot volgen van onderwijs wordt uiteraard bepaald door de ernst van de intellectuele beperking.

Bijkomende comorbiditeit zoals autisme, zintuiglijke stoornissen en specifieke leerstoornissen kunnen de mogelijkheden verder inperken. Het arbeidsperspectief volgt in grote lijn de ontwikkeling van de schoolse vaardigheden.

In het algemeen is de schoolse ontwikkeling en het arbeidsperspectief bij de verschillende groepen als volgt:

Ernstige en diepe verstandelijke beperking:

Al voor de leeftijd van vijf jaar leidt de handicap tot plaatsing op een medisch kinderdagverblijf en wordt geen scholing gevolgd. Er ontstaat geen arbeidsperspectief.

Matige verstandelijke beperking:

Rond de leeftijd van vijf jaar is de achterstand vaak zo duidelijk dat direct of na een tot twee leerjaren het kind overgaat naar het speciaal onderwijs. Dit wordt als regel gevolgd op een school voor zeer-moeilijk lerende kinderen (ZMLK), inclusief het VSO-ZMLK.

De laatste jaren zijn ZMLK-scholen toenemend gericht op het trainen van werknemersvaardigheden en het plaatsen van hun leerlingen in werk met loon. Het arbeidsperspectief is beperkt, dit zowel vanwege de beperkte cognitieve en sociale vaardigheden, als vanwege het onvermogen in veranderende omstandigheden adequaat te handelen. Is de arbeidssituatie eenvoudig en is ondersteuning aanwezig om onverwachte zaken op te vangen, dan kan werken mogelijk blijken. Vanwege sociale veiligheid en afwezigheid van prestatiedruk is dit als regel een arbeidsmatige dagbesteding; soms is aangepast en ondersteund werken op een sociale werkplaats of bij een reguliere werkgever haalbaar.

De grens tussen beschermd werken bij een sociale werkplaats en begeleid werken bij een reguliere werkgever vervaagt; toenemend is bij reguliere werkgevers veel mogelijk en detacheren ook WSWinstellingen hun werknemers bij reguliere werkgevers.

Lichte verstandelijke beperking:

Een lichte verstandelijke beperking wordt vaak pas duidelijk en dus gediagnosticeerd tijdens het volgen van het basisonderwijs. Veel kinderen met een lichte verstandelijke beperking stappen vroeger of later over van het gewone basisonderwijs naar het speciaal onderwijs. Dit betreft het onderwijs voor moeilijk lerende kinderen (MLK). Een groter deel van de groep rondt het vervolgonderwijs af in het praktijkonderwijs. Dit onderwijs is gericht op het verwerven van arbeidsvaardigheden. Doel is de leerling te laten doorstromen naar arbeid van eenvoudig niveau.

Regelmatig trachten jongeren met een lichte verstandelijke beperking na het praktijkonderwijs een vakopleiding te volgen bij een regionaal opleidingscentrum (ROC). Omdat het schoolse leren beperkt is, achterblijft bij de ontwikkeling van praktische vaardigheden, gaat dit als regel moeizaam.

Jongeren met een lichte verstandelijke beperking hebben geregeld een bijbaan of een vakantiebaan voor het 18e jaar. Dit betreft eenvoudige arbeid, zoals vakken vullen of een krantenwijk. Bij nadere beschouwing biedt de omgeving, ouders of een betrokken werkgever, hen de extra steun en begeleiding om het werk te kunnen uitvoeren. Het arbeidsperspectief van deze groep is gevarieerd. De meeste van deze jongeren kunnen werken in regulier werk, mits de taken beperkt zijn en er begeleiding is ten aanzien van zowel de taakinhoud als de gedragsaspecten.

Veel jongeren stromen vanuit het praktijkonderwijs door naar werk bij een reguliere werkgever, waar zij met begeleiding zich ontwikkelen in hun werk. Na enkele jaren kan de begeleiding vaak minderen en neemt de arbeidsprestatie toe. Afhankelijk van ook de sociale vaardigheden en gunstige omgevingsfactoren kan de jongere een regulier loon bereiken. Maar gemiddeld blijft deze groep aangewezen op enige steun en bereiken zij niet een volledige loonwaarde.

Zeer-lichte verstandelijke beperking en SGLVG:

Dit is een grote groep van jongeren die vaak niet als verstandelijk gehandicapt zijn aan te merken, maar wel in enige mate moeite hebben met leren. Zij hebben regulier onderwijs gevolgd op laag niveau, eventueel leerwegondersteunend onderwijs (LWOO op het niveau van het VMBO).

In combinatie met andere medische en/of sociale problematiek ontstaan (sociale) handicaps en gedragsproblemen op school. Plaatsing in speciaal onderwijs als onderdeel van algehele begeleiding en behandeling, vaak binnen de setting van een orthopedagogische behandel centrum (OBC), is vaak aan de orde.

Het arbeidsperspectief is sterk afhankelijk van de (co)morbiditeit en sociale omstandigheden. Het perspectief is niet zonder meer gunstig voor de SGLVG-groep. Een analyse van een groep cliënten uit diverse OBC's in Nederland laat zien dat de helft voor opname ooit heeft gewerkt, dit was meestal ongeschoold werk en betrof niet vaak een vaste baan⁴.

6. Noten

1. Zie Bijlage 2 van deze Richtlijn
2. American Association on Mental Retardation. De naam is recent gewijzigd in AAIDD: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
3. De definitie van de AAIDD uit 2002 luidt als volgt: "Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als het adaptief gedrag zoals tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar." Vertaling: Wil Bruntinx.
4. Tenneij, N. en Koot, H. Doelgroep in beeld. Een onderzoek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. In: Didden, R. en Moonen, X. (red) (2007). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Bijlage 1.2. Autisme spectrum stoornissen

1. Epidemiologie

De prevalentiecijfers van de autisme spectrum stoornissen zijn in de loop van de tijd gestegen. Belangrijke veronderstelde oorzaken zijn de uitbreiding van DSMclassificatie met de categorieën PDD-NOS en de stoornis van Asperger in begin jaren negentig van de vorige eeuw.

Tweede reden kan zijn betere herkenning, zichtbaarheid als gevolg van een ingewikkelder maatschappij die meer en meer beroep doet op sociale vaardigheden. Inmiddels heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over de autismespectrumstoornissen en de epidemiologie verder onderzocht (Gezondheidsraad). Aanname is nu dat de prevalentie 60 op 10 000 is, hiervan betreft de helft PDD-NOS, een kwart vertoont het klassieke autisme en een kwart vertoont het syndroom van Asperger.

De verhouding man:vrouw is 4:1.

In 40 tot 60% komt ASS gecombineerd voor met een verstandelijke beperking en is de man-vrouw verhouding kleiner dan 4:1.

Uit het dossieronderzoek naar de instroom in de Wajong komen de ASS als eerste diagnose bij 10.6% voor. De verdeling is: 3.8% PDD-NOS, 2.5% stoornis van Asperger, 2,5% klassiek autisme en 1,8% werd niet nader gespecificeerd¹.

Bij 24% met de diagnose ASS wordt als tweede diagnose een verstandelijke beperking gevonden. In de groep met een verstandelijke beperking wordt in 4.2% als tweede diagnose een ASS aangegeven.

2. Classificatie

In zowel de DSM IV TR als in de ICD zijn de ASS opgenomen. De classificaties worden geregeld aangepast aan de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen. Buitelaar en van der Gaag hebben dit uitgewerkt voor Nederland, daarbij strevend naar meer sensitiviteit en specificiteit dan de brede criteriabeschrijvingen van de DSM²:

Drie groepen criteria worden onderscheiden:

- A Specifieke kenmerken.
- B Achterstand in functioneren.
- C Afwezigheid van de stoornis van Rett of een Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd.

Criterion A De specifieke kenmerken worden onderverdeeld verdeeld in drie groepen(dimensies) van items:

1. Kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties:

- stoornissen in gebruik non-verbaal gedrag;
- niet slagen in relaties leggen met leeftijdsgenoten;
- tekort in spontaan delen van plezier en bezigheden met anderen;
- afwezigheid van sociaal-emotionele wederkerigheid.

2. Kwalitatieve beperkingen in de communicatie:

- achterstand of afwezigheid van ontwikkeling van gesproken taal;
- beperking in vermogen een gesprek te beginnen, te onderhouden;
- stereotype en herhaald taalgebruik;
- afwezigheid van fantasiespel en sociaal imiterend spel.

3. Beperkte zich herhalende stereotype patronen van gedrag, belangstelling, activiteiten

- sterke preoccupatie met stereotype gedragspatronen en beperkte patronen van belangstelling;
- vastzitten aan specifieke, niet-functionele routines, rituelen;
- stereotype en zich herhalende motorische maniërismen;
- aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen.

Criterion B Achterstand in functioneren op ten minste één van de volgende gebieden vóór het derde levensjaar:

- sociale interacties;
- taal zoals te gebruiken in sociale communicatie;
- symbolisch of fantasiespel.

Criterion C De stoornis is niet toe te schrijven aan het syndroom van Rett of Heller. Deze stoornissen van de kinderleeftijd komen zeer zelden voor.

Afhankelijk van het voorkomen van items op de verschillende dimensies wordt geïnclassificeerd in de verschillende beelden:

- Autistisch stoornis.
- Stoornis van Asperger.
- PDD-NOS.

Van belang is te weten dat de DSM IV TR nog een specifiek voorbehoud maakt: de diagnose ASS en ADHD mogen niet tegelijk worden geïnclassificeerd. In de praktijk gebeurt dit echter wel. Verwacht wordt dat deze 'afpraak' zal vervallen in de komende DSM V.

3. Klinisch beeld

Het klinisch beeld van de ASS is uiteraard sterk afhankelijk van de ernst en het aantal specifieke kenmerken en van het verstandelijk niveau.

Kern is een 'prikkelverwerkingsstoornis' met een ernstige stoornis in verbale en non-verbale communicatie en sociale interacties, met repetitief gedrag en beperkte belangstelling voor de buitenwereld.

Het beeld van autisme is complex en zeer gevarieerd.

Om de stoornis te begrijpen worden vooral de volgende drie cognitieve verklaringstheorieën naast elkaar gehanteerd: de Centrale Coherentie theorie, de Theory of Mind theorie en de theorie van het Executief Functioneren.

De Centrale Coherentie theorie gaat uit van een tekort schietend vermogen tot waarnemen van het geheel. Samenhang van de informatie zien en plaatsen van deze informatie in een specifieke context verlopen moeizaam, gedetailleerd waarnemen verloopt juist heel goed. Hoofd- en bijzaken worden niet onderscheiden en verzanding in details treedt op.

De Theory of Mind theorie gaat uit van een tekort in het begrijpen van impliciete bedoelingen van anderen. Het verplaatsen in de gedachten en bedoelingen van de ander lukt niet of onvoldoende.

De theorie van het Executief Functioneren gaat uit van een beperkt vermogen in het hanteren van meerdere prikkels tegelijk en om complexe, samengestelde opdrachten uit te voeren. Het 'informatieverwerkingsvenster' is te klein.

Autistische stoornis

Mensen met een autistische stoornis vertonen veel kenmerken (ten minste zes, verspreid over meerdere dimensies van criterium A) van de ASS op al jonge leeftijd. Zij ontwikkelen zich beperkt en hebben of als direct gevolg van de stoornis of als gevolg van andere oorzaken ook een verstandelijke beperking.

Zij zijn sterk beperkt in de omgang met anderen, spreken beperkt of zelfs geheel niet en vertonen veel stereotype gedragspatronen. In hun dagelijks leven zitten zij vast aan routines en rituelen. Zij verdragen veranderingen in de dagelijkse routine slecht.

Door de ernst van de beperkingen hebben zij op alle gebieden ondersteuning nodig.

Stoornis van Asperger

Mensen met de stoornis van Asperger vertonen tenminste twee items op de dimensie sociale interacties en twee items op de dimensie 'stereotype patronen van gedrag, belangstelling, activiteiten'.

Zij vertonen specifieke kenmerken op het gebied van de taal. Er is geen vertraagde ontwikkeling maar een ontwikkeling naar een 'te wijs' gebruik van taal, waarin moeilijke en technische woorden opvallen en emotionele en non-verbale inkleuring ontbreekt.

Daarnaast vertonen deze mensen andere autistische verschijnselen zoals moeite hebben met sociale contacten, beperkte en obsessieve interesses en hang aan rituelen in het dagelijks leven en de zelfverzorging.

Op intelligentietesten scoren zij vaak goed tot zeer goed, waarbij veelal verschil is tussen het verbale en het performale acteren ten gunste van verbaal.

Hoewel er veel individuele verschillen zijn, volgen de meeste mensen met de stoornis van Asperger vervolgonderwijs. Zij kiezen vaak een exacte richting, veelal in de ICT.

Mensen met de stoornis van Asperger zoeken in de regel weinig hulp, maar zij dreigen wel vast te lopen in studie of werk door hun moeite met planning en hun detaillistische, perfectionistische manier van werken en hun problemen met samenwerken. Psycho-educatie en specialistische arbeidsondersteuning zijn de belangrijkste vormen van ondersteuning.

PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven)

Onder deze diagnose komt een breed palet aan beelden voor, wat begrijpelijk is gezien de brede classificatiecriteria: er zijn ten minste drie en ten hoogste vijf items aanwezig uit de drie dimensies van criterium A.

Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen verschillende autistische kenmerken voorkomen, wat zich uit in beperkingen in sociale interacties, zoals beperkt oogcontact en beperkte wederkerigheid. De taalvaardigheid is wisselend, veelal met afwijkende intonatie en met verminderd begrip. Zij reageren slecht op veranderingen in dagritme en onverwachte gebeurtenissen. Door de combinatie van beperkingen hebben deze mensen ondersteuning in het dagelijks leven nodig.

Bij mensen met een normaal verstandelijk vermogen zijn wel sociale vaardigheden en taalvaardigheden ontwikkeld. Maar de beperktheid van die ontwikkeling blijkt vooral als sociale verbanden ingewikkelder worden. Dit is het geval bij het volwassen worden, als studeren en stages aan de orde komen. Zij kunnen de ingewikkelde en ongeschreven sociale codes niet begrijpen. Zij kunnen eigen emoties niet goed naar voren brengen. Hun begrip van taal is goed, maar abstracte betekenissen van woorden wordt vaak niet herkend. In hun denken zijn zij vaak opvallend zwart-wit, hanteren zij weinig nuance. Zij kunnen de aandacht niet makkelijk switchen, hebben moeite hoofd en bijzaken van elkaar te onderscheiden en moeite met het plannen van werkzaamheden.

Deze mensen (of alleen hun ouders!) zoeken begeleiding als zij dreigen vast te lopen in hun schoolse ontwikkeling. In de begeleiding is aandacht nodig voor de dreiging van sociale isolatie. De begeleiding is langdurig nodig in de zin van beschikbaarheid bij dreigende crisis.

Comorbiditeit

Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing nog beperkt is, is duidelijk dat comorbiditeit bij ASS veel voorkomt.

Buiten een verstandelijke beperking, wordt bij mensen met autisme vaker ADHD gezien. De literatuur noemt percentages van bij 20 tot 38%.

Derde belangrijke comorbiditeit is het voorkomen van depressie en angststoornissen.

4. Diagnostiek

De diagnostiek van AAS vereist ervaring en deskundigheid. Toenemend vindt diagnostisch onderzoek plaats in gespecialiseerde centra.

De diagnostiek omvat meerdere aspecten: de ontwikkelingsanamnese, de observatie, het gebruik van (zelf)vragenlijsten. Nadat de diagnose is gesteld, vindt neuropsychologisch onderzoek plaats gericht op het intelligentieprofiel, het executief functioneren, de mate

van centrale coherentie en op de theory of mind³. De uitkomsten van het neuropsychologisch onderzoek geven richting aan de inhoud van het behandelplan. Voor screenend onderzoek zijn vragenlijsten ontwikkeld. Van deze vragenlijsten staat de validiteit nog niet geheel vast. In Nederland wordt vooral de Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire (ASDASQ) gebruikt⁴.

5. Scholing- en Arbeidsmogelijkheden

De mogelijkheden tot scholing en het verrichten van loonvormend werk worden bij ASS uiteraard door de ernst en hoeveelheid van de kenmerken bepaald.

Het speciaal onderwijs wordt door de jongeren gevolgd waarbij meer problematiek, ook in gedragsmatige zin, speelt. Dit betreft speciaal onderwijs op de zogenoemde cluster 4 scholen, scholen voor kinderen met ernstige gedragsproblemen.

Is de sociale handicap minder ernstig dan volgt de jongere gewoon basisonderwijs en gewoon voortgezet onderwijs, eventueel met behulp van leerlinggebonden financiering (LGF), het zogenoemde 'rugzakje'.

Afhankelijk van de setting van het onderwijs en de eisen die aan de sociale vaardigheden worden gesteld, treden problemen op en eventueel schooluitval. Vaak ontstaan de problemen tijdens het volgen van de beroepsopleiding op een ROC of aan HBO/WO. In het ROC is de structuur van het lesrooster veel losser. Daarnaast stellen de stages eisen die interfereren met de stoornis.

Bij het volgen van vervolgonderwijs loopt de jongere met een stoornis van Asperger ook vast als hij moet participeren in groepswork; of de hele opdracht wordt naar zich toegetrokken of de jongere weigert deel te nemen.

In arbeid hebben de beperkingen in sociale interacties, communicatie en verbeelding specifieke gevolgen. Daarbij zijn de mogelijkheden en beperkingen divers en voor elke cliënt met ASS anders.

Globaal betreft het de volgende aspecten.

De sociale contacten met collega's verlopen vaak teleurstellend door het verminderd vermogen tot begrip van de ander, door afwijkende taalgebruik en -begrip en door beperkte mimiek. De omgang met bedrijfsregels is moeilijk.

Door de moeite met het zien van een geheel ('blindheid voor de context') worden taken en situaties niet overzien en is er grote aandacht voor het detail. Het toepassen van het geleerde in een volgende situatie is moeilijk tot zelfs niet mogelijk. Plannen van taken is moeilijk. Dwangmatigheid in denken en in doen interfereren met flexibel combineren van taken en aandacht.

Door werk te zoeken en een werkomstandigheid te creëren die aansluiten bij deze specifieke problemen is veel arbeid wel mogelijk. Mensen met een ASS zijn vaak analytisch, systematisch en zorgvuldig.

Van belang voor de werkgever is valkuilen te vermijden: zorg voor een prikkelarme werkomgeving, geef eenduidige informatie, biedt helderheid in de afspraken en biedt een opgeruimde werkplek en beperk het aantal veranderingen in de aard van de te verrichten werkzaamheden.

Overigens is het van belang iemand met ASS niet te isoleren van zijn omgeving, maar te trainen in de omgang met anderen. Een autist heeft ondanks zijn weerstand die sociale omgeving nodig voor zijn welbevinden.

6. Noten

1. Zie bijlage 2 van deze richtlijn.
2. In het boek 'Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen' heeft R.J. van der Gaag een lezenswaardig hoofdstuk gewijd aan de classificatie en is de door Buitelaar en van der Gaag opgestelde criterialijst opgenomen. Gewezen wordt op de verschillen en de overeenkomsten tussen classificatie bij kinderen en bij volwassenen.
3. Momenteel vormen de modellen over het executief functioneren, de mate van centrale coherentie en op de theory of mind de belangrijkste hypothesen voor de verklaring van het begrip autisme. Een beknopte uitwerking is te lezen in het boek 'Autisme Spectrum Stoornissen'.
4. De ASDASQ is o.a. te vinden in het boek 'Autisme Spectrum Stoornissen'.

Bijlage 1.3. ADHD

1. Epidemiologie

De Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) komt in verschillende onderzoeken meer voor bij kinderen dan bij volwassenen.

Recent gerapporteerd worden: 4-8% van de kinderen in de basisschoolleeftijd en 3-5% van de volwassenen. Op oudere leeftijd nemen de symptomen af in 30%, bij 50-60% blijven de symptomen hinderlijk aanwezig. Het verdwijnen van de symptomen houdt verband met gunstige sociale omstandigheden, met afwezigheid van comorbiditeit en met het geleerd hebben met de verschijnselen om te gaan.

Verschillen tussen jongens en meisjes die worden gerapporteerd, worden toenemend niet meer gevonden in de volwassen populatie.

Uit het dossieronderzoek naar de instroom in de Wajong komt ADHD slechts in 2.9% van de gevallen als hoofddiagnose voor. In ongeveer de helft van deze 2.9% worden bijkomende psychische problemen of gedragsstoornissen gemeld.

Bij zowel een verstandelijke beperking als bij een ASS wordt ADHD in 7% van de gevallen als tweede diagnose gevonden¹.

2. Classificatie

In DSM-IV-TR worden symptomenclusters onderscheiden in twee categorieën: aandachtstekort en hyperactiviteit-impulsiviteit. Voor beide categorieën is het criterium dat zes of meer symptomen aanwezig dienen te zijn in de kinderleeftijd.

De tweede eis voor classificering is dat de symptomen gedurende meer dan 6 maanden aanwezig zijn en niet passen bij het ontwikkelingsniveau.

Verder gelden de volgende classificatieregels: (sommige) symptomen zijn voor het zevende jaar bekend, geven problemen op meerdere terreinen (thuis en op school) en leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren.

De DSM maakt een voorbehoud als sprake is van ook een ASS: er mag voor één aandoening worden gecodeerd. In de praktijk gebeurt dit echter toenemend, omdat uit onderzoek blijkt dat ASS en ADHD vaak samen in families voorkomen en genetisch verwant zijn.

Deze afspraak zal waarschijnlijk bij de volgende editie vervallen.

In veel gevallen wordt de diagnose later dan op de kinderleeftijd gesteld en levert de eis van het voorkomen van enkele van de symptomen van aandachtstekort en/of hyperactiviteit-impulsiviteit vòòr het zevende jaar problemen op in verband met problemen met de herinnering.²

In DSM-IV-TR wordt een onderverdeling in subtypen aangebracht, afhankelijk van het symptomencomplex dat op de voorgrond staat:

- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type;
- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend onoplettendheid type;
- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend hyperactief-impulsieve type.

3. Klinisch beeld

ADHD wordt in de wandelgangen vertaald in 'alle dagen heel druk'. Dit verwijst naar het symptomencluster van de hyperactiviteit-impulsiviteit.

De *hyperactiviteit* uit zich in motorische onrust, niet stil kunnen zitten, druk praten. De *impulsiviteit* uit zich in ongeduld, impulsief gedrag, impulsief hanteren van relaties.

Het andere kernsymptoom betreft de *aandachtsproblemen*. Uitingen hiervan zijn snel afgeleid en verveeld zijn, snel switchen tussen activiteiten en dingen niet afmaken, alleen en overmatige concentratie kunnen opbrengen voor zaken die interesseren, chaotisch zijn, vergeetachtig zijn.

In een groot deel van de gevallen (90%) komen dagelijks stemmingswisselingen en woede uitbarstingen voor.

De symptomen zijn vroeg aanwezig, op de lagere schoolleeftijd. Zowel ouders als onderwijzers nemen deze waar. Er is sprake van de diagnose als het symptomencomplex aantoonbaar aanleiding geeft tot verminderd functioneren thuis en elders.

Jongvolwassen mensen met hyperactiviteit en impulsiviteit hebben vooral een innerlijke rusteloosheid; zij hebben soms uiterlijk weinig tekenen (meer) van hyperactiviteit. Zij gaan ondoordacht te werk, voeren plannen direct uit, zowel ten aanzien van bestedingen, als ten aanzien van banen en relaties. Zij neigen tot doordraven en zijn moeilijk te stuiten in een gesprek.

Jongvolwassen mensen met aandachtsproblemen zijn beperkt in de duur van de aandacht voor routinezaken, zij kunnen zich overmatig concentreren op zaken die hen intrigeren (hyperfocus). Maar zij zijn ook vaak traag en wijdlopig in hun denken en in het doen van hun verhaal; zij missen zicht op de grote lijn van een verhaal.

Mensen met ADHD bereiken in het hun leven wel een niveau onder hun mogelijkheden. Zij hebben vaak leerproblemen gehad en opleidingen niet afgemaakt. Zij hebben vaak problemen in relaties en banen als gevolg van bijvoorbeeld hun vergeetachtigheid en onrustige levensstijl. Door mislukkingen zijn zij vaak gefrustreerd over hun maatschappelijke carrière.

Comorbiditeit is in driekwart(!) van de gevallen aan de orde. Dit zijn vooral psychiatrische problemen als angst en depressie (25-50%), bipolaire stoornis (10%), drugs- en alcoholmisbruik (20-45%) en slaapproblemen (75%). De ontwikkeling van gedragsstoornissen en van cluster B persoonlijkheidsstoornissen wordt geregeld gezien. Mogelijk is hierbij niet altijd sprake van een voorkomen van beide stoornissen, maar bestaat bij een deel slechts één diagnose. Dit geldt ook voor de autisme spectrumstoornissen: op jonge leeftijd is de diagnose ADHD gesteld, terwijl rond het 18e jaar duidelijk wordt dat vooral ASSproblematiek speelt.

ADHD gaat vaak en al op jonge leeftijd gepaard met slaapproblemen, rapportages lopen tot 70%. Inmiddels is aangetoond dat sprake is een Delayed Sleep Phase Syndrome (DSPS): laat en moeilijk inslapen, fragmentarische slaap, moeite met opstaan en slaperigheid overdag. Relatie met een verlaat begin van de productie van het slaaphormoon, de melatonineproductie, is aangetoond³.

De klinisch betekenis is dat mensen met ADHD geregeld depressieve periodes (winterdepressie) melden, vaker dan normaal betrokken zijn bij ongelukken, vaker avondmensen zijn, 's nachts actief zijn en in de middag kampen met de gevolgen van slaapttekort, en dat zij vaker lijden aan overgewicht, vaker roken en vaker alcohol of drugsmisbruik kennen.

4. Diagnostiek

De diagnostiek is (bij voorkeur) multidisciplinair van aard, door een psychiater en/of een ervaren GZ psycholoog.

Er is een gestructureerd interview ontwikkeld, de DIVA⁴. Belangrijke onderwerpen zijn: het huidige functioneren in werk en in relaties, het functioneren in de kindertijd thuis en op school, de familie-anamnese en een hetero-anamnese over huidig en vroeger functioneren.

Ten behoeve van screening is de Vragenlijst voor aandachtsproblemen en hyperactiviteit ontwikkeld en gevalideerd⁵.

5. Behandeling

Voor de kernsymptomen van ADHD bestaat medicamenteuze behandeling, voornamelijk in de vorm van stimulantia. Voor kinderen zijn diverse middelen geregistreerd; voor volwassenen nog niet. De stimulantia zijn werkzaam bij 70% van de kinderen en 50 tot 70% van de volwassenen. Bij staken van de medicatie keren de symptomen weer terug.

Bij volwassenen is starten van medicatie de eerste stap in de behandeling. Het uitproberen van de medicatie is van groot belang, omdat de afname van de kernsymptomen het functioneren en participeren aanzienlijk doen verbeteren. Een andere, belangrijke behandeling is coaching, individueel of groepsgewijs. Daarbij is veel aandacht voor het aanleren van planning en de agendavoering. Immers chaos in afspraken en administratieve zaken veroorzaakt veel (sociale) problemen.

6. Scholing- en Arbeidsmogelijkheden

Als er sprake is van alleen AD(H)D wordt basis- en vervolgonderwijs wel doorlopen. In de regel gaat dit met problemen gepaard, zoals veel schoolverzuim, doubleren, vaak van opleiding wisselen en het niet afmaken van opleidingen en cursussen.

Er is moeite met het plannen en organiseren van de studie. De onrust maakt afmaken van taken lastig. Het resultaat is dat het opleidingsniveau achterblijft bij de werkelijke mogelijkheden.

Dezelfde problemen van onderpresteren doen zich vervolgens voor in de werksituatie. Het werk ligt vaak onder het werkelijke niveau als gevolg van te weinig opleiding en biedt hierdoor te weinig uitdaging. Dit geeft een extra prikkel tot het veelvuldig switchen van werk, waardoor promotiekansen worden gemist.

Bij het uitvoeren van arbeidstaken zijn er vaak tekorten in zelfstandig werken, in het vasthouden van de aandacht bij de routinetaken en in het plannen en organiseren van werk. De concentratie is beperkt als de aandacht vanuit de eigen persoon moet worden vastgehouden. Stimuli en uitdaging vanuit de omgeving zijn juist gewenst en houden de aandacht vast.

Sterke kanten van iemand met ADHD zijn het kunnen omgaan met taakwisselingen, het kunnen hanteren van deadlines en de creativiteit om telkens nieuwe oplossingen te bedenken.

Het sociaal functioneren op het werk is veelal beperkt in de zin van prikkelbaarheid en slecht kunnen luisteren (indien geen medicatie wordt gebruikt). Relationele problemen kunnen ontstaan als gevolg van de executieve problemen. De omgang met (bedrijfs)regels is moeilijker naarmate hier meer routine en striktheid voor nodig zijn. De aard en ernst van de arbeidsbeperkingen en de specifieke talenten zijn individueel bepaald. Bovenstaande is dan ook een globaal beeld.

7. Noten

1. Zie Bijlage 2 van deze Richtlijn
2. Zie voor verdieping over classificatie van ADHD bij volwassenen o.a. J.J.S. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling, 3e gewijzigde druk. Pearson Information and Assessment B.V., 2009.
3. Van Veen, M.M., Kooij J.J.S., Boonstra A.M, Gordijn M.C.M., Van Someren E.J.W. Delayed circadian rhythm in adults with ADHD and chronic sleep onset insomnia. Biological Psychiatry, epub ahead of print Feb 15, 2010.
4. Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen.
Te downloaden via www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl/
5. Kooij, J.J.S., Oord, E.J. van den, Buitelaar, J.K., Furer, J.W., Rijnders, C.A.Th., Hodiament, P.P.G. Internal and external validity of Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. Psychological Medicine. 2005, Jun;35 (6): 817-27.
6. Zie voor meer informatie: J.J.S. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling, 3e gewijzigde druk. Pearson Information and Assessment B.V., 2009.

BIJLAGE 2 Instroom in de Wajong naar diagnoses

Hoofddiagnose

De gegevens van de instroom in de Wajong zijn onderzocht en gepubliceerd in het UWV Kenniscahier 07-01 *De groei van de Wajonginstroom*⁷. In dit cahier zijn de resultaten opgenomen van onderzoek van Wajongdossiers tussen de jaren 2002 en 2006.

Aandeel van ontwikkelingsstoornissen als hoofddiagnose in de Wajong-instroom (2006) is als volgt:

hoofddiagnose	%
Verstandelijke beperking	
zeer lichte verstandelijke beperking	10,0%
lichte verstandelijke beperking	17,1%
matige verstandelijke beperking	6,3%
ernstige en diepe verstandelijke beperking	1,6%
verstandelijke beperking, ernst onbekend	0,7%
<i>subtotaal</i>	<i>35,7%</i>
Autistisch Spectrum Stoornis	
autistische stoornis (kernautisme)	2,5%
stoornis van Asperger	2,5%
pervasieve ontwikkelingsstoornis	3,8%
overige autistische stoornissen	1,8%
<i>subtotaal</i>	<i>10,6%</i>
<i>ADHD</i>	<i>2,9</i>
<i>Totaal van Wajong instroom 2006</i>	<i>49,2%</i>

Tweede diagnose

Bij 41% van de instroom in de Wajong is een tweede diagnose aan de orde.

In 7% van deze gevallen betreft dit als tweede diagnose een verstandelijke beperking; in 4% betreft dit een autistische stoornis.

Voor de belangrijkste hoofddiagnosecategorieën staat op bldz. 42 de verdeling van de tweede diagnose.

⁷ Vindplaats: www.cba.uwv.nl onder Kwartaalverkenning

Tweede diagnose bij de Wajong-instroom 2006

tweede diagnose	Verstandelijke beperking	Hoofddiagnose		
		Autistisch spectrum stoornis	Psychische stoornis	Somatisch ziektebeeld
geen	63%	54%	57%	63%
verstandelijke beperking	-	24%	4%	11%
autistisch spectrumstoornis	8%	1%	1%	1%
gedragsstoornis, ADHD, leerstoornis	7%	7%	1%	1%
psychische stoornis	6%	9%	31%	5%
somatisch ziektebeeld	16%	5%	5%	19%

BIJLAGE 3 Literatuurlijst

Algemeen

Atlasproject. (2007). The Atlas-Book. Vindplaats:
www.projectatlas.org/pdf/atlasBook_NL.pdf .

Boer, W.E.L. de, et al. Gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde. Tijdschrift voor Bedrijf- en Verzekeringsgeneeskunde 2006;1: 17-23.

Reekum A.C. van en Smeets M.G.J. De gen-omgevingsinteractie en de psychiatrie: nieuwe visie op de invloed van de omgeving. Tijdschr voor Psychiatrie. 2008; 12.

RIVM. (2009). Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.17. Bilthoven: RIVM

Verhulst Frank C. De ontwikkeling van het kind. Koninklijke Van Gorkum, 2005.

Vilans (2009) LVG-jongeren beter in beeld. Utrecht: Vilans

Literatuur Verstandelijke Beperking

Didden, R. en Moonen, X. (red) (2009). Met het oog op behandeling 2. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Didden, R. en Moonen, X. (red) (2007). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Didden, R. (red) (2006) In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Egberts, Chiel. (2007) Ouders op hun plek. Samenwerken in de driehoek cliënt, ouders en begeleiders. Utrecht: Agiel.

Koch, P. Geen gebrek. (2005) Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). Bijsluiters: Het IQ en het sociaal aanpassingsvermogen. Vindplaats: Onderzoek & Praktijk jaargang 4, nummer 2.

Internet

www.LVGnet.nl: het Landelijk Kenniscentrum LVG geeft tweemaal per jaar via deze website het blad Onderzoek & Praktijk uit, gericht op de LVG groep.

UWV Intranet: "Verstandelijke beperking en CAS" (2007) (SMZ/Cascodeboekje).

UWV Intranet: "Verstandelijke beperkingen en Gedragsstoornissen". Syllabus ten behoeve van de bijscholing voor verzekeringsartsen in 2008

Literatuur Autisme Spectrum Stoornissen

Berger H.C.J. et al. Cognitieve stijlkenmerken bij jongeren met een autismespectrumstoornis. Tijdschr voor Psychiatrie. 2002; 2.

Gaag R.J. van der. Autismespectrumstoornissen: oorzakelijke factoren. Tijdschr voor Psychiatrie. 2003; 9.

Gezondheidsraad: "Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders".
Gezondheidsraad 2009/09. Vindplaats: www.GR.nl.

Gillberg, Christopher. (2002) A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press.

Hansman-Wijnands M.A., Hummelen J.W. Differentiële diagnostiek van psychopathologie en autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Tijdschr voor Psychiatrie. 2006; 8.

Hengeveld, M.W. et al. Herkenning van autisme spectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen. Ned Tijdschr Geneesk. 2008; 152:

Horwitz, E.H. et al. (Red) (2008, 2e druk) Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen. Assen: van Gorcum.

Ned. Vereniging voor psychiatrie (2009). Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: de Tijdstroom

Teunisse J.P. et al. Cognitieve voorspellers van sociale vooruitgang bij jongeren met een autismespectrumstoornis. Tijdschr voor Psychiatrie. 2007; 2.

Internet

UWV Intranet: B. Klop. ADHD en Autisme Spectrum Stoornissen. Syllabus voor verzekeringsartsen, 2008.

Scripties van verzekeringsartsen

Abeling, G. (2005) Arbeid en Belastbaarheid bij ASS.

Vindplaats:

http://uwvdigitaal.info.uwv.nl/uwv_digitaal/UWV_organisatie/AG/Publicaties/Instructies/Wajongpagina/Wajongpagina_INDELING.htm

Lenders, L.T.M. (2008) Functioneren in arbeid met een autisme spectrum stoornis.
Vindplaats: www.cba.uwv.nl

Literatuur ADHD

J.J.S. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling, 3e gewijzigde druk. Pearson Information and Assessment B.V., 2009.

Nieweg E.H. ADHD, een 'modeverschijnsel' dat maar niet uit de mode raakt. Tijdschr voor Psychiatrie. 2006; 4.

Ridder T. de et al. ADHD in de Belgische volwassen bevolking; een epidemiologische exploratieve studie. Tijdschr voor Psychiatrie. 2008; 8.

Vanderschuren, L.J.M.J. et al. Stoornissen van de impulsregulatie pathofysiologie en behandeling. Ned Tijdschr Geneeskunde. 2009; 153: B70.

Vijverberg, S.J.H. et al. ADHD: tussen aanleg en omgeving. MGv. 2009; 64

Internet

UWV Intranet: B. Klop. ADHD en Autisme Spectrum Stoornissen. Syllabus voor verzekeringsartsen, 2008.

BIJLAGE 4 Verklarende woordenlijst

Arbeidsondersteuning

De Arbeidsondersteuning is onderdeel van de WetWajong. De Arbeidsondersteuning is bestemd voor jonggehandicapten die nu of op termijn participatiemogelijkheden hebben. De regeling biedt arbeidsondersteuning en inkomensondersteuning.

Arbeidsondersteuning (middelen)

Geheel aan ondersteuning bij de arbeidsparticipatie van Wajongeren: werkplekaanpassingen, begeleiding en bemiddeling bij het vinden van werk, persoonlijke ondersteuning van een job-coach, vervoersvoorzieningen, ondersteuning bij het starten van een eigen bedrijf, een concreet werkaanbod, een re-integratietraject, scholing of studie en/of inkomensondersteuning.

Context.

De term betekent letterlijk 'samenhang'. De context van de cliënt betreft de personen in de directe leefomgeving en de specifieke kenmerken van deze omgeving, die van invloed zijn op de ontwikkeling en het huidige handelen van de cliënt.

Intensieve begeleiding

Term die wordt gebruikt door verzekeringsarts en arbeidsdeskundige om aan te duiden dat cliënt bij het uitvoeren van zijn werk extra begeleiding nodig heeft. Wordt ook gehanteerd in de FML (Functionele mogelijkhedenlijst) in het kader van het gebruik van het CBBS. Deze richtlijn spreekt van 'begeleiding'.

Jonggehandicapte

Begrip in de Wet Wajong en voorwaarde om tot de Wet Wajong te worden toegelaten; betreft de cliënt die als gevolg van ziekte/gebrek na een jaar wachttijd niet in staat is tenminste 75% van het wettelijk minimumloon te verdienen en bij wie de oorzakelijke ziekte niet binnen het jaar na de wachttijd zal herstellen.

Job-coach

Professional die de (intensieve) begeleiding op de werkplek uitvoert als persoonlijke ondersteuning aan cliënt. Een job-coach in deze betekenis is niet de coach die begeleidt en bemiddelt naar werk.

Netwerk (pre-Wajong)

Het netwerk is een samenwerkingsverband tussen ten minste de school van de cliënt en de arbeidsdeskundige van UWV; vaak zijn ook partijen als MEE en de GGZ betrokken. Doel van het netwerkoeverleg is afstemming over de overgang van school naar werk.

Participatie

Algemene definitie: het deelnemen aan het maatschappelijk leven (WHO ICF).

Definitie in kader van de Wet Wajong: het (kunnen) verrichten van arbeid tegen ten minste enige loonwaarde. Dit kan zijn bij een reguliere werkgever met verdienen van meer dan het wettelijk minimumloon tot binnen een beschutte situatie zoals de WSVvoorzieningen. Arbeidsmatige dagbesteding valt buiten dit begrip en wordt via VWS geregeld en geïndiceerd.

Nb toenemend wordt het begrip nog verder verengd en betreft participatie alleen deelname aan arbeid met minimaal tenminste enige loonwaarde en maximaal 75% van het wettelijk minimumloon. De richtlijn hanteert dit engere begrip níet.

Participatiemogelijkheden

Mogelijkheden van de cliënt in de Arbeidsondersteuning van de Wet Wajong tot het deelnemen aan betaalde arbeid. Te onderscheiden zijn:

reguliere arbeid;

begeleide arbeid (deelname aan reguliere arbeid met gebruikmaking van voorzieningen zoals ondersteuning en begeleiding);

beschermde arbeid (deelname aan aangepaste arbeid in een beschermde omgeving, zoals binnen WSW).

Participatieplan

Geeft concreet de (toekomstige) mogelijkheden van de jongere op de arbeidsmarkt aan en de hiervoor benodigde ondersteuning. Het participatieplan geeft de afspraken met de jongere weer in het kader van de toeleiding naar werk. Verder geeft het participatieplan aan wat er van de jongere wordt verwacht en welke plichten hij heeft.

Wajong

Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten.

Wet Wajong

Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten. Vervangt per 1-1-2010 de Wajong.

BIJLAGE 5 Afkortingenlijst

AAMR	American Association on Mental Retardation
AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ADL	<u>Algemene dagelijkse levensverrichtingen</u>
AHDH	Attention deficit/hyperactivity disorder of Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis
aSB	Aangepast Schattingsbesluit
ASS	Autisme Spectrum Stoornissen
CBBS	Claim Borging en beoordelingssysteem
DIVA	Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen
DSPS	Delayed Sleep Phase Syndrome
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FML	Functionele Mogelijkheden Lijst
GDBM	Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classificatieon of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IQ	Intelligentiequotiënt
LVB	Licht Verstandelijke Beperking (anno 2009 in gebruik i.p.v. LVG)
LVG	Licht Verstandelijk beperkingen en ernstige Gedragsproblematiek (ook wel: SGLVG)
LWOO	Leerweg Ondersteunend Onderwijs
MEE	Landelijke organisatie voor maatschappelijke ondersteuning
MLK	Moeilijk Lerende Kinderen
OBC	Orthopedagogische Behandelcentra
PDD-nos	Pervasive Developmental Disorder
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

ROC	Regionaal Opleidingscentrum
SGLVG	Licht Verstandelijk beperkingen en ernstige Gedragsproblematiek
SO	Speciaal Onderwijs
SVO	Speciaal Voortgezet Onderwijs
TOM	Theory of Mind
VMBO	Vorbereidend Middelbaar Beroepsonderwijs,
WHO	World Health Organisation
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
ZMLK	Zeer Moeilijk Lerend Kinderen