

Het beloop van schizofrenie en de herkeuring: twee tegenstrijdige bewegingen

W. CAHN

Mensen met schizofrenie hebben regelmatig financiële problemen en leven op of zelfs onder de armoedegrens. De financiële desorganisatie bij schizofrenie is niet alleen toe te schrijven aan de ziekte zelf – ook de overheid is hier debet aan, met haar steeds veranderende wetten en uitkeringssystemen. Tevens wordt deze financiële desorganisatie beïnvloed door de kennis over het beloop van de ziekte schizofrenie.

Als beginnend psychiater, zo ongeveer 10 jaar geleden, was ik uitermate optimistisch over de behandeling van schizofrenie. Als je een eerste psychose maar optimaal zou behandelen, dan zou dat uiteindelijk resulteren in een goed beloop van de ziekte schizofrenie. Deze optimistische kijk op schizofrenie werd destijds mede bepaald door de visie van McGorry en anderen (McGorry e.a. 1996), die aanspoorden tot vroege detectie en interventie bij psychotische stoornissen om het symptomatische beeld en het globale functioneren te verbeteren. Tevens werd op eigen bodem en in dit tijdschrift flink gediscussieerd over het beloop van schizofrenie (Van Meer 1997; Slooff e.a. 1997; Vlaminck 1996, 1997). Vooral de discussie over het tekortschieten van de wetenschappelijke evidentie om na een eerste psychose langdurig met antipsychotica te behandelen impliceerde dat veel patiënten met een eerste psychose een gunstig beloop zouden kennen. De neuro-ontwikkelingshypothese (Murray 1994; Weinberger 1996) onderstreepte dit optimisme. Deze hypothese veronderstelt namelijk dat de hersenafwijkingen bij schizofrenie statisch zijn en dat er geen neurobiologische basis bestaat voor een progressief verslechterend klinisch beeld.

Welk effect dit optimisme op het beloop van schizofrenie uiteindelijk heeft gehad, laat zich raden, maar dat dit optimisme ook op langere termijn financiële consequenties kan hebben zal worden geïllustreerd met een gevalbeschrijving.

Bij een 27-jarige vrouw die als leerling-verpleegkundige had gewerkt, werd eind jaren negentig de diagnose schizofrenie gesteld. Ze was medicatie- en therapietrouw, had een goed steunsysteem en de motivatie om te gaan werken. Wel had ze enige restsymptomen en realiseerde ze zich terdege dat ze vanwege deze symptomen niet meer als verpleegkundige kon werken. Desalniettemin was zij bereid om alles aan te pakken. De brief die de verzekeringsarts toen van mij als behandelend psychiater kreeg, was ten aanzien van het ziektebeloop redelijk positief, met als resultaat dat ze slechts gedeeltelijk (25-35%) afgekeurd werd.

Het reïntegratietraject kende tot ongenoegen van patiënte en haar ouders al vanaf het begin veel obstakels, waarbij zowel reïntegratiebureaus als trajectbegeleiders in een rap tempo wisselden. Uiteindelijk, na een aantal mislukte stages in de zorg en in de administratie, werd ze drie jaar na de keuring op de wachtlijst geplaatst voor

de sociale werkplaats. Ondertussen kreeg ze voor enkele uren per week op een lagere school vrijwilligerswerk. Pas zes jaar na de keuring liet de trajectbegeleider weer van zich horen. Patiënte kon twintig uur in een broodfabriek gaan werken, maar helaas was zij in de wachttijd klinisch achteruitgegaan. Naast een toename van zowel positieve als negatieve symptomen van de ziekte schizofrenie, ontwikkelde zij een obsessieve compulsieve stoornis die slecht op medicatie en cognitieve therapie reageerde. Door haar klachten werd zij ook tijdens het vrijwilligerswerk steeds meer in haar functioneren belemmerd. Na overleg met de trajectbegeleider werd besloten om het werk in de broodfabriek af te zeggen en om het vrijwilligerswerk te continueren.

Uiteindelijk ging het echt mis bij de herkeuring. Begeleid door haar ouders en met een geneeskundige verklaring op zak waarin het progressieve beloop van haar ziekte beschreven was, werd ze door de verzekeringsarts onderzocht. Het consult duurde slechts enkele minuten en tot grote ontsteltenis werd ze voor 100% goedgekeurd. Inmiddels is ze door deze goedkeuring in de bijstand gekomen en is zij er in inkomen significant op achteruitgegaan.

Deze geschiedenis laat zien dat het optimisme van een beginnende psychiater en het wetenschappelijke modebeeld over het beloop van de ziekte schizofrenie er toe hebben bijgedragen dat patiënte eind jaren negentig voor slechts 25-35% afgekeurd werd. Recentelijk is aangetoond dat de hersenafwijkingen bij schizofrenie progressief zijn, in het bijzonder in het begin van de ziekte (Cahn e.a. 2002). Met deze kennis zou bij de hierboven beschreven patiënt het beloop van de ziekte nooit als redelijk gunstig zijn afgegeven. Het is heel goed mogelijk dat ze helemaal arbeidsongeschikt zou zijn verklaard als er in de medische verklaring nadruk was gelegd op het progressieve beloop van schizofrenie.

Dat patiënte onlangs bij de herkeuring door de verzekeringsarts voor 100% werd goedgekeurd, is het gevolg van de strengere criteria in het kader van een nieuwe wet die per 1 januari 2006 de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering moet gaan vervangen: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Hiermee dwingt de overheid verzekeringsartsen om zoveel mogelijk mensen, die nu van een arbeidsongeschiktheidsuitkering gebruikmaken, goed te keuren. In het oude schattingsbesluit moest de betrokkene ten minste 3 gangbare functies kunnen vervullen, waarvan in totaal 30 arbeidsplaatsen in Nederland zijn. Het kabinet heeft dit teruggebracht naar minimaal 3 arbeidsplaatsen per functie, dus totaal 9 arbeidsplaatsen in Nederland. Dat inderdaad veel mensen worden goedgekeurd, blijkt uit een brief begin maart 2005 van minister de Geus aan de Tweede kamer die de eerste voorlopige en voor de regering positieve resultaten van de herbeoordeling van arbeidsongeschikten jonger

dan 50 jaar bekend maakt. Zo kan bij ongeveer 50% van de WAO'ers de uitkering worden verlaagd of ingetrokken; 5% van de WAJONG-uitkeringen (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten) is al verlaagd of ingetrokken.

Tevens kan men uit deze gevalsbeschrijving opmaken dat de reïntegratie-instanties gefaald hebben bij het vinden van gepast betaald werk. In het Universitair Medisch Centrum Utrecht worden patiënten die ooit een eerste psychose hebben doorgemaakt, al bijna 10 jaar prospectief gevolgd. Veel patiënten hebben een reïntegratietraject doorlopen, maar tot nu toe heeft geen enkele patiënt hierdoor een vaste baan. Opvallend is hoe weinig de trajectbegeleiders weten over de ziekte schizofrenie en de daaraan gerelateerde specifieke handicaps. Maar als de beroepsgroep al geen rekening houdt met het progressieve beloop van schizofrenie en met de (subtiële) handicaps van deze ziekte, kunnen wij de reïntegratie-instanties dan een gebrek aan kennis verwijten? Dat arbeids(re)habilitatie het beloop van schizofrenie gunstig kan beïnvloeden, mag als bekend worden verondersteld, maar geschikt werk voor patiënten met schizofrenie ontbreekt. Het is maar zeer de vraag of – bij een krappe arbeidsmarkt – de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (REA), het persoonsgebonden reïntegratiebudget (PRB) en de individuele reïntegratieovereenkomst (IRO), waarmee een eigen reïntegratiecoach of reïntegratiebedrijf kan worden ingehuurd, uiteindelijk iets kunnen betekenen bij het vinden van gepaste arbeid voor patiënten met schizofrenie.

Juist patiënten met schizofrenie zijn kwetsbaar om bij de herkeuring hun arbeidsongeschiktheidsuitkering te verliezen. Vaak hebben ze weinig ziektebesef, onderschatten zij hun eigen beperkingen en zijn ze niet assertief. Bovendien willen zij dikwijls niets liever dan werken. Dit alles verhoogt de kans om goedgekeurd te worden. Als dit zou betekenen dat patiënten met schizofrenie inderdaad betaald werk zouden vinden, dan is dat natuurlijk prima. Maar reïntegratietrajecten, zoals hierboven beschreven, die uiteindelijk tot niets leiden en geen rekening houden met het progressieve beloop van de ziekte, zijn demotiverend, confronterend en uiteindelijk ook ziekmakend.

In de praktijk hebben wij momenteel te maken met twee tegenstrijdige bewegingen: de opwaartse beweging om mensen met een WAO/WAJONG-uitkering goed te keuren en de neerwaartse beweging door het progressieve beloop van de ziekte schizofrenie. Om te voorkomen dat patiënten er niet in psychiatrische zin en/of in financiële zin op achteruitgaan, is het essentieel dat psychiaters zich proactief opstellen. Verzekeringsartsen en trajectbegeleiders zouden door de beroepsgroep moeten worden geïnformeerd over de ziekte schizofrenie en over het beloop van deze ziekte. Er moet politieke

druk worden uitgeoefend om te zorgen dat deze kwetsbare groep patiënten niet bij uitstek de dupe wordt van het nieuwe WIA-stelsel. Ten slotte zouden met behulp van het bedrijfsleven geschikte werkplekken gecreëerd moeten worden voor patiënten met schizofrenie.

LITERATUUR

- Cahn, W., Pol, H.E., Lems, E.B., e.a. (2002). Brain volume changes in first-episode schizophrenia: a 1-year follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1002-1010.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., e.a. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
- Meer, R. van. (1997). Nog eens: behandelbeleid na een eerste psychose (Ingezonden brief). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 342-343.
- Murray, R.M. (1994). Neurodevelopmental schizophrenia: the rediscovery of dementia praecox. *British Journal of Psychiatry. Supplement*, 6-12.
- Slooff, C.J., Wiersma, D., & Nienhuis, F.J. (1997). Behandelbeleid bij een eerste psychose (Ingezonden brief). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 343-349.
- Vlaminck, P. (1997). Aanpassingen van de praktijkrichtlijnen voor de aanpak van initiële psychosen en schizofrenie (Ingezonden brief). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 500-502.
- Vlaminck, P. (1996). Kanttekeningen bij de onderbouwing van het Consensusbeleid over de aanpak van een eerste psychose (Ingezonden brief). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 59-67.
- Weinberger, D.R. (1996). On the plausibility of 'the neurodevelopmental hypothesis' of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14(Suppl. 3), 1S-11S.