

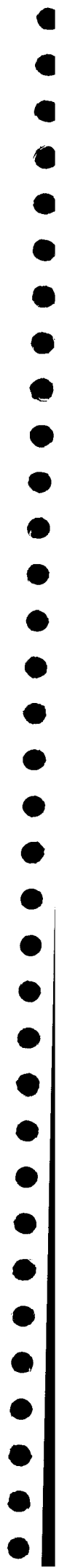
Mediprudentie in de startblokken

Rapport Voorbereidingscommissie Mediprudentie

Auteur: Voorbereidingscommissie Mediprudentie

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1. Inleiding	2
Werkwijze commissie	3
2. Mediprudentie bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid	5
3. De vorm en presentatie van mediprudentie	8
4. Waarde van mediprudentie	13
5. Organisatie en implementatie van mediprudentie	15
6. Stand van zaken in het veld	18
 Bijlagen	
Bijlage 1.	
De door de commissie gebruikte casuïstiek	19
Casus Chronisch Vermoeidheidssyndroom	20
Casus Mammacarcinoom	33
Casus Hartinfarct	44
Casus Overspanning	54
 Bijlage 2.	
De resultaten van de interviews	63
 Bijlage 3.	
De resultaten van de webenquête	76
 Bijlage 4.	
Het toetsingskader mediprudentie van de Gezondheidsraad	106



Samenvatting

Aan de Voorbereidingscommissie Mediprudentie is gevraagd hoe het advies 'Mediprudentie' van de Gezondheidsraad in de praktijk kan worden uitgevoerd. Mediprudentie betreft casusbeschrijvingen waarin de argumentatie expliciet is uitgewerkt en door verzekeringsartsen en andere deskundigen van gezaghebbend commentaar is voorzien. De Gezondheidsraad adviseerde om de ontwikkeling van mediprudentie te laten trekken door een commissie mediprudentie vanuit de beroepsverenigingen van verzekeringsartsen.

Het doel van de advisering van de commissie is door de NVVG omschreven als:

- het ontwikkelen van een werkwijze voor het opstellen van mediprudentie, waarbij specificaties voor het proces en de te hanteren normen voor het opstellen van mediprudentie worden ontwikkeld;
- te komen tot aanbevelingen voor een functioneel werkende commissie mediprudentie van de NVVG (CMN), voordat de gestructureerde aanlevering van casuïstiek uit het UWV op gang komt;
- het doen van aanbevelingen voor het maken van mediprudentie op langere termijn.

De commissie heeft zich op basis van eigen kennis en ervaring en op basis van veldonderzoek een mening gevormd over het bereiken van goed werkende mediprudentie. Goed werkende mediprudentie maakt zichtbaar wat de professionele standaard is bij de beoordeling van individuele gevallen. De professionele standaard heeft betrekking op argumentatie, kennis, het toepassen van richtlijnen in de praktijk en de informatieverzameling. Mediprudentie kan de toepassing laten zien van wetenschappelijke kennis, normen en protocollen in de praktijk.

Het opstellen van mediprudentie dient getrapt te gebeuren: casuïstiek die door het veld als leerzaam wordt ervaren fungeert als input. Een deskundig commentator geeft op de casuïstiek een professioneel en wetenschappelijk onderbouwd commentaar dat inspireert en uitnodigt tot verdere discussie. Om dat effect te bereiken is veel aandacht nodig voor de opbouw van de mediprudentie, de kwaliteit van het commentaar en de toegankelijkheid van de mediprudentie. De commissie geeft daarvoor aanbevelingen.

Om de eenheid in de mediprudentie te bewaren is een onafhankelijke Commissie Mediprudentie gewenst welke als redactiecommissie fungeert. Gezien het brede karakter van de claimbeoordeling en de raakvlakken met andere disciplines moet deze commissie multidisciplinair zijn van samenstelling.

Mediprudentie wordt door het veld gezien als veelbelovend maar ook als iets dat nog verder ontwikkeld moet worden. Bij UWV, de grootste werkgever van verzekeringsartsen, is veel ervaring opgedaan met casuïstiekbespreking en het opstellen van commentaar. Daarom beveelt de commissie aan om samen met UWV eerst een startfase te houden waarin mediprudentie binnen de kring van verzekeringsartsen wordt ontwikkeld. Als deze startfase geleid heeft tot een volwaardige werkwijze is openbaarheid van de mediprudentie aan de orde. Tijdens deze startfase kunnen verwante disciplines, bedrijfsartsen en private verzekeringsartsen, zich warmlopen en daarna ook aanschuiven.

1 Inleiding

Voor u ligt het rapport van de Voorbereidingscommissie Mediprudentie van de NVVG. Deze commissie heeft zich op verzoek van de NVVG gebogen over de vraag hoe het advies 'Mediprudentie' van de Gezondheidsraad (Gr) in de praktijk kan worden uitgevoerd. De Gezondheidsraad concludeerde in zijn rapport *'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'*¹ dat het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoeft. Ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, konden daaraan een belangrijke bijdrage leveren. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming kon bovendien ondersteund worden met verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Dat laatste betreft het opstellen van casusbeschrijvingen waarin de argumentatie expliciet is uitgewerkt en van gezaghebbend commentaar is voorzien. De Gezondheidsraad adviseerde om de ontwikkeling van mediprudentie te laten trekken door een commissie mediprudentie vanuit de beroepsverenigingen van verzekeringsartsen. Deze commissie zou multidisciplinair moeten worden samengesteld. De Gezondheidsraad dacht daarbij, wat betreft de medische deskundigheid, aan leden uit de verzekeringsgeneeskunde, de bedrijfsgeneeskunde, de huisartsgeneeskunde, en diverse specialismen. Daarnaast zou ook juridische expertise, reïntegratiedeskundigheid, en het perspectief van de beoordeelde vertegenwoordigd moeten zijn. Andere expertise zou op indicatie moeten worden ingeschakeld.

De NVVG heeft dat advies overgenomen en in overleg met het UWV een voorstel gedaan om een werkbare en effectieve vorm van mediprudentie te ontwikkelen. Daartoe is de Voorbereidingscommissie Mediprudentie ingesteld, verder genoemd: de commissie.

Het doel van de advisering van de commissie is door de NVVG omschreven als:

- het ontwikkelen van een werkwijze voor het opstellen van mediprudentie, waarbij specificaties voor het proces en de te hanteren normen voor het opstellen van mediprudentie worden ontwikkeld;
- te komen tot aanbevelingen voor een functioneel werkende commissie mediprudentie van de NVVG (CMN), voordat de gestructureerde aanlevering van casuïstiek uit het UWV op gang komt;
- het doen van aanbevelingen voor het maken van mediprudentie op langere termijn.

De commissie is voor haar werk uitgegaan van de definitie van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie (kortweg: mediprudentie), zoals opgesteld door de Gezondheidsraad:

'een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'.

De commissie bestond uit negen personen: mr dr Jos Dute, jurist en voorzitter (UvA), Astrid Blaauw-Hoeksma, verzekeringsarts (MOVIR), dr Nettie Blankenstein, huisarts (VUmc), Trix van der Eerden, verzekeringsarts (UWV), mr Jim Faas, verzekeringsarts en jurist (UWV), Roelof Heida, bedrijfsarts (Arboned), Simon Knepper,

¹ Gezondheidsraad 2005

verzekeringsarts (plv voor Astrid Blaauw-Hoeksma), Marga van Liere, verzekeringsarts (UWV), dr André Weel, bedrijfsarts (NVAB), Wout de Boer, verzekeringsarts en secretaris (TNO).

Ten behoeve van dit advies werd de commissie in haar werkzaamheden ondersteund door dr Anja Kremer, arts-epidemioloog (TNO).

Werkwijze van de commissie

De commissie kwam vijf maal bijeen, eind 2008 en begin 2009. De commissie heeft een onderzoek laten doen onder verzekeringsartsen naar de potentiële waarde van mediprudentie. Via het secretariaat en linking pins werd voeling gehouden met het UWV en de NVVG.

De commissie heeft zelf enkele voorbeelden van mediprudentie ontwikkeld. De betreffende rapportages kwamen nog niet uit de casuïstiekbesprekingen van het UWV, omdat die nog in de startfase verkeerden. Er is daarom geput uit de verzameling rapportages met commentaar die TNO heeft aangelegd voor het ondersteunen van de Gezondheidsraad bij het advies Mediprudentie². Gezocht werd naar variatie in problematiek en in leerpunten. Voor het doel van de commissie werden deze rapportages voldoende herkenbaar gevonden. In enkele rondes van schriftelijke en mondelinge reacties heeft de commissie de commentaren opgesteld, uitgaande van de reeds aanwezig commentaren. De commentaren zijn opgesteld door het secretariaat van de commissie, met input van de leden. Voor het schrijven van de commentaren is verder gebruik gemaakt van verzekeringsgeneeskundige protocollen, medische richtlijnen voor huisartsen, bedrijfsartsen en/ of medische specialisten, wetgeving en verzekeringsgeneeskundige jurisprudentie. Daar waar nodig is een extern deskundige geraadpleegd. Deze voorbeelden zijn onderwerp geworden van het veldonderzoek.

Veldonderzoek

De vier voorbeelden van mediprudentie zijn bij leden van de NVVG getoetst op hun toegevoegde waarde. Hierbij stonden drie vragen centraal:

1. Worden de ideeën die de commissie heeft ontwikkeld gedragen in het veld?
2. Zijn de vier voorbeelden van mediprudentie aansprekend en nodigen zij uit tot reacties?
3. Kunnen zulke voorbeelden helpen bij de eigen oordeelsvorming?

Deze vragen zijn op twee manieren beantwoord: open en gericht.

Open onder de leden van de NVVG. Hiertoe is de casuïstiek met commentaren op de website van het VGI geplaatst met de uitnodiging aan de leden om aan de hand van vragen hun mening te geven over de gepresenteerde voorbeelden. De enquête bevatte algemene vragen over mediprudentie en specifieke vragen per casus. Vierennegentig leden van de NVVG hebben de enquête (soms deels) ingevuld.

Gericht, door middel van telefonische semigestructureerde interviews bij 19 leden van de NVVG, allen verzekeringsarts. Voor de selectie van de NVVG leden is gestreefd naar spreiding over verzekeringsgeneeskundige (neven)functies. De interviews zijn gehouden met vier 'gewone' verzekeringsartsen die hun belangstelling voor het thema mediprudentie bekend hadden gemaakt, twee stafverzekeringartsen, twee bezwaarverzekeringartsen, vier artsen die zowel verzekeringsarts als bedrijfsarts waren, twee verzekeringsartsen uit de NVVG commissie wetenschap en één uit de commissie ethiek, twee verzekeringsartsen van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde en twee verzekeringsartsen die betrokken zijn bij de

² Gezondheidsraad 2007: Vier verkenningen, www.gr.nl.

beroepsopleiding. Één van de respondenten is ook redactielid van het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. Dertien respondenten zijn werkzaam bij het UWV, zes niet. De interviews gingen uit van dezelfde vragen als die zijn gesteld in de webenquête en gaven de gelegenheid om op bepaalde aspecten door te vragen.

In de volgende hoofdstukken geeft de commissie haar opvatting weer over het realiseren van mediprudentie in de praktijk van de claimbeoordeling arbeidsgeschiktheid. De commissie heeft daarbij de resultaten van het veldonderzoek betrokken. Eerst wordt in hoofdstuk 2 stil gestaan bij die claimbeoordeling om vast te stellen welke functie mediprudentie kan hebben voor de kwaliteit van die beoordelingen. Vervolgens overweegt de commissie in hoofdstuk 3 hoe mediprudentie er uit zou kunnen zien om effectief te zijn. In hoofdstuk 4 komt aan de orde welke waarde mediprudentie kan hebben, indien opgezet zoals door de commissie aangegeven. Hiermee beantwoordt de commissie de vraag van de NVVG naar de lange termijn. In hoofdstuk 5 schetst de commissie een efficiënte werkwijze om mediprudentie tot stand te laten komen. Daarmee worden de vragen van de NVVG beantwoord over de werkwijze voor het opstellen van mediprudentie en de in te stellen commissie mediprudentie van de NVVG. Een korte schets van de actuele stand van zaken in het veld wordt gegeven in hoofdstuk 6.

In de bijlagen vindt u de door de commissie opgestelde casuïstiek (bijlage 1), de resultaten van de interviews (bijlage 2), de resultaten van de webenquête (bijlage 3) en het toetsingskader van de Gezondheidsraad (bijlage 4).

2 Mediprudentie bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid

Voor het bepalen van de waarde van mediprudentie is het nuttig stil te staan bij het karakter van de beoordelingen die door mediprudentie kunnen worden ondersteund. Hiervoor sluit de commissie aan bij de adviezen van de Gezondheidsraad (2005), met name het Toetsingskader Mediprudentie (2007). Het beoordelen van arbeidsgeschiktheid brengt vier samenhangende taken met zich:

- Beoordeling sociaal- medische voorgeschiedenis
- Beoordeling functionele mogelijkheden
- Beoordeling te verwachten beloop
- Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling

Deze taken staan in andere woorden beschreven in de verschillende wetten. Ook de beoordelende professionals stellen dat dit hun oordeelsvorming volledig weergeeft.³ Arbeidsgeschikt zijn is een relationeel fenomeen, want het betreft een wisselwerking tussen individu en omgeving. Arbeidsgeschiktheid is niet alleen een kenmerk van een individu, maar drukt ook de 'fit' uit tussen een individu en bepaalde arbeid. Arbeidsgeschiktheid is ook relatief, want zij wordt (onder meer) bepaald door sociale normen van wat redelijkerwijs mag worden verwacht van werknemer en werkgever aan inspanning en aanpassing, van de hulpverlening (grenzen aan wat redelijkerwijs verwacht kan en mag worden van behandelingsmogelijkheden, beperkte beschikbaarheid van effectieve behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie) en van de sociale verzekering (de goedkoopste adequate oplossing heeft de voorkeur).

De eerste beoordeling betreft de vraag: *'is gedaan wat redelijkerwijs gedaan had kunnen en moeten worden om herstel en hervatting van werk te bevorderen?'* Dat is deels een empirische vraag (wat is gedaan om herstel en hervatting te bereiken) en deels een sociaal normatieve vraag (wat had in deze situatie redelijkerwijs mogen worden verwacht van de cliënt, zijn/haar werkgever en de hulpverlening). Voor deze beoordelingen bestaan instrumenten, te weten de verzekeringsgeneeskundige protocollen. Daarin worden uitspraken gedaan over wat in het algemeen bij bepaalde ziektebeelden mag worden verwacht aan herstel en hervatting van werk. Verder zijn er richtlijnen van de NVAB die beschrijven wat van de bedrijfsarts mag worden verwacht bij de begeleiding van werknemers met gezondheidsklachten als gevolg van bepaalde ziektebeelden. Ook enkele STECR werkwijzers bevatten dergelijke uitspraken.

De tweede beoordeling betreft de vraag: *'wat zijn op dit moment de functionele mogelijkheden?'* Dat is een theoretische vraag. Wat de cliënt wel en niet kan, door de arbeidsdeskundige te relateren aan algemeen gangbaar werk, kan niet goed empirisch worden vastgesteld. Als de cliënt deels werkt is onzeker of hij niet méér kan en soms is het de vraag of hij niet werkt tot schade van zijn gezondheid. Als hij niet werkt is er alleen extrapolatie mogelijk, op grond van de mening en ervaringen van de cliënt en op grond van hulponderzoeken. Behalve theoretisch is de vraag ook sociaal normatief: wat kan van iemand redelijkerwijs worden verwacht aan inspanning, overwinnen van angst, pijn en ander ongemak, en wat kan van werkgevers worden verwacht als het gaat om aanpassing van werk? Ook voor deze vraag bieden de verzekeringsgeneeskundige protocollen, richtlijnen en standaarden enige hulp: welke beperkingen kunnen in zijn algemeenheid worden verwacht bij ziektebeeld x, y of z? Hierover is kennis beschikbaar, zij het vaak wel beperkt.

³ Waddell & Aylward 2005: The scientific and conceptual basis of incapacity benefits. TSO Norwich. Boer & Houwaart 2006: Geschiktheid gewogen. NVVG Utrecht

De derde beoordeling betreft de vraag: *'kunnen de mogelijkheden om te functioneren verbeteren?'* en deze bouwt voort op (de onzekerheden van) de tweede vraag. Voor de medische prognose bestaat ook (beperkt) kennis en ook hier worden de verzekeringsgeneeskundige protocollen gebruikt.⁴ De medische prognose vormt slechts een deel van de vooruitzichten. De vooruitzichten hangen mede af van de ambitie, de motivatie e.d. van de cliënt en van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De vierde beoordeling betreft de vraag *'kan er nu iets gedaan worden om de functionele mogelijkheden te vergroten?'* en bouwt voort op de tweede en de derde vraag. Er is veel kennis over curatieve en arbeidskundige interventies. De verzekeringsgeneeskundige protocollen geven voor de betreffende ziektebeelden relevante informatie. Over de effectiviteit van die interventies met betrekking tot werkhervatting is veel minder bekend. Een onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen⁵ wees uit hoe weinig de interventies zijn onderbouwd met onderzoek. Hoe de beoordeling van de mogelijkheid en wenselijkheid van interventies wordt uitgevoerd is niet bekend. Ook hier komt de sociaal normatieve component om de hoek kijken: welke interventies moet de cliënt accepteren?; welke vrijheid heeft hij/zij om zelf interventies voor te stellen? Het komende NVVG- protocol over herstelgedrag moet voor de beantwoording van deze vraag handvatten bieden.

Op grond van het bovenstaande kan worden gesteld dat de individuele beoordelingen niet kunnen worden afgemeten aan de juistheid van hun resultaat of de doeltreffendheid van hun uitkomst. Een gouden standaard voor een juiste claimbeoordeling bestaat ook al niet omdat mensen worden beoordeeld naar de feiten en omstandigheden van het individuele geval. De kwaliteit van de beoordelingen moet daarom vooral worden afgemeten aan de overtuigingskracht van het proces van de beoordeling. De informatie moet op betrouwbare wijze zijn verzameld en de conclusies en argumenten moeten gedragen worden door observaties en kennis. Het geheel moet de vakgenoot kunnen overtuigen. In de claimbeoordeling is objectief oordelen een illusie, maar het bereiken van een goede intersubjectiviteit is dat niet. In termen van Hofstee: 'oordeel zo dat die beoordeling als richtinggevend kan gelden voor toekomstige gevallen'.

Wat relevant is voor de beoordeling, de argumentatie, wordt in het individuele geval bepaald. De gronden kunnen betrekking hebben op regels, wetenschappelijke kennis en sociale normen. In termen van beoordelingstechniek heet het dat de beoordeling wordt gebaseerd op een emergente verzameling gronden.⁶ Dit vraagt om borging van de keus van de gronden. De regelgeving is bij de beoordelingen meestal wel duidelijk. De wetenschappelijke kennis kan, voor zover die er is, worden gevonden in bestaande, zo actueel mogelijke, richtlijnen, reviews en onderzoek. De sociale normen die worden toegepast zijn echter veelal impliciet en variabel in de tijd.⁷

⁴ Een kanttekening die bij deze kennis geplaatst kan worden, is dat de verzekeringsarts vaker cliënten met ziektebeeld X ziet die aan de ongunstige kant van het prognostisch spectrum zitten. Cliënten die aan de gunstige kant van het prognostisch spectrum zitten, zijn in het algemeen weer aan het werk. Dit beperkt de waarde van deze kennis voor de beoordeling van zowel de prognose als de behandeling.

⁵ BIMRA, 2008: www.bimra.nl

⁶ Hofstee 2008: Wat is een goede beoordeling? Paper SMBA, UWV

⁷ Boer & Houwaart 2006: Geschiktheid gewogen NVVG Utrecht; Meershoek e.a. 2007 Judging without criteria? Soc Hlth Illness vol 29 pp 497-514

Met de Gezondheidsraad is de commissie van oordeel dat mediprudentie een bijdrage kan leveren aan het borgen van de kwaliteit van de claimbeoordelingen. Mediprudentie maakt zichtbaar wat de professionele standaard is bij de beoordeling van individuele gevallen. De professionele standaard heeft betrekking op argumentatie, kennis, het toepassen van richtlijnen in de praktijk en de informatieverzameling. Mediprudentie kan de toepassing laten zien van wetenschappelijke kennis, normen en protocollen in de praktijk. Met mediprudentie hoeft de beoordeling niet langer te steunen op individuele inzichten, maar kan zij worden gebaseerd op breder binnen de beroepsgroep levende opvattingen. Dit alles geeft de verzekeringsarts houvast en ideeën voor zijn werk, en reduceert tevens de interdoktervariatie.

3 De vorm en presentatie van mediprudentie

Alvorens stil te staan bij de vorm en presentatie van mediprudentie, gaat de commissie in op het advies van de Gezondheidsraad om mediprudentie algemeen toegankelijk te laten zijn. Rechtszekerheid en rechtsgelijkheid zijn gediend met de normerende werking die van mediprudentie uitgaat. Mede gezien het grote publieke belang van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen ligt het voor de hand dat verzekeringsartsen zoeken naar mogelijkheden om de samenleving inzicht te geven in de wijze waarop zij hun taak vervullen en ernaar streven de kwaliteit van hun handelen te bevorderen. De publicatie van geanonimiseerde verzekeringsgeneeskundige rapportages, van commentaar voorzien door vakgenoten en andere deskundigen, is één van die mogelijkheden. De commissie onderschrijft dit standpunt.

Het maken en openbaar maken van mediprudentie stuit, blijkens het veldonderzoek, op bezwaren. Genoemd is het risico van gebruik ervan door verzekeringsartsen alsof het recepten zijn voor alle gevallen, het gebruik van mediprudentie door cliënten en belangenbehartigers om onterecht claims en argumenten op te baseren, en cliënten die zich herkennen in de casus en de verzekeringsarts aanklagen op basis van bezwaren die ze niet zelf hebben ervaren. Deze risico's kunnen het draagvlak voor mediprudentie onder verzekeringsartsen ondermijnen. Door respondenten van de webenquête werd deze zorg nadrukkelijk naar voren gebracht. De commissie begrijpt en respecteert deze bedenkingen. Afgezet tegen het grote belang van transparantie van de verzekeringskundige oordeelsvorming leggen deze bezwaren evenwel onvoldoende gewicht in de schaal.

De commissie stelt zich voor dat algemene toegankelijkheid in fasen wordt bereikt. Mediprudentie beoogt een kwaliteitsinstrument te zijn van de verzekeringsartsen. Om die reden adviseert de commissie dan ook om mediprudentie eerst in die kring verder te ontwikkelen, met name om routine te op te doen, de onvermijdelijke 'kinderziektes' te overwinnen en om een eerste bestand van becommentarieerde casuïstiek op te bouwen. Dat geldt ook voor bedrijfsartsen. Bedrijfsgeneeskundige rapportages, zoals een re-integratieverslag, lenen zich uitstekend voor deskundig commentaar. De commissie adviseert dat de bedrijfsartsen in de startfase bovengenoemd aan de slag gaan en, bijvoorbeeld in de vorm van een pilotproject gedragen door de beroepsvereniging NVAB, starten met de opbouw van een bestand van deskundig becommentarieerde bedrijfsgeneeskundige rapportages.

Zodra mediprudentie goed op gang is gekomen, de nodige ervaring is opgedaan met het selecteren, anonimiseren en becommentariëren van casuïstiek en voldoende (gevarieerde) casuïstiek bijeen is gebracht, zal hiermee verantwoord naar buiten kunnen worden getreden, eventueel in aangepaste vorm. Naar de inschatting van de commissie zal deze ontwikkelingsfase een jaar in beslag nemen. Daarna zal mediprudentie openbaar toegankelijk zijn, hetgeen betekent dat iedere geïnteresseerde, in het bijzonder ook behandelaars en cliënten, hiervan kennis kan nemen.

Op hoofdlijnen heeft de commissie het volgende beeld van mediprudentie voor ogen gehad wat betreft de rapportages en het commentaar:

- De functie van mediprudentie wordt gerealiseerd bij een grote verzameling gemakkelijk toegankelijke en herkenbare voorbeelden van casuïstiek uit de praktijk. Mediprudentie laat in een individuele casus zien hoe het op een goede

- manier kan en schrijft niet voor hoe het in het algemeen moet. Voor ieder relevant aspect van de uitvoering moeten er daarom meerdere voorbeelden zijn.
- De casuïstiek moet herkenbaar zijn voor de doelgroep. Zij wordt daarom gepresenteerd als de rapportage van de verzekeringsarts zonder kunstmatige toevoegingen of weglatingen. Wel moet de casus afdoende zijn geanonimiseerd.
 - Een van alle betrokken partijen onafhankelijke commissie mediprudentie vormt de redactiecommissie. Zij draagt er zorg voor dat er deskundig en leerzaam commentaar aan de casus wordt toegevoegd.
 - Uitgangspunt voor het mediprudentie commentaar is het toetsingskader van de Gezondheidsraad en de daarin benoemde vier taken van de verzekeringsarts. Het commentaar wordt gefocust op leerpunten, kritisch opbouwend met concrete handreikingen. Het commentaar is nadrukkelijk open voor nadere inzichten, en niet (primair) gericht op de vraag of de conclusie al dan niet juist is.
 - Het commentaar is nadrukkelijk ook zonder oordeel over wat *niet* wordt besproken. Het is niet de bedoeling dat mediprudentie legt op alle denkbare slakken zout legt. Duidelijk moet dan ook zijn dat 'geen commentaar' niet betekent 'boven kritiek verheven'.

Onderstaand werkt de commissie dit beeld verder uit. Ook geeft de commissie daarbij aan wat de mening van de, via de interviews en de webenquête, geraadpleegde verzekeringsartsen is over het betreffende punt.

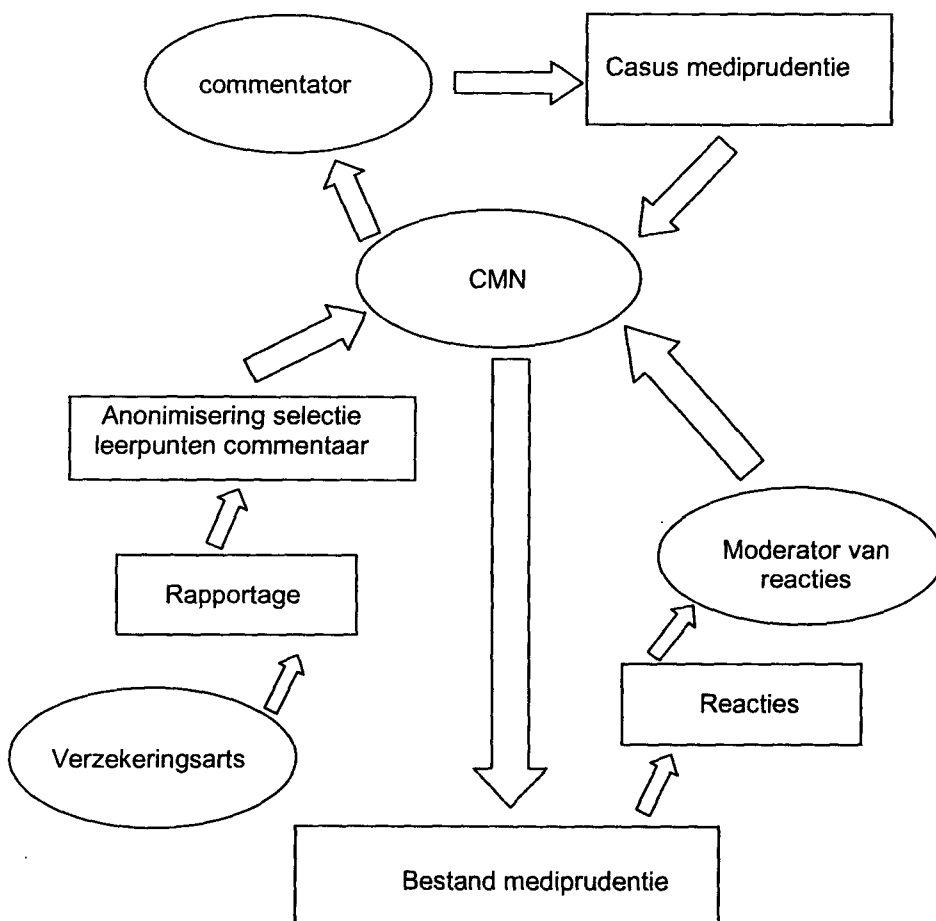
1. Mediprudentie moet de beoordelend arts inzicht geven in hoe collega's oordeelden in (op aspecten) vergelijkbare gevallen en wat de opvatting van "de beroepsgroep" is over die beoordelingen. Daarbij gaat het niet om het formuleren van algemene regels, maar om toepassingen in individuele gevallen. Telkens doet zich daarin een constellatie van feiten en omstandigheden voor die een bepaald voorbeeld geven van mogelijke beoordeling. In het veldonderzoek wordt deze waarde duidelijk onderkend door de respondenten. De rapportages worden leerzaam gevonden en de in de commentaren verwoorde opvatting wil men gebruiken voor de eigen beoordelingen. Dit betekent dat een interessant aspect, een bepaalde diagnose of beperking of dilemma etc., van een aantal voorbeelden moet worden voorzien om te gaan leven in de mediprudentie. Het inzicht uit vergelijkbare gevallen ontstaat als er een goede beschrijving is van uiteenlopende casuïstiek. Dit betekent dat er een grote verzameling mediprudentie moet ontstaan.
2. De basis voor mediprudentie is de rapportage van de verzekeringsarts. Door dicht bij de oorspronkelijke rapportage te blijven, wordt geborgd dat er geen gevallen worden gepresenteerd welke voor de gebruikers niet realistisch zijn. Ook moeten de rapportages zo compleet en gedetailleerd zijn dat de argumentatie en het commentaar erop kunnen worden gebaseerd. Het niveau van mediprudentie moet professioneel uitdagend en inspirerend zijn, en niet beperkt door de dagelijkse praktijk (dagelijkse zorgen in de uitvoering zoals gebrek aan tijd of het gewend zijn aan routines). De casuïstiek moet echter wel realistisch blijven, ook in de voorwaarden waaronder het werk moet worden gedaan. De commissie denkt in de door haar uitgewerkte voorbeelden een goede balans te hebben gevonden. Uit het veldonderzoek komt naar voren dat de respondenten dat ook vinden. In de organisatie van het ontstaan van mediprudentie (zie hoofdstuk 5) kan deze balans worden bereikt. De rapportages kunnen betrekking hebben op alles wat in de beoordelingen voorkomt. Uit het veldonderzoek is af te leiden dat er vooral behoefte is aan casuïstiek in relatie tot arbeidsduurbeperving en beperkingen bij onbegrepen lichamelijke klachten. Ook bestaat veel behoefte aan casuïstiek over

- de beoordeling van beperkingen bij de bestaande protocollen en toepassing van 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'.
3. Een apart punt van aandacht is het anonimiseren van de rapportage. Dit dient zorgvuldig te geschieden zodat cliënt noch verzekeringsarts herkenbaar zijn voor anderen. Dat kan door het verwijderen van namen maar ook door het op andere wijze onherkenbaar maken van de rapportages. Tot op heden is dat gedaan door plaatsnamen te verwisselen, werkbeschrijvingen te veranderen en kenmerkende zinsneden aan te passen. Ook in tijd kunnen de rapportages nog worden geanonimiseerd. Voor het anonimiseren zou een vaste procedure (protocol) moeten worden opgesteld. Er zit wel een grens aan de mogelijkheid tot anonimisering: door essentiële details te veranderen kan de oorspronkelijke casus zijn realistische karakter of aspecten die van belang zijn voor de beoordeling, verliezen. De commissie is er zich van bewust dat het een illusie is om te denken dat een cliënt zichzelf nooit zal kunnen herkennen.
 4. Het commentaar in mediprudentie geeft aan waarom en hoe een bepaalde argumentatie of aanpak wenselijk of te verbeteren is. Bestaande protocollen maar ook regels, jurisprudentie, wetenschappelijke publicaties, ethische principes en opvattingen van externe deskundigen kunnen daarin worden opgevoerd. In het veldonderzoek gaven de respondenten aan de waarde hiervan goed te onderkennen. De commissie heeft stil gestaan bij de vraag of iedere casus op *alle* denkbare aspecten van commentaar zou moeten worden voorzien. Daarmee zouden lange commentaren ontstaan, mogelijk vaak van dezelfde strekking, met het risico dat mediprudentie haar doel voorbijschiet. De commissie is van oordeel dat uit elke casus één of hooguit enkele leerpunten zouden moeten worden gelicht en van commentaar worden voorzien. De rest van de casus wordt dan als gegeven beschouwd. De leerpunten moeten in het commentaar ook als zodanig worden opgevoerd: wat kan hiervan worden geleerd en waar kan dat op worden gebaseerd? De respondenten in het veldonderzoek onderschreven deze opvatting.
 5. Idealiter moet mediprudentie de opvatting van 'de beroepsgroep' weergeven, maar 'de beroepsgroep' is een abstractie. De aangeboden commentaren op de casuïstiek, met uitzondering van die van CVS, werden door de respondenten wel herkend als zijnde vermoedelijk de opvatting van de beroepsgroep. Veel respondenten voegden hier echter wel aan toe dat dat toch eigenlijk pas kan worden gezegd als een commentaar een tijdlang onderwerp van discussie is geweest waarin zich een opvatting uitkristalliseert. Mede om die reden werd mediprudentie door ruim twee derde van de respondenten gezien als 'mogelijk richtinggevend' maar ook niet meer dan dat.
 6. Hiermee wordt ook duidelijk dat het commentaar niet het finale gezichtspunt op de rapportage is. Dit blijft open voor nader debat op het forum waarop mediprudentie wordt geplaatst. Ook wordt duidelijk dat over een bepaald aspect verschillend en toch professioneel correct kan worden gedacht. Dat is ook de opvatting van de respondenten.
 7. De commissie heeft overwogen dat het commentaar het best gericht kan zijn op de argumentatie. Daarin komt het geheel van de beoordeling het best tot uiting en dat biedt aanknopingspunten naar zowel de informatieverzameling als de evidence, de normen en de conclusie. Commentaar op de argumentatie biedt ook de mogelijkheid om alternatieven aan te bieden die de casus als geheel leerzaam maken. Uit het veldonderzoek kwam naar voren dat er een duidelijke zorg is dat het aanbieden van een casus voor mediprudentie kan uitlopen op een 'schrobbering' door de mediprudentiecommissie. Dit terwijl het altijd mogelijk is

dat het oordeel in werkelijkheid juist was, ook al blijkt dat niet uit de aangeleverde rapportage. Deze zorg kan worden weggenomen door de toon van het commentaar niet belerend te doen zijn, maar constructief en zakelijk te houden. In het veldonderzoek gaven de respondenten aan dat de vier voorbeelden in dat opzicht waren geslaagd.

8. Een grote verzameling mediprudentie casuïstiek die gevormd is als boven omschreven wordt al snel onoverzichtelijk. Voor een goed functioneren zou mediprudentie goed doorzoekbaar moeten zijn. Naar behoefte moet de lezer de diepte in kunnen. Naar de mening van de commissie moet mediprudentie in digitale vorm worden aangeboden met veel mogelijkheden om op allerlei aspecten te zoeken naar wat op dat moment voor de verzekeringsarts interessant is. De respondenten onderschreven deze opvatting.
9. Voor een snelle raadpleging is een systeem van trefwoorden gewenst. De trefwoorden moeten zoveel als mogelijk aansluiten bij het spraakgebruik van de verzekeringsartsen. Één soort trefwoord dringt zich op: de diagnose. De andere aspecten moeten ook teruggevonden kunnen worden en daarvoor denkt de commissie aan de termen van het Toetsingskader van de Gr. Dat is ook gebruikt in de verzekeringsgeneeskundige protocollen en daarmee vermoedelijk goed ingeburgerd. Voor dilemma's en cliëntkenmerken moet nog een systeem van trefwoorden worden ontwikkeld. Het is voorstelbaar om werkenderweg trefwoorden te ontwikkelen en na bijvoorbeeld de eerste honderd gevallen een lijst op te stellen die het uitgangspunt kan vormen, ongeveer zoals de MESH-termen in pubmed.
10. Met trefwoorden alleen is de gebruiker naar het oordeel van de commissie nog onvoldoende geholpen. Een kort vignet met een indicatie van het commentaar kan aan de eigenlijke casus voorafgaan en het commentaar kan volgen na de rapportage. Het vignet moet, in het verlengde van een systeem van trefwoorden, de lezer helpen om snel de casus te vinden waar hij wat aan heeft. De respondenten in het veldonderzoek vonden dit een prettige indeling. Voor de meer definitieve mediprudentie is goed voorstelbaar om de gebruiker de mogelijkheid te bieden om op basis van de trefwoorden (en vignet) eerst commentaren te bekijken en pas daarna de bijbehorende rapportages. Anderen zullen mogelijk primair geïnteresseerd zijn in rapportages en minder in commentaren en ook dat is dan mogelijk.
11. Mediprudentie zal primair digitaal worden aangeboden. Daarmee zal vermoedelijk vooral de doelgroep van verzekeringsartsen worden bereikt. Sommige casuïstiek zal een speciaal belang hebben voor anderen en kan worden aangeboden aan tijdschriften.

Stroomschema:



4 Waarde van mediprudentie

Mediprudentie toont de toepassing van de algemene professionele standaard in het individuele geval. Dat vult een belangrijke leemte op. De commissie ziet vanuit die functie de volgende waardevolle bijdragen van mediprudentie aan de praktijk van beoordeling, behandeling en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid:

I Voor de verzekeringsarts

- (1) Mediprudentie levert een bijdrage aan de kwaliteitsborging. Mediprudentie is een naslagwerk voor de verzekeringsarts in de dagelijkse praktijk, waarin hij bouwstenen kan vinden voor de argumentatie van een claimbeoordeling. De respondenten in het veldonderzoek gaven aan dat de nadruk moet liggen op leren. De in mediprudentie verwoorde opvatting van de beroepsgroep wordt leerzaam gevonden en richtinggevend voor het professionele handelen.
- (2) Mediprudentie kan ook een leermiddel zijn en deel uitmaken van de leercirkel van de verzekeringsarts. Voor zowel nieuwe als meer ervaren verzekeringsartsen zal het nuttig en noodzakelijk zijn zich op de hoogte te houden van de professionele standaard zoals die op casus niveau zichtbaar wordt in mediprudentie. Het geeft de gelegenheid om te reflecteren op hun beoordeling en de gehanteerde uitgangspunten. Zo wordt ook de link gelegd tussen de meer algemene protocollen en de specifieke toepassing in de praktijk. De respondenten zagen deze waarde ook in.
- (3) Mediprudentie kan een bron zijn van vragen voor nader onderzoek en van de evaluatie van de verzekeringsgeneeskundige toepassing van protocollen en multidisciplinaire richtlijnen. Indirect kan mediprudentie hiermee input geven aan de bijstelling van die protocollen en richtlijnen. Op casusniveau kan worden ontdekt welke leemten in kennis van belang zijn en als deze in het debat worden vastgesteld kunnen die de onderzoeksagenda mede vorm geven.

II Voor de cliënt

Vanuit het perspectief van degenen die beoordeeld worden levert mediprudentie een bijdrage aan de bevordering van kwaliteit van hun beoordeling. Mediprudentie reduceert de interdoktervariatie en biedt daarmee een extra garantie dat de beoordeling geen willekeur is van de verzekeringsarts.

III Voor de opdrachtgever van de beoordelingen

Voor de opdrachtgever van de verzekeringsarts is de (bewaking en bevordering van de) kwaliteit van de beoordelingen van belang. Die wordt aantoonbaar geborgd door het in gebruik zijn van een systeem van mediprudentie. Daarmee bereikt de opdrachtgever dat de kwaliteit van zijn proces op een nieuwe en solide manier wordt geborgd.

IV Voor andere bij de beoordeling betrokkenen

Bedrijfsartsen, huisartsen en anderen kunnen profijt hebben van inzicht in de praktijk van de beoordeling zodat zij behandeling en begeleiding daar op kunnen afstemmen. Ook kunnen zij zelf casuïstiek inbrengen en zodoende mediprudentie verrijken. De eigen casuïstiek van bedrijfsartsen is bij voorkeur gebaseerd op de sociaal-medische begeleiding van verzuimende werknemers, zoals bedrijfsartsen deze uitvoeren in het kader van de Wet verbetering poortwachter. In principe zou een uitgewerkte en becommentarieerde probleemanalyse, zoals deze na zes weken verzuim moet worden opgesteld, al bedrijfsgeneeskundige mediprudentie kunnen opleveren. Zeker zo inzichtelijk zijn rapportages die gebaseerd zijn op een langer durende sociaal-medische begeleiding, waarin wordt teruggeblikt op het verloop van de re-integratie, en waaruit de toepassing van professionele richtlijnen bij de begeleiding duidelijk wordt. Het re-integratieverslag lijkt het meest geschikt om als uitgangspunt te kiezen.

Dit ligt ook dicht aan tegen de verzekeringsgeneeskundige rapportage in het kader van de WIA.

V Voor de maatschappij

De maatschappij is gediend met een praktijk van claimbeoordeling waarvan de kwaliteit is geborgd. Mediprudentie draagt bij aan deze kwaliteitsborging.

5 Organisatie en implementatie van mediprudentie

In haar adviestraject heeft de commissie commentaren bij de rapportages opgesteld, voortbouwend op het werk dat daarvoor door de Gr en TNO was verricht. Het secretariaat van de commissie heeft dat samen met leden van de commissie uitgevoerd. Naar het oordeel van de commissie is dit een arbeidsintensieve manier van werken. Bovendien wordt zo een te zware wissel getrokken op de inzichten van de commissie. De commissie hoopt en verwacht dat de komende jaren veel casuïstiek zal ontstaan, en daarbij past een andere werkwijze, die bovendien meer ruimte laat voor inbreng van een brede variëteit aan deskundigheid van buiten de commissie. Daarom kiest de commissie voor een werkwijze die meer analoog is aan de manier waarop becommentarieerde jurisprudentie ontstaat.

De commissie adviseert om mediprudentie gedurende het eerste jaar eerst in de kring van verzekeringsartsen verder te ontwikkelen (ontwikkelingsfase). In de praktijk, zie hoofdstuk 6, zal de input van casuïstiek met name vanuit het UWV komen. Die eerste fase, tot 1-1-2011, is af te sluiten met een evaluatie. In die evaluatie kan vastgesteld worden of het proces van ontwikkeling van mediprudentie in het algemeen en meer in het bijzonder de opgenomen casus (inhoud, uitgebreidheid, variatie, presentatie en gebruik) en de commentaren aan de gestelde eisen voldoen dan wel of er aanpassingen nodig zijn. Ook wordt op basis van de evaluatie besloten hoe mediprudentie vervolgens algemeen toegankelijk gemaakt wordt (eindfase).

De werkwijze die de commissie voor de beginfase voor ogen heeft is, als volgt:

1. In een casusgroep bij UWV ontstaat een casus waarvan de groepsleden van mening zijn dat deze interessant is om aan de beroepsgroep bekend te maken. Zij maken de casus compleet en voorzien hem desgewenst van (een begin van) commentaar, leerpunten of vragen.
2. De casus wordt aangeboden aan de CMN voor opname in de mediprudentie. De CMN beziet of de casus interessant genoeg is en duidt zo nodig interessante (aanvullende) leerpunten aan. De CMN fungeert aldus als redactiecommissie voor mediprudentie.
3. De CMN zoekt een commentator aan die, eventueel op suggestie van de commissie, op de casus ingaat en deze van (verder) commentaar voorziet, ongeveer zoals gedaan is in de casuïstiek die de commissie bij dit advies oplevert. De commentator kan worden ondersteund door vakspecialisten, wetenschappers etc, al naar gelang wat gewenst is voor het commentaar. Ook worden trefwoorden vastgesteld. Voor zover nog nodig wordt de casus hier ook van de juiste opmaak voorzien. De commentator biedt de casus aan aan de CMN.
4. De CMN beoordeelt de casus met commentaar in het licht van de bestaande casuïstiek en de uitgangspunten van mediprudentie. De CMN plaatst zo nodig nog kanttekeningen die de commentator naar beste inzicht en vermogen verwerkt. Bij akkoord wordt de casus met commentaar opgenomen in het bestand.
5. Eenmaal opgenomen in het bestand kan de casus met commentaar aanleiding geven tot verdere discussie op een forum. Als die discussie leidt tot nieuwe inzichten, dan worden deze opgenomen in het commentaar.

Voordeel van deze werkwijze is dat er flexibel capaciteit kan worden ingezet om de commentaren op te stellen. Risico daarvan is dat mogelijk 'hobbyisme' van commentatoren kan ontstaan. Dat risico wordt verminderd door het hanteren van de

uitgangspunten zoals in dit advies vastgesteld en door de CMN de vaste redactie te laten voeren.

Deze aanpak vooronderstelt een aantal zaken:

1. Uit het UWV moeten voldoende rapportages worden voorgesteld die ook voldoende compleet en gedetailleerd zijn om als basis te dienen voor mediprudentie. Dit vergt tijd en medewerking van het UWV. Het is voorstelbaar dat gestuurd wordt op casuïstiek die in de grootste behoefte voorziet. Te denken is aan arbeidsduurbepanking en andere protocolgerelateerde casuïstiek. Ook is voorstelbaar dat casuïstiek van buiten het UWV wordt aangeboden. De CMN kan per geval bezien of zij deze wil opnemen of niet.
2. Er moeten voldoende professioneel gekwalificeerde commentatoren zijn die ook de tijd kunnen nemen voor het opstellen van de commentaren. Bij voorkeur zijn zij verzekeringsarts, met ruime praktische ervaring en liefst wetenschappelijk onderlegd. Ook moeten commentatoren de nodige wetenschappelijke ondersteuning kunnen krijgen en de ruimte hebben om vakspecialisten in te schakelen. Dit zal voor een deel een kwestie zijn van passende honorering. Het op- en bijstellen van commentaar met alles wat daar bij hoort zal al snel één à twee dagen werk vragen.
3. Het mediprudentie commentaar en de forumdiscussie zijn niet anoniem. Inbrengers van commentaar en reacties daarop moeten binnen het forum naar persoon herkenbaar zijn.
4. De CMN moet voldoende onafhankelijk en deskundig zijn om het stempel mediprudentie van waarde te laten zijn. Een samenstelling met vijf verzekeringsartsen (drie werkzaam bij het UWV), twee bedrijfsartsen, een huisarts en een jurist lijkt daarvoor geschikt. In eerste instantie zal de NVVG leden voor de CMN moeten werven. Te overwegen valt om de leden van de CMN te laten voordragen door de betreffende beroepsgroepen. Noodzakelijk is het dat de CMN onafhankelijk haar commentatoren kan aanzoeken (al dan niet op suggestie van de inbrenger) en deze commentaren kan beoordelen. De CMN kan een statuut opstellen om de onafhankelijkheid te waarborgen.
5. De procesgang en het raadplegen van mediprudentie moeten ondersteund worden door een informatietechnische infrastructuur. Het raadplegen moet snel gaan en gemakkelijk zijn voor de gebruiker. Daarbij is het gewenst dat het mediprudentiebestand alleen kan worden geraadpleegd door de doelgroep, in de ontwikkelingsfase dus alleen verzekeringsartsen.
6. Er moet(en) een of meer moderator(en) zijn die discussies volgt (volgen) en bewaakt (bewaken), beoordeelt wanneer commentaar moet worden bijgesteld en de discussies kan sluiten. De CMN kan aan de commentatoren vragen dit op zich te nemen, maar ook andere modaliteiten zijn denkbaar. Alternatief is dat de discussie via de moderator wordt gevoerd, bijvoorbeeld door het plaatsen van vragen bij het commentaar. Daardoor wordt de discussie overzichtelijker maar wel minder levendig.
7. Elke casus moet worden voorzien van trefwoorden. Het ligt voor de hand om ook daarbij het toetsingskader van de Gezondheidsraad te gebruiken. Één trefwoord zou dan altijd de betreffende beoordelingstaak zijn. Een ander trefwoord zou moeten verwijzen naar het ziektebeeld en de CAS-code. Alleen de CAScode is niet genoeg omdat verschillende ziektebeelden geen eigen CAScode hebben. Te denken is verder aan trefwoorden die naar dilemma's verwijzen, bijvoorbeeld gebruik makend van bestaand onderzoek daarover van bijvoorbeeld NVAB en NVVG. Ook

cliënt kenmerken kunnen relevant zijn. Te denken valt aan leeftijd en geslacht maar bijvoorbeeld ook aan uitgeoefend beroep of toegekende beperkingen.

6 Stand van zaken in het veld

Voor het UWV is het ontwikkelen van mediprudentie belangrijk, als onderdeel van het reeds bestaande kwaliteitssysteem, zo is de commissie duidelijk geworden. Naar zij heeft begrepen zijn bij het UWV de verzekeringsartsen bezig met casuïstiekbesprekingen welke het voorportaal vormen voor mediprudentie.

Uitvoerende verzekeringsartsen dragen rapportages aan voor bespreking, completering en een begin van commentaar. Bij het UWV heet dat in de wandeling al mediprudentie. Met 83 groepen, welke tevens als spiegelgroepen fungeren voor elkaars producten, is er potentieel een groot aanbod. De resultaten worden aangeboden aan een daarvoor ingestelde commissie binnen het UWV. Blijkbaar hebben tot nu toe 21 rapportages de UWV commissie bereikt. Deze zijn wisselend opgebouwd en bevatten soms een beknopt en soms een uitgebreid eerste commentaar. De UWV commissie vult zelf het commentaar aan en volgt daarbij een stramien van: trefwoord-beschrijving vraag/ dilemma/ probleem- vignet met samenvatting en commentaar-verzekeringsgeneeskundige rapportage. UWV wil de vorming van deze casuïstiek verder faciliteren door een aantal deelnemers van de casuïstiek groepen een driedaagse cursus EBM te laten volgen en door de voorzitters voor nascholing bij elkaar te roepen in het najaar van 2009 om verbetervoorstellen, die zullen worden gedaan naar aanleiding van de ervaringen met de 1^e ronde mediprudentie casuïstiek, te introduceren voor de 2^e ronde.

Volgens het UWV moet de uiteindelijke mediprudentie nog groeien bijvoorbeeld voor wat betreft het benoemen van trefwoorden, de wijze van anonimiseren, de precieze indeling van vignet en de dynamiek van het commentaar na aanbieding aan de groep van va'en.

De commissie waardeert het feit dat binnen het UWV de mogelijke betekenis van mediprudentie op waarde wordt geschat, dat diverse activiteiten worden ontwikkeld om casuïstiek en reflectie daarop tot stand te brengen en dat de betrokken verzekeringsartsen daarvoor blijkbaar faciliteiten worden geboden. Op deze basis kan worden voortgebouwd. Dat neemt evenwel niet weg dat (openbaar toegankelijke) mediprudentie alleen vruchtbaar en geloofwaardig tot stand kan komen als zij wordt (be)geleid door een commissie die geheel onafhankelijk is van alle betrokken partijen, dus ook van het UWV, zoals in dit advies bepleit.

Bij de private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wordt door leden van de GAV momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van een "claimprotocol arbeidsongeschiktheid" waarin wordt vastgelegd hoe de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid door de medisch adviseur in particuliere verzekeringszaken behoort plaats te vinden. Dit protocol zal kunnen dienen als toetsingskader voor mediprudentie in de particuliere sector. De leden van de GAV die werkzaam zijn op het terrein van arbeidsongeschiktheid zullen zodra dit protocol is verschenen, worden aangespoord casuïstiek te verzamelen en te bespreken in ICT-groepen teneinde dit te kunnen aanbieden voor mediprudentie. Ook zullen hier parallellen getrokken kunnen worden naar de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in het kader van personenschadebehandeling.

De door de commissie gebruikte casuïstiek.

Bijgaand vindt u de beschrijving van de casuïstiek. Deze is na het veldonderzoek nog enigermate verder geanonimiseerd in overleg met de gezondheidsraad. Deze verdere anonimisering kan tot gevolg hebben dat een enkele opmerking in het veldonderzoek minder makkelijk te begrijpen is. Goed begrip van het geheel wordt echter niet gehinderd hiermee.

Casus Chronisch vermoeidheidssyndroom

Algemeen

Deze casus betreft een 32-jarige vrouw die zich in december 1999 met griepklachten ziek meldde en vervolgens in november 2000 een WAO-uitkering kreeg vanwege persisterende gezondheidsklachten, met name vermoeidheid. Bij de herbeoordeling in 2004 blijken de klachten nog steeds aanwezig te zijn en cliënte claimt volledige arbeidsongeschiktheid.

De casus geeft een beeld van een diagnostisch traject bij een cliënte met een lichamelijk onverklaarde aandoening, een traject waarin weinig sturing lijkt te zitten. Na de WAO-beoordeling in 2000 is zij, zo blijkt uit de herbeoordeling die 4 jaar later plaatsvond, aan haar lot overgelaten. Uit de rapportage blijkt niet dat er sprake is geweest van enige aanpak voor wat betreft diagnostiek en behandeling met het oog op werkhervatting. Mogelijk dat de huisarts deze taak op zich had willen nemen, maar cliënte heeft met haar huisarts een verstoorde relatie.

De casus roept allerlei vragen en is een voorbeeld van de dilemma's waarmee het CVS-ziektebeeld is omgeven. Het commentaar is toegespitst op drie vragen: 'wat is het belang van de diagnostiek' (beoordeling sociaal medische voorgeschiedenis), welke mogelijkheden heeft de verzekeringsarts om te reactiveren en wat is de waarde van die mogelijkheden?' (beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding). We gaan in deze casus niet in op de beoordeling van de belastbaarheid cq het FML. We realiseren ons dat dit een belangrijke vraag is in de beoordeling bij CVS. Echter gezien de vragen rond de diagnostiek konden deze vragen niet goed worden beantwoord.

Trefwoorden: CVS, sociaal medische voorgeschiedenis, beoordeling behandeling en begeleiding, diagnostiek, herstelgedrag

Verzekeringsgeneeskundige rapportage

1 Onderzoekskader

Een medisch onderzoek in het kader van de herbeoordeling van de arbeidsongeschiktheid na eerdere toekenning WAO. Eerder beoordeeld in november 2000.

2 Vraagstelling

Wat zijn de mogelijkheden om te functioneren?

Zijn deze mogelijkheden duurzaam te benutten?

3 Onderzoek

Medisch onderzoek, spreekuur 2 november 2004, duur van het gesprek 1,5 uur

Er werd informatie opgevraagd bij (voormalige) behandelaars.

3.1 Dossierstudie

Clïente is een 32-jarige vrouw die zich per 10-12-1999 heeft ziek gemeld voor haar functie als dierenartsassistente, 24 uur per week, sedert begin 1997 in dienst bij een Dierenkliniek.

3.2 Medisch onderzoek

Clïente acht zich volledig arbeidsongeschikt.

Medische voorgeschiedenis/ ziektegeschiedenis:

Blanco. Wel vertelt ze dat ze nooit heel sterk is geweest, vatbaar voor griepjes en andere klachten. Maar daar is ze nooit voor onderzocht of behandeld.

Clïente is uitgevallen voor haar werk met griepklachten, deze gingen niet over en ze kreeg ook steeds meer last van vermoeidheidsklachten. Daarom heeft ze haar werk niet hervat. Ze ging daarna uitgebreid door de medische molen. Een afwijking die de klachten kan verklaren werd niet gevonden.

3.2.1 Beoordelingsgesprek

Clïente acht zich volledig arbeidsongeschikt voor haar eigen werk als gevolg van lichamelijk en geestelijke beperkingen. Ook ander werk kan ze niet verrichten: "Ik ben echt total loss". Haar werk was dierenartsassistente in een dierenkliniek. Dat heeft ze drie jaar met plezier gedaan vindt ze zelf.

Claimklachten:

Clïente voelt zich de hele dag moe, futloos, ziek en misselijk. Deze klachten nemen in de loop van de dag toe. Als ze fysieke inspanning levert, bijvoorbeeld traplopen, nemen deze klachten in korte tijd toe, zodat ze haar activiteiten moet afbreken. Ze weet dat als ze toch door zou gaan, ze dit moet bekopen met een aantal dagen

bedrust, waarbij ze feitelijk alleen opstaat om het toilet te bezoeken. Ze zoekt echter in het dagelijks leven deze grens niet op. Betrokkene vertelt ook dat ze vaak hoofdpijn heeft, klachten van algehele spierzwakte en krachteloosheid, dat ze snel buiten adem is en vatbaar voor infecties. Daarnaast heeft ze moeite met inslapen en weer wakker worden. Gemiddeld gaat ze om 23:00 naar bed, waarna ze pas rond 1.00 inslaapt. Opstaan rond 10:15 uur. Ze is dan niet uitgerust. Naar eigen zeggen is ze niet depressief. Ze kan wel genieten van kleine dingen en ze heeft de moed nog niet opgegeven.

De ervaren beperkingen worden als volgt beschreven: Ze geeft aan gemiddeld niet meer dan 100 meter aaneen te kunnen lopen, incidenteel iets verder, en zeker niet meermaals per dag. Ook traplopen is erg moeilijk, ze moet halverwege de trap even uitrusten. Ze gaat dan zitten of houdt zich vast aan de leuning. Gemiddeld loopt ze 2 tot 3 keer per dag de trap in haar woning op en af. Dragen en tillen is vrijwel niet mogelijk. Een kopje optillen lukt haar wel, maar veel meer dan het optillen van een pak melk (ongeveer 1 kg) lukt haar niet. Buigen en bukken valt haar zwaar, als ze haar veters moet strikken doet ze dit zittend. Frequent bukken en buigen lijkt haar niet mogelijk. Ook geestelijke inspanning kan ze maar kortdurend volhouden. Ze kan ongeveer een uur met mensen praten; dan verslapt haar aandacht en kan ze het gesprek niet meer goed volgen. Lezen is ook erg moeilijk. Boeken lezen lukt haar niet meer. Ze leest zo nu en dan nog een tijdschrift, maar langere artikelen lezen lukt haar niet. Ook de krant lezen lukt haar niet; dit wordt als te vermoeiend ervaren. Wel leest ze soms wat koppen op teletekst. Tv-programma's films of het nieuws volgen lukt haar niet. Ze wordt beperkt door de moeheid.

Clïente geeft aan dat gedacht werd dat haar klachten veroorzaakt werden door een slaapstoornis. In 2001 heeft cliënte een proefbehandeling met Melatonine ondergaan, waarmee ze na het uitblijven van verbetering weer is gestopt. Een second opinion bij een andere neuroloog leverde niets op.

Clïente wordt momenteel niet behandeld voor haar klachten. Ze is na 2001 niet meer bij de neuroloog geweest.

In 2003 is ze bij een cardioloog geweest. Deze opperde een 'mitralisklepsyndroom'. Bij controle kon hij dit echter niet bevestigen. Daarna bezocht ze een internist. Deze dacht, dat ze aan CVS leed. Hij schreef voedingssupplementen voor en adviseerde voorts behandeling door een psycholoog. Dat vond ze geen reëel voorstel.

In 2004 ging ze naar een immunoloog in verband met verminderde weerstand. Deze vond weinig afwijkingen. Hij adviseerde wel proefbehandeling met Plaquenil gedurende drie maanden om te kijken of dit invloed had op de vermoeidheid. Ze startte nog niet met de therapie, omdat ze ervaren heeft altijd heftig te reageren op geneesmiddelen. Ze wil starten als ze een betere conditie en haar leven weer wat meer op orde heeft. Ze weet niet wat ze nu zou kunnen doen om op de been te komen. "Het is allemaal zo uitzichtloos".

Clïente stelt dat ze erg is veranderd: vroeger stond ze voor iedereen klaar, niets was haar teveel, en nu is ze afhankelijk en ervaart ze hoe hard de mensen kunnen zijn. Ze heeft het er een hele tijd heel moeilijk mee gehad, toen vond ze een nieuwe balans en nu is ze weer erg van slag omdat ze in scheiding ligt van haar man. Clïente geeft aan dat deze niet meer met haar beperkingen kon omgaan. Ze merkt dat deze

tegenvaller ook energie kost en daardoor is ook de moeheid toegenomen. Ze wordt ook erg onzeker van het feit dat niemand weet wat de oorzaak is. Ze heeft heel veel literatuur en dokters geraadpleegd die mogelijk een oplossing hadden maar steeds komt er niets uit. Zelf weet ze het ook niet meer. Soms denkt ze dat het in haar genen zit.

Tractus-anamnese: De verdere tractus-anamnese leverde geen bijzonderheden van belang op.

Medicatie: Geen.

Intoxicatie(s): Roken: niet Alcohol: niet.

Persoonlijk en sociaal functioneren : (zelfverzorging, gezinsniveau, sociale contacten buiten gezin).

Sociale contacten buiten de deur zijn beperkt. Soms gaat ze ergens een uurtje op bezoek, daarnaast ontvangt ze soms bezoek. Contacten onderhoudt ze ook via e-mail; dat kost haar relatief minder moeite dan telefoneren.

Ze is niet in staat al haar huishoudelijke taken zelf te doen. Familie en vrienden doen boodschappen voor haar en koken regelmatig, evenals stofzuigen, poetsen en ander schoonmaakwerk. Cliënte is nog wel in staat haar was te doen en de afwasmachine in en uit te ruimen. Ook haar planten water geven doet ze zelf. Er is geen sprake van thuiszorg of iets dergelijks.

Hobby's:

Cliënte is met al haar hobby's gestopt vanwege haar klachten. Haar hobby's waren: vioolspelen, uitgaan, boeken lezen, films kijken en reizen.

Dagverhaal: (aan de hand van gisteren, gemiddelde dag):

10:10 uur: wakker geworden, naar beneden gegaan, met de kat gespeeld.

10:45 uur: ontbeten.

11:15 uur: gedoucht en aangekleed.

12:15 uur: op de bank gelegen, uitgerust van het douchen en aankleden.

13:00 uur: boterham gegeten.

13:30 uur: e-mail bekeken.

13:45 uur: de rest van de middag op de bank gelegen. Tijdens dit liggen op de bank een telefoongesprek gevoerd, wat nagedacht over het komende keuringsgesprek, in een tijdschrift gebladerd. Tussentijds is ze nog even opgestaan om de was in de droger te doen en haar paspoort te pakken.

17:30 uur: eten in de magnetron gedaan en gegeten.

18:00 uur: de rest van de avond op de bank gelegen, met op de achtergrond de TV aan.

23:00 uur: naar bed gegaan, nog wakker gelegen tot 1:00 uur.

Lichamelijk onderzoek:

Cliënte ziet er goed verzorgd uit, is wel wat mager. Ze zit gedurende het spreekuurcontact van 1,5 uur wat onderuitgezakt op haar stoel met een meegebracht hoofdkussen in haar rug. Er vond geen specifiek lichamelijk onderzoek plaats omdat hiertoe gezien de geclaimde klachten geen aanleiding bestond.

Onderzoek psyche/observatie:

Cliënte heeft een wat vermoeide mimiek bij het binnenkomen. Dit blijft gedurende het spreekuurcontact van ongeveer 1,5 uur onveranderd aanwezig. Ze zit gedurende het spreekuurcontact wat onderuitgezakt op haar stoel met een meegebracht hoofdkussen in haar rug. Ze zegt dat ze daarmee meer ontspannen kan zitten; anders houdt ze het niet vol tijdens het spreekuur.

Ze had zich gisteren en vandaag extra ontzien om vandaag genoeg energie te hebben.

Ze is af en toe wat affectlabiel (huilen) maar niet ongecontroleerd. Bij oriënterend onderzoek worden ten aanzien van bewustzijn, concentratie, stemming, oriëntatie, waarnemen en denken geen duidelijke afwijkingen vastgesteld. Voorts ook geen andere aanwijzingen voor ernstige psychopathologie en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Wel lijkt ze na een uur met iets meer moeite en langzamer te gaan praten.

Desgevraagd vertelt cliënte dat zij niet langdurig somber is en nog wel plezierbeleving heeft, verder heeft zij geen angstklachten, paniekgevoelens of vermijdingsgedrag.

Bij het onderzoek kreeg ik niet het gevoel dat er sprake was van simulatie, integendeel, het verhaal kwam reëel gemeend over.

3.3 Informatie van derden

Informatie huisarts:

Cliënte wil nadrukkelijk niet dat er informatie wordt ingewonnen bij haar huisarts. Bij navraag vertelt ze dat ze dat niet wil omdat ze zich door de huisarts niet altijd serieus genomen voelde. Wel werd met toestemming informatie opgevraagd bij de neuroloog waar ze in 2001 op het spreekuur is geweest, en bij de internist en cardioloog waar ze in 2003 op het spreekuur is geweest.

Informatie neuroloog (samenvatting):

Gestelde diagnose: een lichte slaapritmestoornis op basis van het klinisch beeld.

Cliënte werd behandeld met melatonine waarop de klachten niet verbeterden. De prognose wordt daarom als matig ingeschat. In een second opinion werd de diagnose lichte slaapstoornis bevestigd.

Informatie cardioloog (samenvatting):

Gestelde diagnose 1) 'Chronisch Vermoeidheid Syndroom'. 2) Vermoedelijk mitralisklepprolapssyndroom (evenwel slechts minieme mitraalregurgitatie). 3) Verdenking geweest op coronairlijden maar verworpen;. 4) Mogelijk ook sprake geweest van een slepende endocarditis; als dat al zo was is deze verdwenen. Controle binnen 1 jaar werd wenselijk geacht bij persisterende klachten. Er werd geen actief behandelvoorstel gedaan.

Informatie internist d.d. 21-11-04:

Uit de thans verkregen gegevens blijkt dat de internist naar aanleiding van het consult d.d. 27-08-03 diagnostisch is uitgegaan van het Chronisch Vermoeidheid Syndroom. Bij

bloedonderzoek vond hij een aantal marginale afwijkingen waarvan de klinische betekenis onduidelijk was. Verder werden er bij het onderzoek geen afwijkingen vastgesteld. Hij stelde cognitieve gedragstherapie voor maar deze is enerzijds niet in de regio beschikbaar en anderzijds had cliënte ernstige twijfels bij de veronderstelling dat het dus psychisch zou zijn. Momenteel is er geen sprake van behandeling. In de brief geeft de internist een overzicht van de klachten welke cliënte hem kort daarvoor via e-mail kenbaar had gemaakt, en refereert hij aan het onderzoek van de neuroloog die een lichte slaapritmestoornis vaststelde..

4 Diagnose

N690 Chronisch vermoeidheidssyndroom

5 Beschouwing

Samenvatting informatie:

Cliënte is een 32-jarige vrouw die zich per 10-12-99 heeft ziek gemeld voor haar functie als dierenartsassistente, 24 uur per week, sinds begin 1997 in dienst bij een dierenkliniek.

Cliënte claimt volledige arbeidsongeschiktheid voor het eigen en ander werk door ervaren beperkingen op het gebied van fysieke en geestelijke belasting in het algemeen. Zij is uitgevallen vanwege vermoeidheid en algemeen ziek-voelen. Bij neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen vastgesteld welke de klachten konden verklaren, maar werd wel een symptomatische diagnose gesteld: CVS. Ook bij later internistisch, cardiologisch en immunologisch onderzoek werden geen duidelijke afwijkingen gevonden welke de ervaren klachten konden verklaren; ook hier werd de diagnose CVS gesteld. Momenteel is er geen sprake van specialistische behandeling. De cardioloog adviseerde controle na een jaar. Hieraan werd geen gehoor gegeven omdat het bezoek aan de specialist te belastend werd geacht.

Bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek werd geen lichamelijk onderzoek verricht, omdat daar geen meerwaarde van verwacht werd. Bij aanvang van het onderzoek oogde zij enigszins vermoeid, na anderhalf uur was dat nog onveranderd aanwezig.

Beschouwing:

In de loop der jaren zijn er verschillende hypothesen beschreven over de oorzaak van CVS. In het Gezondheidsraadadvies wordt CVS beschreven als een multifactoriële aandoening die beschouwd kan worden als ziekte. Gebleken is dat de ernst van de ervaren beperkingen niet alleen te verklaren is uit de medisch objectiveerbare fysieke of psychische stoornissen (in de meeste gevallen worden helemaal geen afwijkingen vastgesteld); ook andere processen blijken hierop van invloed te zijn, zoals onder andere ziektebeleving, ziektegedrag en lichamelijke conditie. Deze aspecten worden meegenomen in de hedendaagse (revalidatie)behandeling, waarvan de basis gevormd

wordt door cognitieve gedragstherapie en 'graded exercise training'. De Gezondheidsraad adviseert nadrukkelijk niet toe te geven aan rust ('rust roest'). Rust zonder meer kan vermijdingstendensen versterken, ziekteverzuim verlengen en een proces van maatschappelijke marginalisatie in gang zetten. Om bovengenoemde redenen is het reëel om aan te nemen dat tenminste een deel van de ervaren klachten niet rechtstreeks herleidbaar zijn uit ziekte of gebrek, maar te maken hebben met ziektebeleving, ziektegedrag en conditievermindering ten gevolge hiervan. Anderzijds kan ook op grond van het Schattingsbesluit niet zonder meer worden afgegaan op de door de patiënt ervaren beperkingen.

De claimbeoordeling:

Op grond van gegevens uit onderzoek en de gestelde diagnose wordt cliënte geacht duurzaam benutbare mogelijkheden te hebben voor het verrichten van arbeid.

Globaal gesproken zijn beperkingen ten aanzien van matig zware tot zware fysieke en geestelijke belasting te rechtvaardigen. Lichtere belasting wordt wel mogelijk geacht. Omdat een objectief medisch vast te stellen substraat voor de snelle vermoeibaarheid niet is gevonden, kan een aanmerkelijke urenbeperking niet worden toegekend: de verzekeringsgeneeskundige standaard *Verminderde arbeidsduur* biedt daartoe geen mogelijkheden. Daarnaast heeft het toekennen van een urenbeperking, ook in het licht van het advies van de Gezondheidsraad, een antirevaliderende effect, om reden waarvan terughoudendheid is aangewezen.

Meer specifiek dient rekening gehouden te worden met beperkingen ten aanzien van:

- Persoonlijk functioneren: geen situaties waarin overmatig beroep wordt gedaan op aandacht en concentratie, geen veelvuldige deadlines of productiepieken.
- Dynamisch handelen: frequent buigen tijdens werk is beperkt, tillen of dragen beperkt, frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens werk beperkt, frequent zware lasten hanteren tijdens werk beperkt, lopen licht beperkt, lopen tijdens werk licht beperkt, traplopen licht beperkt, klimmen licht beperkt.
- Statische houdingen: staan licht beperkt, staan tijdens werk licht beperkt.
- Werktijden: werkuren per dag enigszins beperkt, geen ploegendiensten of sterk wisselende werktijden, werken vóór 10 uur 's morgens wordt minder wenselijk geacht, werken in de vroege avonduren behoort daarentegen wel tot de mogelijkheden; in de praktijk komt dat neer op een wat naar achteren geschoven dagdienst.

6 Belastbaarheidsprognose

Er bestaat momenteel een redelijke eindtoestand en op korte of langere termijn is er geen aanzienlijke verandering in de belastbaarheid te verwachten.

7 Conclusie

Bij het onderzoek werden afwijkende bevindingen vastgesteld. Deze bevindingen zijn een rechtstreeks gevolg van een ziekte of gebrek. Hierdoor is cliënte aangewezen op werkzaamheden zonder matig tot zware fysieke en geestelijke belasting, welke kunnen worden uitgevoerd in een wat naar achteren opgeschoven dagdienst. Cliënte kan de huidige mogelijkheden duurzaam benutten.

8 Reactie cliënte

Cliënte is het niet eens met de opgestelde FML. Ik heb haar geadviseerd na afloop van het onderzoek desgewenst bezwaar aan te tekenen tegen de beslissing.

Commentaar

* Beoordeling van de Sociaal medische voorgeschiedenis, de diagnostiek

Betrokkene heeft in de loop der jaren een viertal specialisten (neuroloog, cardioloog, internist en een immunoloog) geraadpleegd, die ieder één of meer diagnoses op hun vakgebied hebben overwogen. De diagnose CVS werd door de cardioloog gesteld en de internist is van deze diagnose 'uitgegaan'. Wat er differentiaaldiagnostisch is overwogen is niet duidelijk. Uit het verslag is niet duidelijk wie betrokkene naar de specialisten heeft verwezen. Ook lijkt er geen sprake te zijn van een vooropgesteld diagnostiektraject. Deze lijkt vooral gestuurd te zijn door de ervaren onverklaarde lichamelijke klachten van de cliënte.

Het verzekeringsgeneeskundige protocol CVS uit 2007 stelt dat voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden het van belang is om vastgesteld te hebben dat er inderdaad sprake is van CVS. Uit de beschikbare medische informatie wordt niet duidelijk op welke gronden de diagnose CVS gesteld is. Bij de diagnostiek van CVS speelt het vaststellen van co-morbiditeit een rol. Het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS noemt een viertal psychiatrische diagnoses die relatief vaak samen gaan met CVS dan wel die de abnormale vermoeidheid zouden kunnen verklaren: de depressieve stoornis, de somatisatiestoornis, de angststoornis en de overspanning. Het verzekeringsgeneeskundige protocol CVS stelt verder dat de verzekeringsarts door middel van eigen anamnestic onderzoek nagaat of er sprake is van CVS dan wel of er sprake is van een van de vier genoemde psychiatrische aandoeningen. Als er namelijk sprake is van CVS, dan, zo stelt het VG protocol, is dit een aandoening die per definitie het functioneren ernstig beperkt. De vaststelling dat er inderdaad sprake is van CVS is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van groot belang. De verzekeringsarts stelt deze vast, waarbij hij zich realiseert dat er op individueel niveau grote verschillen zijn in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan.

In haar rapport "Het chronisch vermoeidheidssyndroom" uit 2005 stipt de Gezondheidsraad het probleem aan van de ziekteclassificatie: is het een neurologische of een psychiatrische aandoening. Het Gezondheidsraadrapport zegt hierover "De plaats van CVS in de classificatiesystemen is verwarrend. In het internationale classificatiesysteem van psychiatrische aandoeningen, DSM-IV past vermoeidheid zonder lichamelijke verklaring in de categorie ongedifferentieerde somatoforme stoornissen. In het internationale classificatiesysteem van alle ziekten, de ICD-10, staat de aandoening vermeld onder de neurologische ziekten als postviraal vermoeidheidssyndroom/benigne myalgische encefalomyelitis (G93.3). In de ICD-10 kan CVS op grond van het klachtenbeeld ook als een psychiatrische aandoening worden

aangemerkt en wel als neurasthenie (F48.0).” De Gezondheidsraad stelt dat “de plaats van CVS in een classificatiesysteem niets zegt over de aard van de aandoening en dat de casusdefinitie van CVS niet meer is dan een beschrijving van een klachtenpatroon, waaraan geen argumenten ontleend kunnen worden in een discussie over ‘neurologisch of psychiatrisch’. De definitie is arbitrair en de CVS-criteria zijn opgesteld voor wetenschappelijk onderzoek, niet voor de klinische praktijk. Bovendien vindt de Gr-commissie een discussie ‘neurologisch of psychiatrisch’ niet vruchtbaar als het gaat om de behandeling van patiënten. “Dan zijn ervaren lijdensdruk en functieverlies van groter belang dan de vraag in welke rubriek CVS thuishoort. En, zoals gezegd, pleit de huidige stand van kennis tegen een dergelijke tweedeling, hoezeer deze zienswijze ook maatschappelijk is ingeburgerd.”

Als het diagnoselabel dan niet doorslaggevend is, wat is er dan wel relevant voor de verzekeringsarts? Volgens de Gezondheidsraad is het belangrijk dat de verzekeringsarts de klachten en de lijdensdruk en functieverlies die de cliënt ervaart en die verband kunnen houden met CVS goed in kaart brengt, waarbij aandacht is voor de (fysieke en psychosociale) omgevingsfactoren, en voor psychische en sociale determinanten van symptoomperceptie en ziektegedrag. Een aanbeveling die strookt met het verzekeringsgeneeskundige protocol CVS.

Terug naar de casus. De verzekeringsarts onderschrijft de diagnose CVS. Uit de rapportage blijkt dat de cliënte voldoet aan de criteria voor CVS, namelijk minstens 6 maanden aanhoudende of terugkerende vermoeidheid die niet levenslang aanwezig is, niet het gevolg is van inspanning, welke nauwelijks verbetert met rust, en die het functioneren ernstig beperkt. Daarnaast zijn er ook ten minste vier overige symptomen aanwezig, namelijk misselijkheid, spierzwakte, hoofdpijn en na inspanning een gevoel van uitputting. Hoe zit het met de co-morbiditeit of differentiaal diagnostiek? De behandelaars noemen geen andere psychiatrische aandoening en de verzekeringsarts beschrijft geen psychiatrische klachten en vindt geen afwijkingen bij psychiatrisch onderzoek. Wel moet de verzekeringsarts er rekening mee houden dat een cliënt(e) met CVS zich ten aanzien van het rapporteren van depressieve klachten, terughoudend kan opstellen. Een cliënt(e) kan bang zijn dat een verzekeringsarts de diagnose CVS niet serieus gaat nemen als er sprake is van depressiviteit. Duidelijk is wel dat het beeld van cliënte verschillende kenmerken vertoont van de somatisatiestoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV: zij heeft een voorgeschiedenis met vele lichamelijke klachten die voor het dertigste levensjaar begonnen zijn, een aantal jaren aanwezig zijn, geleid hebben tot het zoeken van behandeling en tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren en waarvoor bij adequaat medisch onderzoek geen voldoende verklaring gevonden wordt. Bij de diagnose somatisatiestoornis past verder dat cliënte grote waarde hecht aan een somatische verklaring van haar klachten, dat ze ernstige twijfels heeft bij de veronderstelling dat er een psychische verklaring voor haar klachten is en dat de relatie met haar huisarts verstoord is. Anderzijds kan niet gesteld worden, althans dat blijkt niet uit de rapportage, dat zij aan *alle* criteria voldoet. Met name is er geen sprake van 4

pijnklachten die verband houden met 4 verschillende lokalisaties of functies, blijkt er geen sexuele klacht te zijn en is er geen duidelijk pseudoneurologisch syndroom. De vermoeidheid staat op de voorgrond en dat past weer meer bij CVS. Ook is het zo dat er in de tijd een duidelijk moment is aan te wijzen waarna haar lichamelijke klachten pas hebben geleid tot artsenbezoek, namelijk de ziekmelding vanwege griepklachten in december 1999. Dit past ook weer meer bij CVS. Hoewel zij aangeeft daarvoor ook nooit heel erg sterk te zijn geweest, was dat voor haar geen aanleiding om artsen te consulteren. In deze casus zou de verzekeringsarts dan uitkomen bij een diagnose CVS. Dit is niet alleen van belang voor de beoordeling van de functioneringsmogelijkheden, maar ook voor de potentiële behandelingsmogelijkheden. Volgens het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS zou deze cliënte behoren tot de groep van de laagactieve of passieve patiënten. “Deze patiënten ondernemen door hun angst voor verergering van hun klachten zo weinig mogelijk. In potentie zijn hier meer mogelijkheden aanwezig. Voor deze groep is een geleidelijke uitbreiding van activiteiten zinvol. In veel gevallen is een professionele therapeutische begeleiding hiervoor noodzakelijk.”

*** Beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding; het belang van activeren en de mogelijkheid als verzekeringsarts om te reactiveren**

In de pathofysiologie van CVS spelen meerdere factoren een rol. Predisponerende factoren bepalen de verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen, uitlokkende factoren brengen bij mensen die daar gevoelig voor zijn CVS op gang en instandhoudende factoren houden de klachten in stand en staan herstel in de weg. Een analyse van de instandhoudende factoren is niet alleen een onderdeel van de diagnostiek van CVS, maar is ook van belang voor de beoordeling van herstelmogelijkheden en prognose.

Deze analyse ontbreekt in de casus. De verzekeringsarts confronteert haar hier dus ook niet mee. Wat in het oog springt, is dat bij de cliënte de prikkels ontbreken om iets aan haar situatie te doen. Zo heeft zij sinds november 2000, nadat zij in de WAO kwam, geen contacten meer met een bedrijfsarts of verzekeringsarts die haar aanspreekt op haar herstelgedrag. Vanuit de medische hoek zou de huisarts de aangewezen persoon zijn om initiatieven te ondernemen om iets aan haar medische situatie te doen met het oog op weer aan het werk te gaan. Met haar huisarts heeft ze echter geen goede relatie meer, omdat zij het gevoel had dat hij haar niet altijd serieus nam. Thuis lijkt alles (te) goed geregeld te zijn: ze wordt geholpen door familie en vrienden die voor haar de boodschappen doen en regelmatig koken, stofzuigen, poetsen en ander schoonmaakwerk doen. Ook haar eigen mening dat haar aandoening somatisch is en niet psychisch (somatische attributie), staat haar herstel in de weg. In 2003 wilde zij de optie van CTG als behandeling niet in overweging nemen. Cliënte laat zich leiden door haar klachten (klachtcontingent) met als gevolg dat ze een verschaald leven leidt: ze is gestopt met haar hobby's, doet haar eigen huishouden niet meer en komt nog maar in beperkte mate buiten de deur. Zij vermijdt activiteiten. Het is niet zo dat ze niet anders wil. Zij lijdt onder de ontstane situatie:

“Het is allemaal zo uitzichtloos”. In de rapportage wordt niet gesproken over dat gevraagd is naar factoren op haar vroegere werk die voor haar belemmerend kunnen zijn geweest om weer te gaan werken. Wel geeft ze aan dat zij haar werk altijd met plezier heeft gedaan. Deze analyse onderstreept de gevolgen van het ontbreken van een re-integratietraject waarbij cliënte extern begeleid wordt.

Hoe nu verder te handelen? Het dilemma dat de verzekeringsarts nu heeft is dat hij te maken heeft met een cliënte die naar alle waarschijnlijkheid CVS heeft, waarvan de diagnose, met uitsluiting van andere oorzaken, niet door een externe deskundige is vastgesteld, die geen behandeling heeft ondergaan voor de CVS, geen goede verstandhouding heeft met haar huisarts en die in de voorafgaande 4 jaar niet is aangesproken op haar herstelgedrag door de uitvoeringsinstantie. Cliënte is in haar herstelgedrag dan ook niet verwijtbaar. In de tijd waarin deze casus zich afspeelde, waren het advies van de Gezondheidsraad (2005) en het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS (2007) nog niet verschenen. Het opleggen van een sanctie (art 28 WAO) is dan ook geen reële optie (Faas, TBV 12008;6:110-112; art 29 WAO lid 1).

Wat hier wel aan de orde is, is het verlenen van een goede individuele zorg, getuige de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle uit 2008 (no153/2007), in een zaak waarin de indicatiearts een advies had gegeven om een voorziening (scootermobiel) af te wijzen. Reden voor de afwijzing was dat de cliënte met CVS zich niet adequaat had laten behandelen voor CVS (cliënte wilde geen CTG). De uitspraak hield in dat de indicatiearts tekort was geschoten in de individuele zorg en kreeg daarom een waarschuwing. Vertaald betekent dit voor deze casus dat de verzekeringsarts met cliënte in gesprek had moeten gaan. Hij had met haar moeten bespreken dat CTG in combinatie met opbouwende oefentherapie op dat moment de enige behandeling is, waarvan bekend is dat het voor CVS patiënten succesvol *kan* zijn, ongeacht de achterliggende oorzaak van de CVS. Hij had cliënte moeten proberen te overtuigen van het nut van de behandeling, zodat zij vrijwillig achter deze behandeling zou gaan staan. En hiermee samenhangend had hij haar moeten adviseren om een nieuwe huisarts te nemen, die haar in dit traject zou kunnen ondersteunen. Naast het verlenen van de goede zorg, heeft de verzekeringsarts in een casus als deze ook de taak de cliënte te wijzen op haar verplichtingen ten aanzien van medewerking aan herstel. Als cliënte, zonder deugdelijke reden, niet meewerkt aan een behandeling die door de verzekeringsarts of een daartoe aangewezen deskundige wordt voorgesteld ter genezing of tot behoud, herstel of bevordering van de mogelijkheid tot het verrichten van arbeid, dan kan de verzekeringsarts adviseren om de uitkering tijdelijk of blijvend, geheel of gedeeltelijk stop laten zetten (art 25 en art 28 WAO). Onveranderd blijft dat de verzekeringsarts ook in geval van “het in overleg terugverwijzen van de cliënt naar de behandelaar” een FML moet invullen, en dat zij door een arbeidsdeskundige zal moeten worden geschat.

Verzekeringsartsen kunnen, net als huisartsen en specialisten, gebruikmaken van hun ‘pluis’ en ‘niet-pluis’ gevoel. In deze casus is er in diagnostische en therapeutische zin

veel 'niet-pluis'. Door dit op te pikken had de verzekeringsarts de vrouw wellicht een nieuw toekomstperspectief kunnen bieden. Indien inderdaad sprake is van een onbehandelde CVS dan had een cognitieve gedragstherapie haar ook nu nog een redelijke kans geboden op een aanzienlijke mate van herstel. Door het advies om 'desgewenst' bezwaar aan te tekenen tegen zijn beoordeling heeft de verzekeringsarts deze mogelijke positieve wending echter niet dichterbij gebracht. Zolang de cliënte een bezwaarprocedure heeft lopen, is cognitieve gedragstherapie voor CVS voor haar minder kansrijk (Gezondheidsraad, 2005).

Casus mammacarcinoom

Algemeen

Onderzoeksgegevens verzekeringsarts:

Een 36-jarige linkshandige vrouw werkte oorspronkelijk 40 uur per week als medewerkster dierentuin. In augustus 1997 viel ze uit wegens mammacarcinoom rechts. Ze werd behandeld met een borstsparende ingreep, chemo- en radiotherapie en een okselkliertoilet. Ze consulteerde een psycholoog. Ze werd na een jaar aanvankelijk 45-55% arbeidsongeschikt geacht voor halve dagen. In 1999 werd ze 15-25% voor hele dagen gangbare arbeid. Ze hervatte in 2000 in hetzelfde werk bij een andere werkgever voor 16 uur per week. In november 2003 viel ze uit vanwege mammacarcinoom zonder metastasen links, na vier weken werd ze 80-100% arbeidsongeschikt geacht. Ze onderging opnieuw een borstsparende ingreep zonder okselkliertoilet. In januari 2005 hervatte ze weer voor 16 uur per week. Bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in september 2005 heeft ze klachten van een zwaar gevoel in beide armen bij bovenhandse activiteiten en voelt ze zich moe. Ze gebruikt geen medicatie en slaapt goed. De armen zwellen niet op zolang ze maar niet veel tilt of boven schouderhoogte actief is. Ze werkt op dinsdag en vrijdag de hele dag. Op andere dagen doet ze huishoudelijke taken en ze rijdt iedere dag paard. Ze heeft huishoudelijke hulp voor zwaardere taken. Ze claimt dat ze ook in het algemeen niet meer dan 16 uur per week kan werken. Bij onderzoek vindt de verzekeringsarts littekens van de operaties, er is geen oedeem. De rechter arm kan boven het horizontale vlak moeizaam en pijnlijk actief geheven worden. Er is een lichte rotatiebeperking. Er zijn geen aanwijzingen voor psychopathologie. De verzekeringsarts overweegt dat cliënte geen duurzame volledige ongeschiktheid claimt. Ze heeft geen infecties gehad en er is ook geen lymfoedeem. Als ze onder druk moet functioneren wordt haar vermijdingsgedrag versterkt, maar dat te honoreren is antirevaliderend. Er zijn niettemin specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren omdat ze in 1998 onder psychologische behandeling was en vanwege vermoeidheid. De verzekeringsarts beredeneert een groot aantal fysieke beperkingen vanuit de aandoening. Cliënte kan geen nachtelijke arbeid verrichten, uit de literatuur blijkt dat dit de kans op borstkanker verhoogt, bovendien is ze moe. Ze werkt twee hele dagen en verkeert in goed evenwicht na een ernstige ziekte. Mogelijk is verdere revalidatie met werkhervatting mogelijk, ze vertoont vermijdingsgedrag en het is maar de vraag of dat een uiting van ziekte, dan wel gemakzucht is. De verzekeringsarts laat zich verder niet uit over het arbeidspatroon.

Het commentaar is gericht op de beoordeling van de functionele mogelijkheden. De casus illustreert dat beperkingen soms worden vastgesteld op basis van het ziektebeeld maar de relevante claimklachten en beperkingen moeten dan toch ook uitgevraagd worden. Het bestaan van vermijdingsgedrag moet, als het relevant is, aannemelijk gemaakt worden en gewenning en verandering van levensperspectief eventueel uitgesloten. Een claim van een arbeidsduurbepanking kan niet onbesproken blijven en is in dit geval onaannemelijk gezien het activiteitenpatroon. De familieanamnese verdient in de voorgeschiedenis zeker bij een dergelijke aandoening nadrukkelijke aandacht; in verband met een verhoogd risico van recidief is inderdaad aannemelijk dat nachtarbeid niet mogelijk is.

Trefwoorden: beoordelen functionele mogelijkheden, mammacarcinoom, arbeidspatroon, claimklachten, vermoeidheid, gewenning, probleemanalyse, familieanamnese.

Verzekeringsgeneeskundige rapportage

Betreft:

Een medisch heronderzoek in het kader van de ASB aangaande een herziening van een aan een loontrekkende toegekende WAO-uitkering. Zie ook eerdere rapportage(s).

1- Vraagstelling:

Heeft cliënte nu benutbare mogelijkheden en zo ja, welke zijn dit?
Kan cliënte de huidige mogelijkheden duurzaam benutten?

2- Onderzoek:

2.1- Onderzoeksactiviteiten:

Er vond dossierstudie plaats.
Cliënte werd op 20-09-05 gezien op het spreekuur.
Kopie legitimatiebewijs in dossier aanwezig.

2.2- Onderzoeksgegevens:

Voorgeschiedenis:

Cliënte is een 34-jarige vrouw, die op 03-07-97 uitviel voor het werk als medewerkster diertuin voor 40 uur per week, wegens een nieuwvorming van de rechterborst.
Behandeling: borstsparende operatie, chemo- en radiotherapie. Okselkliertoilet rechts.
Per einde wachttijd werd cliënte in staat geacht tot het verrichten van passend werk en als 45-55% arbeidsongeschikt beschouwd in het kader van de WAO (theoretisch halve dagen). Sinds 15-12-98 wordt cliënte als 15-25% arbeidsongeschikt beschouwd (hele dagen passend werk). Cliënte hervatte per 15-11-2000 als medewerkster diertuin bij Dierentuin X te Y (= andere werkgever) voor 16 uur per week.
Ziekmelding per 29-11-03. AMBER van toepassing geacht, per 03-01-04 80-100% AO.
Verzekeringsarts plande herbeoordeling na 6 mnd maar deze is niet uitgevoerd.
Cliënte is nu gezien in het kader van een herbeoordeling, ASB.

Beoordelingsgesprek

Cliënte is reeds lang (sinds eind 2000) werkzaam voor 16 uur per week als medewerkster diertuin, op di en vr. Ze wil dit werk graag blijven doen, ze is niet op zoek naar ander werk en gaat het urenaantal in principe ook niet uitbreiden.
Cliënte is 1,5 jaar geleden opnieuw uitgevallen omwille van mamma, ditmaal links. Ze onderging een borstsparende operatie, LN-klieren in het oksel waren negatief. Cliënte heeft nadien wel opnieuw chemo- en radiotherapie gehad. Dit vanwege recidief. De laatste behandeling was op 25-11-04. Cliënte heeft vanaf januari 2005 weer voor 16 uur per week het laatst verrichte werk hervat.
Ze had nog klachten aan de rechterarm overgehouden van de tumor en behandeling in '97 en heeft nu ook klachten aan de linkerarm. Klachten rechts: zwaar gevoel, te vermijden door niet overmatig te belasten en niet bovenhands te werken. Klachten links: trekkend gevoel, alleen bij bovenhands werken.
De klachten van de linkerarm zijn minder dan van de rechterarm omdat er links geen LN verwijderd zijn. Cliënte vermijdt frequent zware dingen te tillen met beide armen. Ze kan dit wel een keer als het nodig is (bijvoorbeeld wanneer bij het voederen), maar kan dit niet vaak. Haar werkzaamheden zijn enigermate aangepast. De rechterarm zwelt niet op, naar eigen zeggen omdat cliënte erover waakt deze niet te

overbelasten. Ook boven de schouderhoogte actief zijn is voor haar moeilijk, ze kan het wel, maar vermijdt het zoveel mogelijk. Ze gebruikt bijvoorbeeld vaak een krukje. Daarnaast heeft cliënte ook last van moeheid, sinds de chemotherapie in 1997. Het is daarna minder geworden en sinds de laatste behandeling weer terug. Ze slaapt overdag niet bij, kan wel de hele dag actief zijn, maar na een werkdag (dinsdag of vrijdag), is ze wel helemaal op, ze moet daarna dan bijvoorbeeld geen verjaardagsfeestje plannen. Cliënte geeft aan dat het werk redelijk intensief is, mede omdat het veel lopen en staan is. Ze heeft nu in het geheel geen therapie meer, maar komt wel elke drie maanden op controle bij de oncoloog.

Tractus anamnese:

Verder geen bijzonderheden.

Persoonlijk en sociaal functioneren:

Cliënte is drie jaar geleden gescheiden. Ze heeft geen kinderen, maar heeft nu wel een vriend. Met deze kan ze goed over de ziekte praten, ze heeft momenteel (anders dan vroeger) geen behoefte aan verdere behandeling/ begeleiding door psycholoog. Cliënte heeft een huishoudelijke hulp voor de zwaardere activiteiten, 3 uur per week, bijvoorbeeld zemen van ramen, stofzuigen, schrobben. Zij houdt van paardrijden, doet dit zo'n vier uur per week. Dit geeft weinig problemen voor de armen.

Dagverhaal

Cliënte beschrijft afgelopen dinsdag. Ze stond om 6.30 uur op, douchen en ontbijt. Ging zoals altijd met de auto naar werk, begint om 7.30 uur. Om 16.00 uur naar huis. Thuis moest ze bijkomen op de bank. Vriend kookte en waste af. Ze keek TV, ging om 21.30 uur naar bed.

Cliënte beschrijft afgelopen woensdag. Ze stond om 9.00 uur op, douchen en ontbijt, kleepte zich aan en ging koffiezetten. Dit alles in een rustig tempo. Om 10.30 uur kleine boodschappen doen. 's Middags reed ze een uur paard, inclusief verzorging. Ze ging daarna naar huis en rustig aan koken. Vriend waste af. 's Avonds keek ze TV. Ze ging om 22.30 uur slapen.

Medicatie:

Geen

Behandelende specialisten:

Bij de oncoloog vindt een drie maandelijkse controle plaats.

Visie van cliënte:

Cliënte acht zich omwille van de klachten niet in staat haar werk full-time te verrichten. Zij acht zich wel in staat passend werk te verrichten, zoals wat ze nu doet (max 16 uur), en wil in principe geen ander werk verrichten. Cliënte verwacht hierin binnen afzienbare termijn geen verandering.

Lichamelijk onderzoek:

Verzorgd uiterlijk, conform kalenderleeftijd. Cliënte oogt niet ziek of moe. Zij is linkshandig. Duidelijk litteken onder rechter oksel. Status na borstsparende operatie beiderzijds. Geen oedeem. Geen atrofie van boven- en onderarmspieren. Functie

linkerarm en schouder niet beperkt. Abductie rechterarm boven 90 graden verloopt moeizaam en is pijnlijk, lichte exorotatie beperking.

Psyche:

Geschat gemiddeld intelligent. Cliënte is rustig en coöperatief. De stemming is neutraal, het affect is adequaat en moduleert goed. Het verhaal wordt helder en coherent verteld. Er zijn geen geheugen- of concentratieproblemen. Oriëntatie in tijd plaats en persoon is ongestoord. Cliënte maakt in het geheel geen gedecompenseerde indruk. Er zijn al met al geen aanwijzingen voor een psychopathologisch beeld in engere zin.

Informatie van derden:

Op grond van de gegevens die verkregen werden uit de dossierstudie, het beoordelingsgesprek en het fysisch/ psychodiagnostisch onderzoek is er voldoende informatie aanwezig om tot een valide opstelling van de FML te komen. Informatie van de curatieve sector heeft hierbij geen additionele waarde voor de oordeelsvorming en is derhalve niet opgevraagd.

3- Diagnose:

8U229 mamma links en rechts, status na beiderzijds OK, radio- en chemotherapie

4. Beschouwing

Clïente is een 34-jarige vrouw, die op 03.07.97 uitviel voor het werk als medewerkster dierentuin voor 40 uur per week, omwille van nieuwvorming van de rechterborst. Behandeling: borstsparende operatie, chemo- en radiotherapie. Okselkliertoilet rechts.

Per einde wachttijd werd cliënte in staat geacht tot het verrichten van passend werk en als 45-55% arbeidsongeschikt beschouwd in het kader van de WAO (theoretisch halve dagen). Sinds 15-12-98 wordt cliënte als 15-25% arbeidsongeschikt beschouwd (hele dagen passend werk). Cliënte hervatte per 15-11-2000 als medewerkster dierentuin bij een andere werkgever voor 16 uur per week. Ziekmelding per 29-11-03. AMBER werd van toepassing geacht, per 03-01-04 volgt WAO (80-100% AO). Verzekeringsarts plande een herbeoordeling na 6 maand maar deze is niet uitgevoerd. Cliënte is nu gezien in het kader van een herbeoordeling, ASB.

Clïente acht zich omwille van de klachten niet in staat haar werk full-time te verrichten. Zij acht zich wel in staat passend werk te verrichten, zoals wat ze nu doet (max 16 uur), en wil in principe geen ander werk verrichten. Cliënte verwacht hierin binnen afzienbare termijn geen verandering.

Clïente werd beoordeeld in gesprek en lichamelijk onderzoek. Ook werd gebruik gemaakt van in het dossier aanwezige informatie over de voorgeschiedenis. Cliënte claimt niet duurzaam volledig ongeschikt te zijn om te werken en gezien haar functioneren is er ook geen aanleiding om dat aan te nemen. Wel zijn bij haar beperkingen in functioneren vast te stellen als uiting van ziekte. Dit betreft de FML-rubrieken persoonlijk functioneren in arbeid, fysieke omgeving, dynamische en statische handelingen en werktijden.

Persoonlijk functioneren: Cliënte moet een hoog handelingstempo en productiepieken/deadlines vermijden. Deze beperking geldt omdat ze in het verleden psychologische begeleiding heeft gehad, ze nu nog over vermoeidheid klaagt hetgeen haar cognitief functioneren kan beïnvloeden, en omdat het vermijdingsgedrag wordt versterkt als ze onder druk wordt gezet (preventief).

Anderzijds blijken uit het gesprek geen klachten op dit gebied en ze heeft nu geen psychologische begeleiding. Verder is er geen zodanige mate van vermoeidheid dat het cognitief functioneren beperkt is, want cliënte werkt en functioneert twee hele dagen per week waarbij normaal cognitief functioneren vereist is (naast fysieke belasting). Vermijdingsgedrag honoreren is antirevaliderend terwijl ze niet wordt behandeld en geen behoefte heeft aan psychologische begeleiding. Onderzoek geeft ook geen aanwijzingen voor psychopathologie.

Ook moet zij persoonlijk risico vermijden want het verwonden van de linkerarm geeft een verhoogde kans op infectie en op lymfoedeem. Daar staat tegenover dat bij onderzoek geen lymfoedeem wordt gevonden en dit is al jaren zo, en tot op heden deden zich geen complicaties/ infecties voor.

In *de fysieke omgeving* zijn hitte en trillingsbelasting te vermijden omdat zij lymfkliertoilet heeft ondergaan. Door lymfkliertoilet heeft zij een pathologische afvoer van lymfe met als risico het ontwikkelen van lymfe-oedeem. Dit risico wordt verder verhoogd door blootstelling aan hitte dan wel trillingen.

Verder heeft zij een verhoogde vatbaarheid voor infecties want rechts is een status na okselkliertoilet, hetgeen een verhoogd risico op infecties van de arm geeft. Daarom beperk ik haar voor arbeid met een verhoogd risico op het ontstaan van wondjes (bijv. tuin, snijden, uitbenen). Wondjes geven als porte d'entrée een verhoogd risico op infecties. Echter, sinds 1997 is er geen sprake van lymfoedeem of infecties van de arm. Dit argument weegt minder zwaar omdat lymfoedeem ook nog jaren later kan ontstaan dus dit argument kan ook preventief gebruikt worden.

Een argument tegen beperking is dat cliënte werkt als medewerkster dierentuin en 4 uur per week paard rijdt (sociaal). Paardrijden gaat immers gepaard met trillingen en onder warme omstandigheden. Beiden geven een verhoogd risico op het ontstaan van wondjes. De argumenten voor beperking wegen zwaarder vanwege het wetenschappelijk karakter.

Dynamische handelingen

Ik overweeg frequent reiken preventief te beperken op grond van het ziektebeeld. Bij de betere arm spelen alleen de gevolgen van de operatie. Cliënte beschrijft een trekkend gevoel. Echter, uit eigen onderzoek en gesprek blijkt dat de dominante (linker)arm niet is beperkt en er is ook geen okselkliertoilet links uitgevoerd. In haar huidige werk moet ze waarschijnlijk frequent reiken. Ze heeft wel klachten aan de rechterarm welke objectiveerbaar zijn (onderzoek) maar geen spieratrofie in rechterarm (onderzoek).

Ik geef haar voor frequent reiken tijdens het werk een lichte beperking. Zij is links al beperkt en ik wil voorkomen dat zij haar linkerarm overbelast. Dit is conform het protocol.

Ik beperk cliënte wat betreft zwaar tillen en dragen, en frequent zware voorwerpen hanteren (15 kg). Ze is dubbelzijdig geopereerd met rechts een okselkliertoilet. Hierdoor is het aannemelijk dat zij minder belast kan worden (protocol). Zwaar tillen en dragen geeft pijn- en vermoeidheidsklachten van de arm en schouder. Ze krijgt bij overmatige belasting een zwaar gevoel rechts en een trekkend gevoel links. De klachten zijn consistent met het ziektebeeld.

Cliënte vermijdt in haar werk tillen en dragen van zwaardere lasten. Als het nodig is doet ze het echter wel. Deze belasting is waarschijnlijk incidenteel. Daarom besluit ik voor beperking.

Ik overweeg frequent lichte voorwerpen hanteren (ruim 1kg) preventief te beperken. Cliënte heeft klachten aan de rechterarm welke objectiveerbaar zijn bij onderzoek. Gelet op de hoge frequentie per uur beperk ik haar uit preventieve overwegingen, temeer omdat cliënte dubbelzijdig is aangedaan. Echter, ze klaagt er niet over in dagelijks leven. Onderzoek toont een normale spierontwikkeling, geen bewegingsbeperking die het functioneren beperkt. Verder blijkt cliënte in staat om

twee dagen gedurende 8 uur per dag te werken, en daarnaast onderneemt ze diverse activiteiten (huishouden en paard), waarbij deze handelingen veelvuldig voorkomen. Het lichamelijk onderzoek in combinatie met de activiteiten lijkt zwaarder te wegen dan de preventieve overwegingen om overbelasting van de (linker)arm te voorkomen.

Statische handelingen:

Boven schouderhoogte actief zijn is op grond van het ziektebeeld rechts zeker beperkt. Boven schouderhoogte handelen rechts is beperkt door okselkliertoilet (wetenschappelijk, protocol). In het gesprek geeft ze klachten aan bij bovenhandse handelingen zowel links als rechts, zij het links minder. Onderzoek toont ook een beperkte elevatie rechts.

Echter het gaat hierbij om geringe afwijkingen, 5 minuten zou mogelijk moeten zijn. Onderzoek toont links een goede functie.

De goede functie van de linkerarm weegt zwaarder dan de klachten. Ik besluit haar op basis van de definitie van de FML rechts niet te beperken (scoren goede arm).

Toelichting: rechts beperkt.

Werktijden:

Nachtdienst: nachtelijke arbeid verhoogt de kans op borstkanker. Cliënte is ook moe, een verstoring dag/nacht ritme is om die reden niet wenselijk. Ze meldt echter zelf geen slaapproblemen.

Cliënte is moe, is na een werkdag 'op', moet op niet werkdagen alles in rustig tempo doen om te recupereren. Aan de andere kant werkt ze twee hele dagen, en ze is op niet- werkdagen hele dagen op en actief, cliënte rijdt paard en dat is fysiek inspannende bezigheid.

En ze doet nu fysiek belastend werk (lopen, staan).

De klachten en ervaren beperkingen die cliënte weergeeft passen geheel bij de aard en de ernst van de aandoening en de behandelingen die cliënte gehad heeft. Ook liggen de huidige klachten in de lijn der verwachtingen gezien de reeds uit het dossier bekende gegevens. Er is een duidelijk en consistent verband tussen stoornis, beperkingen en handicap. Er is nog sprake van ziekte van waaruit nog beperkingen ten aanzien van arbeid volgen, met name op het vlak van dynamische handelingen en statische houdingen. Cliënte is aangewezen op armsparend werk, zonder frequent zwaar tillen, duwen/trekken, zonder frequent of langdurig boven de schouderhoogte werken, zonder hoogfrequent reiken.

Toename van beperkingen is geldig per 104 weken na ziekmelding in november 2003.

Concluderend kan cliënte indien rekening gehouden wordt met de gestelde beperkingen, in staat geacht worden tot het verrichten van passend werk.

6 Prognose:

Ten aanzien van de gezondheid: binnen afzienbare termijn wordt geen substantiële verandering verwacht.

Ten aanzien van werkhervatting: binnen afzienbare termijn wordt geen wijziging van de belastbaarheid verwacht.

7 Reactie van cliënt:

Cliënte is het er mee eens.

Cliënte wacht Ad-onderzoek af.

8- Conclusie:

Er zijn benutbare mogelijkheden en cliënte kan de mogelijkheden duurzaam benutten.
Cliënte is in staat te achten tot passende arbeid.
Ad-onderzoek kan plaatsvinden.

9- Planning:

Arbeidsdeskundig onderzoek.
Herbeoordeling verzekeringsarts over twee jaar.

Commentaar

*Beoordeling functionele mogelijkheden

Allereerst een opmerking vooraf. De verzekeringsarts begint met het bespreken van een eventuele 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'. Dat is overbodig omdat cliënte geen volledige arbeidsongeschiktheid claimt. Sinds de jaren '90 ligt het accent op de mogelijkheden, het ligt ook daarom voor de hand niet met het onvermogen te beginnen.

In de beoordeling van de functionele mogelijkheden, zijn vier aspecten nuttig om nader te beschouwen.

1. Onderbouwing van de invulling FML-activiteiten

Uit de claimklacht komt naar voren dat cliënte zich belemmerd voelt ten aanzien van volgehouden activiteiten boven schouderhoogte en zware fysieke inspanningen met de armen. De verzekeringsarts toetst deze belemmeringen en kwalificeert ze terecht als beperkingen. Daarnaast stelt hij diverse beperkingen vast zonder cliënte gevraagd te hebben of ze die ook als belemmering ervaart. Dat geldt de andere fysieke beperkingen maar ook de specifieke voorwaarden ten aanzien van werken in hoog tempo of met deadlines. De fysieke beperkingen worden afgeleid uit de diagnose zonder de psychosociale context te betrekken waaruit blijkt dat cliënte dergelijke belemmeringen in haar huidige werk in de dierenkliniek en bij het paardrijden niet lijkt te ervaren dan wel kan compenseren. Er worden specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren vastgesteld, vermoedelijk omdat ze ooit bij een psycholoog onder behandeling is geweest. Er is geen psychopathologie aangetoond. Conform het MAOC moeten beperkingen zoveel mogelijk worden vastgesteld en niet alleen afgeleid uit een ziektebeeld. Als een cliënt bepaalde belemmeringen nooit heeft kunnen ervaren of niet in staat is die onder woorden kan brengen, valt een meer theoretische benadering te verdedigen.

2. Probleemanalyse: achtergrond reden van 16 uren per week werken

De verzekeringsarts stelt dat er sprake is van vermijdingsgedrag, kennelijk heeft de verzekeringsarts het vermoeden dat cliënte fulltime werkhervatting vermijdt. Maar hij laat na een probleemanalyse te maken die daar argumenten voor aandraagt. Bij zo'n probleemanalyse had ook op kunnen vallen dat cliënte al bijna acht jaar - sinds 1997 - niet meer fulltime heeft gewerkt. Gewenning is tegen die achtergrond ook een mogelijke verklaring. Op de dagen dat cliënte niet werkt ontplooit ze immers allerlei activiteiten waar ze plezier aan beleeft. Ook had de verzekeringsarts zich kunnen afvragen wat het op jonge leeftijd tweemaal achtereenvolgens krijgen van kanker met het levensperspectief van cliënte heeft gedaan - en met de prioriteit van arbeid daarin. Het is voorstelbaar dat werk voor cliënte een lagere prioriteit in het leven heeft gekregen. Navraag daarnaar had kunnen leiden tot een beter begrip van haar beleving en van haar motivatie tot herstelgedrag. Dat herstelgedrag lijkt vanuit haar perspectief functioneel, maar het is mogelijk niet gericht op fulltime arbeid.

3. Arbeidspatroon en verminderde arbeidsduur

De verzekeringsarts doet geen uitspraak over het mogelijke arbeidspatroon, terwijl cliënte een arbeidsduurbepending claimt tot 16 uur per week. De verzekeringsarts kan die claim natuurlijk niet zomaar negeren. De claim is op het oog niet aannemelijk; cliënte heeft op de dagen dat ze niet werkt een gevuld dagverhaal met sportieve -

fysiek inspannende - activiteiten. Ze blijkt daarnaast in staat twee hele dagen te werken. Haar verdeling van inspanningen over de week is daarmee niet overtuigend op ernstige vermoeidheid toegesneden. De standaard 'verminderde arbeidsduur' waarschuwt voor onkritisch uitgaan van de gerealiseerde arbeidsduur. Daarin kunnen namelijk allerlei niet medische omstandigheden meespelen zoals beschikbaarheid van die arbeid, bijzondere kenmerken van dat werk, gewenning of oppervlakkige legitimatie door de bedrijfsarts. In het kader van de WIA gaat het bovendien niet om de geschiktheid voor 'zijn arbeid', maar om de theoretische geschiktheid voor gangbare arbeid in het algemeen. De reden om cliënte buiten staat te achten fulltime te werken met het in acht nemen van enige fysieke beperkingen wordt niet duidelijk uit de rapportage. Dat er sprake is geweest van een ernstige ziekte doet niet ter zake: iemand die goed hersteld is van kanker behoort verzekeringsgeneeskundig niet anders beoordeeld te worden dan iemand met willekeurig welke andere klachten.

4. Nachtarbeid en borstkanker

Wat betreft het verrichten van nachtarbeid merken wij nog het volgende op. In 2006 oordeelde de Gezondheidsraad in het rapport *'Nachtwerk en borstkanker: een oorzakelijk verband?'* dat er meer onderzoek nodig is naar het verband tussen borstkanker en langdurig nachtwerk. Twee belangrijke onderzoeken onder een grote populatie vrouwelijke verpleegkundigen in de Verenigde Staten geven aanwijzingen voor een mogelijk verband tussen nachtdienst en borstkanker. Na tenminste twintig of dertig jaar nachtwerk kwam bij hen ongeveer anderhalf keer zo vaak borstkanker voor, in vergelijking met de verpleegkundigen die niet in nachtdienst werkten. De onderzoeken hebben echter een aantal belangrijke beperkingen in de schatting van de blootstelling aan nachtwerk. Het is namelijk niet altijd duidelijk wat onder nachtwerk werd verstaan en hoe de expositie daaraan werd vastgesteld. Er zijn momenteel (eind 2008) nog geen resultaten bekend van onderzoek naar het risico op (borst) kanker bij verpleegkundigen die nachtdiensten draaien. Erg duidelijk is de wetenschap op dit punt dus niet. In het algemeen kan een licht verhoogd risico geen aanleiding vormen iemand ongeschikt voor dergelijk werk te achten. Zo'n risico doet zich immers bij iedereen voor en kan derhalve geen grond zijn, alleen claimende werknemers voor dergelijke arbeid ongeschikt te achten. Maar nu cliënte in dit bijzondere geval tweemaal op al jonge leeftijd borstkanker heeft gehad, lijkt ongeschiktheid voor nachtdiensten wel te verdedigen. Ze heeft borstsparende operaties ondergaan, waarbij het risico van recidief op zichzelf al is verhoogd (*Mammacarcinoom bij jonge vrouwen M.J.C van der Sangen e.a. NTVG 152 2008, 2495 ev*). Door het recidief van kanker in de andere borst heeft dit risico zich zelfs al gemanifesteerd. Mogelijk bestaat er een erfelijke variant waaruit bovendien motieven van cliënte voor andere levensprioriteiten begrijpelijk hadden kunnen worden. In verband daarmee hadden eventuele erfelijke aspecten en de familieanamnese in de voorgeschiedenis aan de orde moeten komen.

Casus hartinfarct

Algemeen

Deze casus betreft een 45 jarige man die aanvankelijk uitviel met klachten van psychische aard, waarvan hij weer gedeeltelijk was hersteld toen hij tijdens zijn vakantie een infarct kreeg en 3 maanden nadien een groot recidief infarct. Ook bleek hij toen diabetes mellitus te hebben. Betrokkene acht zich volledig arbeidsongeschikt voor zijn eigen werk (leraar en leerlingbegeleider VMBO) en voor ander werk. De cardioloog heeft hem verboden te werken. Voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van de cliënt, concentreert de verzekeringsarts zich op de cardiale problematiek. De vraag is of dit terecht is. Had hij ook aandacht moeten besteden aan de psychische problematiek die speelde bij de aanvankelijke ziekmelding? Het commentaar is toegespitst op de vragen 'Hoe uitgebreid moet de beoordeling van de verzekeringsarts zijn als op één aspect eigenlijk al een doorslaggevende uitkomst is te bereiken?' en 'Had de verzekeringsarts op basis van de aangeleverde informatie wel een beoordeling kunnen geven'.

Trefwoorden: hartfalen, hartinfarct, psychische klachten, functionele mogelijkheden, prognose, externe expertise

Verzekeringsgeneeskundige rapportage

1 Onderzoekkader

WIA. Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling per EW d.d. 8 november 2005

2 vraagstelling

Welke beperkingen ondervindt cliënt in het functioneren in arbeid als gevolg van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie en in welke mate is cliënt belastbaar voor arbeid?

3 onderzoek

Dossierstudie

Medisch onderzoek, spreekuur 20 oktober 2005

3.1. Dossierstudie

Datum uitval 12 november 2003

3.1.1 Gegevens laatste beroep

Cliënt is een 45 jarige man, tot datum uitval werkzaam bij:

Eerste werkgever, als leraar/leerlingenbegeleider in een parttime functie 8 uur/week sedert 1 augustus 1995.

Tweede werkgever sedert 1 augustus 1990 als leraar/leerlingenbegeleider.

De werkzaamheden zijn in het algemeen mentaal van aard, de belasting is globaal als gemiddeld te kenmerken.

Uit AD rapport:

De taken en belasting in de functie zijn vastgesteld aan de hand van de verklaring van cliënt . De functies worden als volgt omschreven:

Inhoud functie 1.

Leerlingbegeleider op een school voor VMBO (moeilijk lerende kinderen en kinderen voor wie extra aandacht nodig is; voorbereidend beroepsonderwijs voor leergewoonondersteunend onderwijs). Indien zich problemen voordoen tussen leerlingen en docenten treedt betrokkene op als bemiddelaar. Tevens corrigerend optreden naar de kinderen als zich problemen in de klas voordoen. Overleg met ouders en huisbezoeken. Regelmatig conflicthantering. Participatie in verschillende overlegstructuren.

Inhoud functie 2.

Docent Duits op middelbare school aan klas 1 en 3 . Klassikaal onderwijs, met alle bijbehorende taken als lesvoorbereiding, corrigeren, mondelinge en schriftelijke toetsen en huiswerkcorrectie. Participeren in het docentenoverleg. Aanspreekbaar tijdens ouderavonden voor de ouders.

Belasting in de functies:

Beide functies zijn stressvol en inspannend. Zowel geestelijk als fysiek is het werk inspannend omdat in de klas voor de groep gestaan moet worden en bij het begeleiden

van de leerlingen ook opgetreden moet worden als een sterke persoonlijkheid. Wekelijks huisbezoeken bij problemen. Fysiek inspannend door veel traplopen. Betrokkene heeft onvoldoende energie en kan beide taken niet meer aan. Betrokkene geeft aan dat hij op dit moment de functies niet meer kan uitoefenen door energetische beperkingen en hij kan niet- of nauwelijks werken. De werkzaamheden kunnen niet aangepast worden.

3.1.2 Medische informatie RIV dd 13 juni 2005

Aanvankelijk overbelast door privé-situatie, hoge werkdruk. Tijdens vakantie in buitenland in juli 2004: hartinfarct, in september 2004 tweede infarct. Bleek tevens DM te hebben, met als gevolg retinopathie linkeroog.

3.1.3 Informatie van derden

Uitgevallen met psychische klachten als gevolg van werkplekproblematiek bij WG. Cliënte is bekend met recidief myocardinfarcten in juli 2004 en september 2004: anteroseptaal en lateraal. Na eerste hartinfarct was er nog een goede linker ventrikelfunctie, na het tweede infarct is de LVF verslechterd. In mei 2005 is er een slechte pompfunctie geconstateerd. Een aantal maanden geleden kreeg betrokkene een pace-maker, dit had weinig effect op de hartfunctie. Inmiddels is een DM type 2 geconstateerd met retinopathie. Betrokkene wordt behandeld op de poli hartfalen door de cardioloog. Hij is te moe om auto te rijden en ligt overdag veel op bed. Hij heeft zijn studie Duits gestaakt. Niet in staat tot werken.

3.1.4. Aanvullende dossierinformatie

Cliënte is in eerste instantie uitgevallen met psychische klachten als reactie op familie-problemen. Tevens werk problemen. Door het vervallen van zijn uren Frans was hij gedwongen om een opleiding Duits te volgen naast het lesgeven en begeleiden van leerlingen. Buiten school loste hij problemen van jongeren in het buurthuis op. Betrokkene werd begeleid door een arbeidspycholoog en kon voor de zomervakantie partieel zijn werk hervatten. Tijdens zijn vakantie kreeg hij op de terugreis vanuit Zuid-Europa een hartinfarct. Hij werd behandeld middels het plaatsen van een stent en een dotterprocedure. In september recidiefinfarct. Hierna nam zijn vermoeidheid verder toe. Nadien heeft betrokkene niet meer gewerkt.

3.2 Medisch onderzoeksverslag

3.2.1 Anamnese

Onderzochte acht zich thans volledig arbeidsongeschikt voor zijn eigen werk en voor andere werkzaamheden vanwege de ernst van zijn klachten en beperkingen. Hij heeft een (zeer) laag energieniveau, hij kan niet lang aaneengesloten lopen of staan en hij moet dagelijks meerdere keren rusten voor herstel van krachten.

Specifieke anamnese

Cliënt heeft de volgende klachten: hij is snel vermoeid, hij kan minder dan een half uur lopen voordat dat hij gaat transpireren. Traplopen ongeveer tien treden, dan vermoeid, kortademig en licht in het hoofd. Onderzochte vertelt dat hij trager in zijn bewegingen geworden is; in de moskee wordt hem gezegd dat hij niet snel genoeg beweegt tijdens het bidden. Als oefening probeert hij gewichten van 5 kg te tillen, maar dan begint hij snel te transpireren. Zitten zonder lichamelijke inspanning gaat

wel goed, hij houdt dat 2 uur vol. Hij moet elke dag 's middags rusten om weer op verhaal te komen.

Overige klachten: regelmatig hoofdpijn, vaak duizelig bij lang staan.

Ziektebeleven: betrokkene is bang voor een derde infarct omdat hij ongeveer dezelfde symptomen heeft als voorafgaand aan zijn eerdere infarcten. Hij heeft af en toe pijnklachten in de hartstreek. Zijn cardioloog heeft hem verteld dat het vervoer naar het ziekenhuis tijdens zijn 2^e infarct te lang geduurd heeft en dat zijn hart hierdoor voor 75% beschadigd is. De cardioloog heeft hem verboden te werken en dat herstel van de hartfunctie niet goed denkbaar is met de huidige bekende therapeutische mogelijkheden. Zijn suikerziekte is met medicatie onder controle.

Relevante bijzonderheden uit de tractus anamnese
n.v.t.

Medicatie

Plavix 1dd 75 mg, Ascal 1dd 100mg, Eucardi 2 dd ½ á 25 mg, Promocard Durettes 1 dd 30 mg, Capoten 3 dd ½ á 12,5 mg, Crestor 1 dd 20mg, Spironolacton 1 dd 25 mg, Furosemide 2 dd 2 á 40 mg, Pantazol 1 dd 40 mg, Metformine 3 dd 500 mg, Glyclazide 2 dd 80 mg, ferrofumaraat.

Allergie

Geen

Intoxicaties

Roken en alcohol: geen

Sociale activiteiten en dagverhaal

Betrokkene is gehuwd, zij hebben een dochter van 11 jaar en een zoon van 7 jaar. Betrokkene staat in het algemeen rond een uur of 7 op. De tijd waarop hij wakker wordt is voor een deel afhankelijk van het tijdstip waarop hij naar bed gaat. Hij slaapt een uur of 6 á 7. Na het opstaan doet hij enkele oefeningen. Daarna ontbijt hij samen met zijn dochter. Vervolgens onderneemt hij 's ochtends bijna geen activiteiten; hij zit voornamelijk in zijn stoel. Op het eind van de ochtend gaat hij er even op uit om brood te halen. De bakker is een klein stukje lopen. Tussen de middag luncht hij samen met zijn dochter en zoontje. Aan de voorbereiding van het eten doet hij bijna niets. Zijn dochter neemt een aantal huishoudelijke taken waar. Als zij weer naar school is, gaat hij altijd een uur rusten. In de middag onderneemt hij nog wat lichte activiteiten. Soms heeft hij telefonisch contact met probleemleerlingen van zijn school en hij onderhoudt daarvoor ook contact met school. Hij bezoekt ook het buurthuis.

's Avonds kijkt cliënt t.v. en er komt regelmatig familie op bezoek. Hij gaat 's avonds tussen 9 en 12 uur naar bed.

Herstelgedrag

Cliënt is onder behandeling van een tweetal cardiologen.

Na het vervallen van zijn uren Frans is cliënt begonnen met de opleiding Duits. Na het infarct kon hij de inspanningen van deze studie niet meer opbrengen. Betrokkene acht zich niet in staat om deze studie nu al weer op te pakken.

3.2.2 Lichamelijk en psychisch onderzoek

Er werd geen lichamelijk onderzoek verricht. Deze gegevens zijn bekend.

Algemene indruk/psyche

Cliënt is een normaal verzorgde man. Hij is zelfstandig naar het spreekuur gekomen. Hij maakt op het oog geen opvallend zieke indruk.

Betrokkene kan zijn medische geschiedenis goed verwoorden. In feite draait het hele gesprek om zijn ziekte, de beperkingen die hij heeft, de bezoeken aan de verschillende ziekenhuizen en specialisten. Zijn sociale participatie is duidelijk beperkt ten opzichte van het actieve leven dat hij voor zijn ziekte leidde. Zijn angst voor een recidief infarct is invoelbaar. Het ontbreekt betrokkene in psychologische zin echter ook aan een toekomstperspectief. Hij onderhoudt binnen de door hem genoemde mogelijkheden nog een aantal van zijn sociale contacten (school, leerlingen en familie). Zijn stemming is vrij mat, maar er zijn onvoldoende aanwijzingen om van een depressieve episode te kunnen spreken. Het affect moduleert adequaat, de cognitieve functies (concentratie en geheugen) zijn niet gestoord, er is geen negatief zelfbeeld en hij is (licht beperkt) belangstellend gericht op zijn omgeving.

3.2.3 Informatie van derden

Cliënt overhandigde informatie tijdens s.u. Informatie van cardioloog K. G. dd 28 april 2005,.

'Status na myocardinfarct 2004, waarvoor primaire PTCA met stent LAD, goede LV-restfunctie. Bij lichamelijk onderzoek een vitale, maar verzwakte man. Bij onderzoek wordt een gedilateerd, slecht contraherende linkerventrikel gevonden, waarbij alleen nog de basale manchets nog beweegt. Doppler: belangrijke mitralisinsufficiëntie, holosystolisch met preavalvulaire vulling en afname systolische longveneflow. De ejectiefractie is 16%. Betrokkene heeft een belangrijk pompfunctieprobleem behouden. Tevens DM. Momenteel stationaire situatie, waarbij zijn inspanningstolerantie duidelijk beperkt is, ondanks optimale therapie. Diagnose: 45 jarige man met ernstige linkerventrikeldysfunctie op basis van ischaemische cardiomyopathie, mitralisklepinsufficiëntie, pulmonale hypertensie.'

4 Diagnose

Linkerventrikeldysfunctie op basis van recidief myocardinfarcering	80C611
Mitralisklepinsufficiëntie	80C699
DM	80E600

5 Beschouwing en conclusie

De claim: belanghebbende is een thans 45 jarige man die aanvankelijk uitviel met klachten van psychische aard, waarvan hij weer gedeeltelijk herstelde toen hij tijdens zijn vakantie een infarct kreeg en nadien een groot recidief infarct met resterende grote orgaanschade. Betrokkene stelt thans geen loonvormende arbeid te kunnen verrichten vanwege de ernst van zijn beperkingen, met name een ernstige en snelle vermoeibaarheid met en ook zonder inspanning.

Eigen onderzoek: zie anamnese

Beschikbare informatie: brief cardioloog 28 april 2005. Zie voorgaand.

Ingewonnen informatie: geen

Beschouwing: Betrokkene ervaart ernstige beperkingen ten aanzien van zijn beroepsmatig en persoonlijk functioneren na twee myocardinfarcten. Hij vertelt dat dagelijkse verrichtingen hem vermoeien en dat hij deze slechts gedurende korte tijd kan volhouden. Hij heeft zijn dagelijks leefpatroon hierop aangepast. Hij is gericht op sociale participatie, deze is echter nog maar een schaduw van de voor hem gebruikelijke. Betrokkene heeft een tweetal aanstellingen als leraar/docent/leerlingenbegeleider in functies, die volgens de beschrijving zowel psychisch als fysiek belastend zijn. Betrokken is altijd toekomstgericht geweest en hij heeft een grote bereidheid en inspanning getoond om zijn beroepsleven actief vorm te geven. Betrokkene acht zich thans nog niet in staat om een studie Duits als voorbereiding op terugkeer naar het onderwijs voor een lichtere functie als docent. De interne consistentie tussen de klachten, de ervaren beperkingen en de feitelijke activiteiten (participatie) acht ik goed.

Externe toetsing: betrokkene heeft, met name als gevolg van het tweede infarct ernstige orgaanschade opgelopen. De brief van de cardioloog spreekt voor zich. De pompfunctie bedraagt nog slechts een kwart van de normale capaciteit. Dit is net aan toereikend voor basaal dagelijks functioneren. De informatie van de bedrijfsarts is daarmee in overeenstemming. De samenhang met de door betrokkene ervaren beperkingen is daarmee voldoende onderbouwd.

Herstelgedrag: rekening houdend met de ernst van de schade aan het hart kan betrokkene niet veel meer doen dan zijn conditie zo goed mogelijk op peil houden en de voorschriften voor medicatie en leefgewoonten zo goed mogelijk op te volgen. Er is geen reden om aan te nemen dat hij hierin te kort zou schieten. Betrokkene lijkt bereid zijn resterende mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten om weer aan de slag te kunnen, hij acht zich daar echter nog niet toe in staat. Mogelijk hangt dit ten dele samen met de psychische gevolgen van zijn ernstige ziekte. Ik denk dat hier over enige tijd nog wel enige wist te behalen valt, als de medisch situatie stabiel blijft. Ik ben van mening dat het herstelgedrag thans voldoende is.

Ten aanzien van het verrichten van arbeid: de standaard GDBM is niet van toepassing want geen van de daar genoemde uitzonderingssituaties is aanwezig. Naar mijn mening zijn er desondanks onvoldoende benutbare mogelijkheden aanwezig; cliënt beschikt slechts over **zeer geringe mogelijkheden** tot functioneren. De resterende mogelijkheden zijn volledigheidshalve in de FML benoemd.

Cliënt heeft als gevolg van zijn hartfalen beperkingen op het locomotore vlak ten aanzien van energie-eisende aspecten voor het verrichten van arbeid. Zijn mogelijkheden tot functioneren liggen bij fysiek lichte activiteiten waarbij lopen, staan, traplopen en het tillen van zware voorwerpen zoveel mogelijk vermeden worden.

In verband met de ernst van de hartfunctieproblemen en de daaruit voortvloeiende noodzaak voor herstel wordt hij voor 2 uur per dag, 10 uur per week belastbaar geacht, mits aan bovenstaande eisen wordt voldaan. Overschrijding van de normaalwaarden is uitsluitend op incidentele basis mogelijk, tenzij in het FML anders is aangegeven.

6 Conclusie

De beperkingen en de belastbaarheid in het functioneren in arbeid, zoals hierboven omschreven, zijn van kracht.

7 Planning

Bestudering van de ontvangen informatie van de curatieve sector maakt duidelijk dat we te maken hebben met een ziektebeeld waarbij in het komende jaren en de jaren daarna slechts een geringe kans op verbetering in het functioneren te verwachten is. Een jaarlijks heronderzoek is de komende vijf jaar aangewezen om eventueel optredende verbeteringen te constateren.

Commentaar

* Beschouwing beoordeling en functiemogelijkheden

De verzekeringsarts concentreert zich in zijn onderzoek en beschouwing op de cardiale problematiek van de cliënt. Volgens de verzekeringsarts is het verslag daarvan duidelijk en voldoende om een WIA beslissing daarop te kunnen baseren. De psychische problematiek die aanwezig was voordat er sprake was van de cardiale problematiek, de ziekteverwerking en de recent geconstateerde DM met de daarbij behorende retinopathie worden niet uitgewerkt. De rapportage geeft niet aan of dit een bewuste keuze is geweest van de verzekeringsarts.

Het is goed voorstelbaar dat het een bewuste keuze is geweest. In termen van efficiëntie is het niet zinvol om aanvullende argumenten te verzamelen voor een beslissing die toch al vaststaat. Maar laat de verzekeringsarts hier kansen liggen van arbeidsmogelijkheden?

Wat vertelt de cardiale problematiek ons.

De cardiale problematiek is vooral ontstaan als gevolg van het recidief hartinfarct, 3 maanden na het eerste hartinfarct. Als complicaties van het MI is er sprake van een belangrijke mitralisinsufficiëntie en pulmonale hypertensie. De ejectiefraction is 16%. Na het tweede infarct bleek er tevens sprake te zijn DM met als complicatie een retinopathie van het linkeroog.

In rust heeft betrokkene geen klachten. Wel is hij snel vermoeid: minder dan een half uur lopen voordat er transpiratie ontstaat, vermoeidheid, kortademigheid en licht in het hoofd na tien treden traplopen. Dagelijks moet betrokkene meerdere keren rusten om op krachten te komen. De klachten passen bij hartfalen (vooral forward failure) en de mitralisinsufficiëntie.

De behandeling is volgens de cardioloog optimaal en de diabetes is met medicatie onder controle. De verzekeringsarts acht de cliënt in staat om 10 uur per week te werken. Deze uitspraak is echter niet goed onderbouwd, en wel om de volgende redenen:

Om een uitspraak te kunnen doen over de restcapaciteit voor wat betreft de belastbaarheid, is ten minste een ergometrisch onderzoek nodig waarbij de VO₂-max bepaald wordt (VG protocol Hartfalen, 2008). Dit onderzoek is uitvoerbaar, ook bij pulmonale hypertensie (mening cardiologisch deskundige). Als deze VO₂-max nog redelijk is (stel >15 ml/min/kg) dan kan er een discrepantie bestaan met zijn dagverhaal. Indien andere (beïnvloedbare) factoren voor deze discrepantie zijn uitgesloten, dan kan de verzekeringsarts afgaan op het dagverhaal. En het dagverhaal van de cliënt geeft aan dat hij mogelijk niet belastbaar is voor werk. De medische informatie geeft echter niet een NYHA-klasse van de cardiale klachten weer. Dit is een gemis, omdat het VG protocol hartfalen bij een NYHA-klasse van IV aangeeft dat er op medische gronden geen mogelijkheden meer zijn voor arbeid. De klassendeling is wel te reconstrueren uit het voorhanden materiaal. Op basis van de klachten die ontstaan na 10 traptreden is er op z'n minst sprake van een NYHA-klasse III (VG protocol hartfalen, 2008). Als 10 traptreden en maximaal een half uur lopen echter gezien worden als lichte inspanning, dan is er zelfs sprake van een NYHA klasse IV. Volgens de huisartsen NHG-standaard Hartfalen (2005) zou je de ontstane klachten bij de genoemde inspanning kunnen classificeren als een NYHA IV: "patiënten met een

hartziekte, die niet in staat zijn enige fysieke belasting zonder ongemak te doorstaan". Met andere woorden, bij deze cliënt is sprake van een NYHA-klasse III-IV. Daarnaast is ook bekend dat bij patiënt met hartfalen de belastbaarheid sterk schommelt. Het VG protocol Hartfalen zegt hierover 'De vermoeidheid na inspanning kan onevenredig lang duren in verhouding tot de geleverde prestatie. Hoe ernstiger het hartfalen, des te langer is de hersteltijd na een geleverde fysieke inspanning. Het VG protocol Hartfalen geeft aan dat vanaf NYHA-klasse III de ADL vaak overeenkomt met de maximale prestatie. Dat zou bij betrokkene overeenkomen met maximaal 2 uur zitten, zonder lichamelijke inspanning. Hierbij is dan geen rekening gehouden met de energetische belasting van het woon-werk verkeer.

Een tweede aspect dat ontbreekt bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden, is de prognose van het hartfalen bij deze cliënt, en in verband hiermee: In hoeverre is arbeidsbelasting voor deze cliënt schadelijk? De ernst van het hartfalen wordt bepaald door de ejectiefractie van de linker ventrikel (LVEF). Hiervan is bekend dat de correlatie tussen de LVEF en de uitwendige belastbaarheid matig is (VG protocol Hartfalen). Zo geeft multidisciplinaire richtlijn Hartfalen (2002) aan dat bij een LVEF van <30% bij de helft van de patiënten een normaal inspanningsvermogen wordt gevonden. Hierbij is de aantekening te maken dat bij een LVEF van <20% deze correlatie echter wel beter is (mening extern cardiologisch deskundige). Naarmate de ejectiefractie kleiner is, neemt de kans op "sudden death" of op een verergering van het hartfalen toe bij een te grote fysieke en psychische belasting. In het handboek Arbeid en Belastbaarheid; katern cardiale aandoeningen (2008) wordt gemeld dat uit onderzoek blijkt dat 50% van patiënten met een LVEF <20% binnen een jaar overlijdt. De multidisciplinaire richtlijn Hartfalen (2002) geeft aan dat een LVEF <20% wijst op een sterk verminderde ventrikel functie.

Een derde aspect dat ontbreekt bij de beoordeling is de vraag of de cliënt wel optimaal behandeld wordt.

Medicamenteus lijkt de behandeling wel optimaal te zijn (mening extern cardiologisch deskundige). Op basis van de beschikbare informatie zou cliënt in aanmerking komen voor een biventriculaire pacemaker of een interne cardioverter-defibrillator (ICD) (VG protocol hartfalen 2008; multidisciplinair richtlijn Chronisch hartfalen, 2002). Het verhaal over een pacemaker blijft onduidelijk, daar zou de verzekeringsarts wel wat meer informatie over kunnen vragen. In de rapportage wordt ook niet gesproken over hartrevalidatie. Fysieke training zou namelijk kunnen helpen tegen de moeheid. De realiteit is echter dat betrokkene mogelijk niet in aanmerking komt voor de fysieke training. Als de pulmonale hypertensie bij betrokkene ernstig is, dan is dit een absolute contra-indicatie voor fysieke training (Richtlijnen Hartrevalidatie, 2004). Uit de rapportage blijkt wel een indicatie voor hartrevalidatie, namelijk de bijkomende psychische factoren. Psychische factoren die in deze casus de belastbaarheid nadelig kunnen beïnvloeden zijn ondermeer angst voor een myocardrecidief, etnische achtergrond die ziektebeleving kan beïnvloeden en familieproblematiek. Ook over de mogelijkheid voor hartrevalidatie zou overlegd kunnen worden bij de behandelaar. Of met de pacemaker/ICD en hartrevalidatie de belastbaarheid zou verbeteren, en daardoor (meer) arbeidsmogelijkheden zouden zijn voor werk is in deze casus maar de vraag.

De verzekeringsarts concludeert terecht dat er sprake is van een consistente en plausibele samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Voor

een goede beoordeling van de belastbaarheid is bij deze casus wel aanvullende informatie van en overleg met de behandelaar (prognose, mogelijkheid voor hartrevalidatie) en een ergometrisch onderzoek nodig. Het gaat om een cliënt die vanuit gezondheidkundig oogpunt gezien op het grensvlak zit van wel- niet meer belastbaar voor werk.

Is het nu een gemis dat de andere zaken, de psychische problematiek die aanwezig was voordat er sprake was van de cardiale problematiek, de ziekteverwerking en de recent geconstateerde DM met de daarbij behorende retinopathie, niet betrokken zijn bij deze claimbeoordeling?

Het antwoord daarop is nee. De cardiale problematiek rechtvaardigt, mits onderbouwd met aanvullende informatie van de behandelende arts, een uitspraak over functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid die alleen gebaseerd is op de cardiale belastbaarheid

Het antwoord zou ja zijn als de cardiale problematiek minder ernstig was geweest en de verzekeringsarts zijn argumentatie alleen gebaseerd zou hebben op de cardiale problematiek.

Casus Overspanning

Algemeen

Deze casus betreft een 35 jarige mannelijke cliënt die zich vanuit de WW ziek meldde vanwege psychische en sociale problematiek, samenhangend met de medische problematiek van zijn vriendin. Een maand voor de ziekmelding verloor hij als beheerder van een nachtcafé zijn baan, omdat het café werd gesloten. Ten tijde van de WIA-beoordeling lijkt het er op dat de cliënt is hersteld. In deze casus is het de vraag of het (=WIA) wel zo ver had moeten komen. Er zijn twee aspecten aan deze casus die leerzaam zijn om nader te beschouwen. Het ene aspect betreft de vraag waarom het ziekteverzuim zolang heeft geduurd waardoor betrokkene zich moest melden aan de WIA poort (beoordeling sociaal medische voorgeschiedenis): er blijkt sprake te zijn van lange stuurloze perioden waarmee kansen op herstel zijn gemist. De verzekeringsarts heeft een taak om dat te signaleren bij de behandelaars. Het tweede aspect heeft betrekking op de beoordeling of betrokkene geschikt is voor het eigen werk. Om dat goed te kunnen beoordelen is een duidelijke beschrijving van het werk noodzakelijk zodat de relatie tussen klachten, mogelijkheden en beperkingen en de belastende factoren in het eigen werk kan worden gelegd. (beoordeling actuele functionele mogelijkheden)

Trefwoorden: overspanning, sociaal medische voorgeschiedenis, actuele functionele mogelijkheden, herstelgedrag, begeleiding, beoordeling geschiktheid eigen werk

Verzekeringsgeneeskundige rapportage

1 Onderzoekskader

WIA, einde wachttijd 4 mei 2006.

2 Vraagstelling

Wat zijn de mogelijkheden om te functioneren per einde wachttijd WIA?

3 Onderzoek

Dossierstudie.

Medisch onderzoek, spreekuur 8 maart 2006.

Uitleg over doel en werkwijze van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek werd gegeven.

3.1 Dossierstudie

Clïënt is een 35-jarige man die sinds 6 mei 2004 arbeidsongeschikt is.

Werk: beheerder van nachtcafé voor 38 uur per week; alle organisatorische, inkoop en regelwerkzaamheden voor het runnen van een café. Clïënt geeft aan dit werk 7 jaar te hebben gedaan. Het betrof werk op onregelmatige tijden, overdag en vaak ook in de avond/nacht.

Omdat het café moest sluiten wegens een ontbrekende vergunning per 1 april 2004 tot 6 mei 2004 WW uitkering. Vanuit de WW ziek gemeld wegens psychische problematiek samenhangend met de medische situatie van zijn vriendin. Clïënt werd sinds de ziekmelding AO geacht voor het laatst verrichte werk; o.b.v. zijn psychische conditie en leidinggevende aspecten in het eigen werk. Hij werd na de laatste beoordeling d.d. 10-01-2006 op UD max. gezet vanwege de te volgen re-integratie activiteiten.

Clïënt is aangemeld voor re-integratie via Z. o.b.v. een IRO.

Hij heeft begeleiding voor het schrijven van een sollicitatiebrief en CV; tevens heeft hij gesolliciteerd naar banen in hoveniersbedrijven en standbouw. Het liefst zou hij weer in de horeca gaan werken.

Samenvatting: rapportage ZW arts in arbo-rol:

- 6 augustus 2004: psychische klachten als gevolg van ziekte van zijn vriendin na foutieve ingreep in ziekenhuis. Zie ook brief huisarts: "Door deze toestand is het hele gezin totaal ontredderd. Het zijn reële mensen die zelden ziek zijn. Ik hoop dat u het er mee eens is bent dat patiënt nu onmogelijk kan werken". Klachten;

- enkele kilo's afgevallen, slaapstoornissen, waarvoor medicatie, pijnklachten thoracaal, emotioneel labiel. Diagnose: surmenage.
- 20 september 2004: Gaat niet goed met behandeling van vriendin; zij leunt erg op betrokkene. Klachten: emotioneel en van slag, vermoeid, verder goed verwoordend en op zich niet ziek in 'klassieke' zin.
 - 18 oktober 2004: Gaat slecht thuis, betrokkene begeleidt haar overal heen. Hij gebruikt te veel alcohol; emotioneel, boos soms, weet zich niet meer te beheersen. Labiel; tremor van de handen; maakt een uitgesproken overspannen indruk.
 - 8 januari 2005: Het gaat niet goed met belanghebbende en zijn vriendin. Zoontje was vorige week helemaal over zijn toeren. Diagnose idem. Gespannen, oxazepam voor zo nodig, zolpidem voor de nacht z.n. Kan niet genieten, boos op ziekenhuis, contact met advocaat. Brief huisarts: 'Voorlopig weinig verbetering in de situatie van patiënt en zijn vriendin'. Verzekeringsarts stelt vast dat betrokkene en zijn vriendin in aanmerking komen voor psychologische begeleiding. 'De huisarts en de revalidatiearts hadden dat ook gezegd, maar zijn vriendin heeft daar moeite mee'. Werk: belanghebbende verwacht weer in zijn oude werk te kunnen terugkeren als het café heropend wordt. Betrokkene wordt beschreven als een eenvoudige man. Hij heeft alleen lager onderwijs en is niet bedreven in lezen en schrijven.
 - 28 juni 2005: Ziekenhuis heeft fout bij ingreep vriendin toegegeven; letselschadezaak lijkt succes te worden. Begeleiding psycholoog heeft maar drie keer plaatsgevonden; vooral vriendin was er niet toegankelijk voor. Diagnose idem. Advies: onderzoek door de arbeidsdeskundige naar de mogelijkheid
 - voor arbeidstherapie o.i.d bij bedrijf van familie.

3.2 Medisch onderzoek

3.2.1 Beoordelingsgesprek

De claim. Cliënt is van mening dat hij, als hij zijn oorspronkelijke werk nog had gehad, dit weer zou kunnen doen; hij zoekt nu ander werk wat nog niet gelukt is. Alleen te zwaar stresserend of teveel nachtwerk acht hij vanwege de doorgemaakte psychisch belastende periode nog niet mogelijk.

Hij is via zijn re-integratie traject via Z. op zoek naar een baan, heeft gesolliciteerd op banen bij hoveniersbedrijven en in standbouw. Het liefst zou hij in de horeca gaan werken. Met stress-, emotionele, of conflictsituaties zegt hij wel goed te kunnen omgaan, maar teveel of voortdurende stress zou hem misschien nog wel zwaar vallen. Eigenlijk denkt hij zijn oorspronkelijke eigen werk wel te hebben kunnen doen als dit er nog zou zijn, waarbij hij dan wel de meeste nachtdiensten nog niet zou doen omdat hij dan voor zijn zoon en vriendin thuis zou willen zijn, maar dit zou hij dan ook wel hebben kunnen regelen op zijn vroegere werk.

Cliënt geeft aan dat het geleidelijk aan beter met hem gaat, ook thuis is er sprake van een wat stabielere situatie. Het wisselt nog wel wat, mede omdat er nog geen uitspraak is van de juridische procedure (letselschadeclaim), hierdoor is hij nog wel eens een beetje onrustig of gejaagd. Hij zou het graag hebben afgehandeld, zodat er meer rust in het gezin kan komen. Zijn vriendin heeft wel iets beter leren omgaan met de ontstane handicap. Ze is wel zelfstandig in de zelfverzorging. Cliënt doet nog vrij veel in het huishouden, maar ook is er veel hulp van ouders en schoonouders.

Cliënt slaapt goed, is uitgerust bij het opstaan, hij is actief overdag, zoekt ook nog wel de rust door te fietsen of te vissen. Bezoekt zijn familie. Hij gebruikt geen medicatie (behalve of en toe een slaappil of een paar keer per maand Oxazepam) en is niet onder behandeling.

Onderzochte vindt dat hij door de gebeurtenissen van het verliezen van zijn baan en de ziekte van zijn vriendin wel wat veranderd is. Hij was altijd al wat onrustig en nerveus, dit is niet veranderd, maar hij probeert dingen nu meer te relativiseren.

3.2.2 Aanvullende anamnese

Relevante andere klachten: geen. Cliënt geeft aan verder gezond te zijn.

Sociaal functioneren. Cliënt woont samen en heeft een zoon van negen jaar. Zijn vriendin werkt in een speelgoedwinkel. Ze heeft haar werkzaamheden weer opgepakt sinds de medische problemen, maar het lukt haar niet meer als voorheen.

Dagelijks functioneren/Dagverhaal. Staat om 7.30 uur op, wassen, aankleden, ontbijten, helpt zoon naar school. Bezoekt in de ochtend zijn zuster, moeder of de ouders van zijn vriendin. Gaat in de middag wandelen of vissen; zoekt overdag. Doet samen met zijn vriendin per auto boodschappen; zijn vriendin kookt met soms wat hulp van cliënt bij tillen van pannen e.d. Cliënt gaat om 23 uur slapen.

Medicatie. Geen, behoudens incidenteel een slaappil of een paar keer per maand Oxazepam.

Herstelgedrag. Cliënt is niet onder behandeling.

3.2.3 Lichamelijk en psychisch onderzoek

Algemene indruk. Verzorgde, vlot, licht nerveus overkomende man.

Lichamelijk onderzoek. Lichamelijk onderzoek niet verricht omdat er geen lichamelijke klachten aan de orde zijn.

Psychische status. Onderzochte werkt coöperatief mee aan het onderzoek. Hij spreekt vlot tot licht gejaagd. Hij vertelt zijn klachten invoelbaar, deze worden voor een groot

deel nog beheerst door zijn gezinssituatie. Er worden geen afwijkende bevindingen gedaan, met name geen aanwijzingen voor een depressieve stemming en geen angstklachten.

4 Diagnose

Status na surmenage door medische problematiek van zijn vriendin. Code: 80/619.

5 Samenvatting en beschouwing

Samenvatting onderzoeksbevindingen: Cliënt is een 35-jarige man die vanuit de WW is ziek gemeld per 06-05-2004 (aanvang WW: 01-04-2004). Hij heeft gedurende 7 jaar daarvoor gewerkt als beheerder van een nachtcafé voor 38 uur per week; deze baan hield op nadat het café werd gesloten. Hij meldde zich ziek vanuit de WW vanwege psychische en sociale problematiek samenhangend met medische problematiek van zijn vriendin die een grote impact in de gezinssituatie had. Bij de ZW beoordelingen werd cliënt op grond hiervan niet belastbaar geacht voor zijn laatst verrichte werk. Hij heeft inmiddels begeleiding middels een re-integratietraject, in het kader waarvan hij nu een aantal sollicitaties heeft gedaan, wat tot op heden nog niet tot een baan heeft geleid.

Zijn medische situatie acht hij verbeterd t.o.v. de eerdere beoordelingen bij de ZW. Hij denkt dat hij zijn oude werk weer zou kunnen doen (als dit er nog geweest zou zijn) mits hij nog niet de zwaardere psychische belastingen in stress en nachtdiensten zou hebben. Hij vindt zichzelf lichamelijk niet beperkt. Cliënt hoopt op korte termijn een baan te vinden door te solliciteren; hij hoopt m.n. op een baan in de horeca. Hierbij zou zijn psychische situatie een belemmering zijn om voortdurend nachtwerk te doen of voortdurend zwaardere stressbelasting te hebben.

Beschouwing. Ik acht, mede gelet op de in de ZW-arbo-rol aangenomen problematiek en beschreven symptomatologie en persoonlijkheid bij eerdere onderzoeken, cliënt per 1e WIA-dag (4 mei 2006) belastbaar voor arbeid waarbij alleen ten aanzien van voortdurend nachtwerk en voortdurende zwaardere stressbelasting nog beperkingen aan de orde zijn. Verder zie ik gelet op de bevindingen in mijn eigen onderzoek en de huidige verbeterde situatie voor cliënt geen beperkingen ten aanzien van het verrichten van arbeid op grond van ziekte of gebrek.

6 Prognose

Ten aanzien van gezondheid/arbeid: voorlopig stationair toestandbeeld.

7 Reactie van cliënt

Cliënt kan zich vooralsnog met bovenstaande verenigen; hij wacht verder arbeidsdeskundig onderzoek af.

8 Conclusie

Ik acht cliënt in staat tot het verrichten van loonvormende arbeid; ik zie voldoende benutbare mogelijkheden zoals omschreven in de FML-lijst

Commentaar

* Beoordeling sociaal medische voorgeschiedenis

Wat vertelt de casus ons.

De cliënt meldde zich vanuit de WW ziek vanwege psychische en sociale problematiek samenhangend met medische problematiek van zijn vriendin. Een maand eerder verloor hij zijn werk als beheerder van een nachtcafé, omdat het café werd gesloten.

Aan de diagnose surmenage lijkt nooit getwijfeld te zijn. Daar lijken ook goede redenen voor. Er is geen psychiatrisch belaste voorgeschiedenis. De huisarts schrijft: "het zijn reële mensen die zelden ziek zijn". Ook uit de anamnese blijkt niet dat er sprake is van een belaste medische voorgeschiedenis. De klachten worden in het begin beschreven als: emotionele labiliteit, gewichtsverlies, slaapstoornissen en piekeren en er wordt ook melding gemaakt van thoracale pijnklachten. Later, vijf maanden na de ziekmelding, komen daar ook nog bij vermoeidheid, toenemend alcoholgebruik, boosheid en verlies van controle over het gedrag ('zich niet meer kunnen beheersen'). Deze distress-klachten passen bij overspanning. De kern van overspanning is in deze casus dat er sprake is van een toestand die gekenmerkt wordt door verlies van controle over de interactie met de omgeving.

In dit specifieke geval kan daarbij gedacht worden aan de rolverwachtingen waaraan betrokkene in de nieuwe situatie niet meer kon voldoen. De rol die hij had als cafébeheerder was per 1 april 2004 opgehouden, en door de ziekte van zijn vriendin moest hij voor haar en zijn zoon gaan zorgen. Dat gold niet alleen voor de praktische taken in de huishouding, maar in toenemende mate ook voor emotionele ondersteuning van beiden. Vervolgens kwam daar ook nog de spanning bij die een letselschadeclaim meebrengt. Het is goed voorstelbaar dat deze man, die beschreven wordt als 'eenvoudig' en die weinig opleiding genoten heeft, hierdoor inderdaad de controle over zijn interactie met de omgeving verloren heeft.

Bij ernstige distress-klachten is differentiële diagnostiek belangrijk. Differentieeldiagnostisch dient ondermeer rekening gehouden te worden met een depressieve stoornis, angststoornis, somatisatie en middelenmisbruik (LESA Overspanning, 2005). Deze aandoeningen kunnen ook het gevolg zijn van overspanning. Indien aanwezig, dan kunnen zij het herstel vertragen. Hoewel de samenvatting van de psychiatrische diagnostiek van de arbo-arts erg summier is, zijn er geen aanwijzingen dat - zeker in de beginperiode - een van deze beelden van toepassing was. Terugkijkend lijkt het er op dat betrokkene bloot heeft gestaan aan ernstige distress-klachten. De klachten worden in de loop van de tijd erger en er zijn aanwijzingen voor een toenemend controleverlies (overmatig alcoholgebruik, boos, kan zich niet meer beheersen). De indruk ontstaat dan ook dat betrokkene langs het randje van een depressieve episode heeft gelopen.

Is de behandeling en begeleiding optimaal geweest? De rapportage vermeldt dat van verschillende kanten is gesignaleerd dat het niet goed ging met betrokkene (en zijn gezin), maar die constatering heeft niet geleid tot een effectieve en doortastende interventie. De begeleiding van iemand die overspannen is - zo wordt duidelijk uit de

LESA Overspanning en het verzekeringsgeneeskundig protocol - vraagt om doortastendheid. Het 'natuurlijk beloop' met een reële dreiging van complicaties, moet niet worden afgewacht. De huisarts, die begaan is met de situatie van de man en zijn gezin, lijkt geen actieve rol te hebben gespeeld. Zo heeft hij geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een maatschappelijk werker in te schakelen (LESA Overspanning). De verzekeringsarts in de ZW-Arborol nam niet het initiatief om met de huisarts te overleggen om te komen tot een gezamenlijk begeleidingsplan zoals voorgesteld door de LESA als herstel uitblijft. Beiden hebben nagelaten om de richtlijnen van de LESA te volgen, waardoor er geen plan van aanpak was en geen onderlinge afstemming. Pas na acht maanden, na escaleren van de overspanning komt enige psychologische begeleiding op gang en dan nog niet doortastend. Als cliënt na enkele bezoeken stopt bij de psycholoog omdat zijn vriendin niet meer wil, dringt niemand aan op voortzetting van de psychologische hulp voor zijn eigen overspanningsprobleem. Veertien maanden na ziekmelding is er een advies voor een onderzoek door een arbeidsdeskundige naar de mogelijkheid voor arbeidstherapie. De rapportage vermeldt niet de resultaten van dit onderzoek, en ook niet of arbeidstherapie heeft plaatsgevonden. In de periode van 14 maanden tot 20 maanden na ziekmelding gebeurt er blijkbaar weinig, want er wordt niets over die periode gerapporteerd. Twintig maanden na ziekmelding wordt cliënt aangemeld voor re-integratie. De WIA melding is echter ook een feit geworden: betrokkene wordt op UD max gezet (uitsteldatum einde wachttijd WIA).

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is dat de verzekeringsarts aan de poort van de WIA zich van de voordelen van zijn bijzondere positie bewust is. Als geen ander kan hij, terugkijkend op een bijna twee jaar durende periode van overspanning, reconstrueren waar het in de behandeling en begeleiding bij deze man aan geschort heeft. Welke consequentie moet de verzekeringsarts hieraan verbinden? Zonder te vervallen in makkelijke verwijten, kan de verzekeringsarts zijn bevindingen delen met zijn arbo-collega en wellicht ook met de huisarts. Op die manier zou hij kunnen voorkomen dat toekomstige 'gewoon overspannen' cliënten voor de poort van de WIA terechtkomen via langdurige stuurloze perioden waarin herstelkansen worden gemist. Net zoals de huisarts een signaleringsfunctie heeft ten aanzien van werkrelevante gezondheidsklachten, heeft ook de verzekeringsarts vanuit zijn taak 'beoordeling van de sociaal medische voorgeschiedenis' een signaleringsfunctie van niet optimaal verlopen behandeling en begeleiding.

*** Beoordeling functionele mogelijkheden**

Bij een Ziektewet-beoordeling hoort een duidelijke werkomschrijving met een beschrijving van de belastende factoren van het eigen werk als onderdeel van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming van de ZW-arts. Uit de casus beschrijving blijkt niet dat een dergelijke inventarisatie door de ZW-arts heeft plaatsgevonden. We weten bijvoorbeeld niet hoe essentieel het nachtwerk is, welke omvang het heeft, hoe onregelmatig de werktijden zijn e.d. Dit heeft cruciale gevolgen voor de beoordeling van de ongeschiktheid voor eigen werk. Hierdoor blijft het onduidelijk of betrokkene

'gewoon' hersteld verklaard had kunnen worden in het kader van de Ziektewet. Daarmee was dan een onnodige gang naar de WIA-beoordeling voorkomen. Voor de verzekeringsarts is de beoordeling voor de geschiktheid voor het eigen werk belangrijk omdat dat samenhangt met de vraag of

- a. de door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen ('voortdurend nachtwerk' en 'voortdurende zwaardere stressbelasting') beperkingen zijn waar de arbeidsdeskundige mee uit de voeten kan
- b. of deze beperkingen voldoende zijn onderbouwd en
- c. of deze beperkingen van tijdelijke of blijvende aard zijn.

Afgaande op de rapportage lijken de aangegeven beperkingen zowel onvoldoende concreet (beperking ten aanzien van 'voortdurende zwaardere stressbelasting') als onderbouwd. Het gevolg is dat de betrokkene mogelijk ten onrechte 'vastzit' aan de door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen, wat hem navenant onnodig kan hinderen bij werkhervatting / re-integratie. Voor deze casus is het tevens zinvol om aan te geven of de verwachting is dat de beperkingen van tijdelijke of van blijvende aard zijn. Dit vergemakkelijkt namelijk de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming bij een latere herbeoordeling.

De resultaten van de interviews.

De vier voorbeelden van mediprudentie zijn getoetst bij leden van de NVVG op hun toegevoegde waarde. Hierbij stonden drie vragen centraal:

- Worden de ideeën die de commissie heeft ontwikkeld gedragen in het veld?
- Zijn de vier voorbeelden van mediprudentie aansprekend en nodigen zij uit om te reageren?
- Kunnen zulke voorbeelden hulp bieden bij de eigen oordeelsvorming?

Deze vragen zijn door middel van telefonische semigestructureerde interviews beantwoord door 19 leden van de NVVG, allen verzekeringsarts. 20 leden waren benaderd; uiteindelijk heeft één niet deelgenomen wegens tijdgebrek. Voor de selectie van de NVVG leden is gestreefd naar een grote spreiding aan verzekeringsgeneeskundige (neven)functies. Het interview is gehouden met vier 'gewone' verzekeringsartsen die hun belangstelling voor het thema mediprudentie bekend hadden gemaakt, twee stafverzekeringsartsen, twee bezwaarverzekeringsartsen, vier arts en die zowel verzekeringsarts als bedrijfsarts waren, twee verzekeringsartsen uit de NVVG commissies wetenschap en één uit de commissie ethiek, twee verzekeringsartsen van het KCVG en twee verzekeringsartsen die betrokken zijn bij de beroepsopleiding. Één van de respondenten is ook redactielid van het TBV. Dertien respondenten werken bij UWV, zes niet. De interviews waren gericht op dezelfde vragen als de webenquête en gaven de gelegenheid om op bepaalde aspecten door te vragen.

Resultaten interviews (N=19)

Algemene mening over mediprudentie

Toegankelijkheid (N=19) (akkoord, niet akkoord)

	ja		Nee	
Alleen besloten deel website NVVG	15	Eerst ervaring opdoen (9); Voorkomt oneigenlijk gebruik (4); Bestemd voor doelgroep (2) Behandelaars/bedrijfsartsen wel toegang?	4	Lage drempel maken (1) Va doet publiek werk (2) Geeft prikkel tot verbetering (1)

Presentatie: vignet, rapportage, commentaar (N=19) (akkoord, niet akkoord)

	ja		nee/- *	
Makkelijk te lezen	17	Vignet mag soms wat korter (4) Trefwoorden concreter/ gericht (1) Vignet moet uitnodigen (1) Korter rapportage is prettiger, via aanklikken uitgebreider? (1) Belangrijk dat de rapportages origineel zijn (1)	1 / 1	Commentaar toetst te veel. Rapportage van verzekeringsarts kan nooit compleet zijn. Neem het perspectief van de verzekeringsarts als uitgangspunt. Geef handvatten in commentaar.
Prettig werken	17		- / 2	

* Nee/- : nee/ geen mening

Rapportages: voorkeur van te behandelen onderwerpen casuïstiek (N=19)

Genoemde onderwerpen	
1. beperkingen bij onbegrepen lichamelijke klachten	6
2. beoordeling beperkingen bij bestaande protocollen	6
3. toepassing medisch arbeidsongeschiktheidscriterium	3
4. toepassing arbeidsduurbepanking	7
5. toepassing 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'	2\3
6. beoordeling adequate behandeling	6

7. beoordeling van het te verwachten beloop	4	
8. toepassing 'communicatie met behandelaars	1	
9. toepassing 'onderzoeksmethoden'	1	
10. anders	1	Deskundigenoordeel, RIV- toetsing
Alle 9 genoemde punten belangrijk	10	wel aansluiten bij vg- protocollen (1)

Domein: Voorkeur van te bespreken aspecten van het werk in het commentaar (N=19)

Genoemde onderwerpen		
1. Beoordeling functionele mogelijkheden	5	
2. Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis	4	Hoe gedetailleerd moet alles?
3. Beoordeling te verwachten beloop	8	
4. Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling	6	Hoe uitgebreid moet alles?
5. De diagnostiek	2	
6. De communicatie en samenwerking met anderen	3	
7. Bepaalde ziektebeelden	1	Herstelgedrag
8. De toepassing van bepaalde protocollen of richtlijnen	1	
1-4. De 4-beoordelingstaken	2	
Alles / geen voorkeur	5	De verzekeringsarts bepaalt de input. Jurisprudentie is belangrijk en geeft de dynamiek weer van de "beoordeling"

Focus van mediprudentie (N=19) (akkoord, niet akkoord)

	ja		Nee/-	
Het mediprudentie commentaar is gericht op de argumentatie	15	Ja, maar pas op voor het juridisch willen dichttimmeren! Ook info- verzameling belangrijk. Erg instructief (1) en leerzaam (1) Mits evidence erbij betrokken wordt	4	Deze ontbreekt juist vaak in rapportage. Ook aandacht voor info-verzameling en keuzes. Focus moet zijn: wat willen we laten zien. Onderzoek zelf ook vatbaar voor kritiek
In beginsel geen oordeel over conclusie verzekeringsarts	15	MP houdt zich er zelf echter niet aan (2); maar, eigenlijk ontkom je er niet aan (3) Utopie/ risico dat het te gekunsteld wordt (3)	4	Risico dat het te gekunsteld wordt (3); Presenteer het als leermoment, niet als kritiek.; Soms overmijdelijk
Niet het laatste woord, uitnodigen voor debat	19	Het verhaal heeft meerdere kanten; deskundigheid commissie moet beoordeeld worden/ commissie heeft niet alle wijsheid (2) >tegenover< commissie is wel gezaghebbend!; geeft dynamiek van het vak weer. Beiden zijn nodig: gezaghebbendheid commissie en evt. een aanpassing er op.; Dat is het hele karakter van de MP; dingen veranderen en inzichten ook.		

Commentaar van
lezers op apart
forum

19

Commentaar verwerken in MP- commentaar (5),
samenvatten (2)
Het commentaar moet wel betrekking houden op casus (2)
Na verloop van tijd afsluiten (2)
Niet anoniem

Gericht
commentaar,
inzoomen op
onderdelen
rapportage

19

Het inzoomen terug laten komen in trefwoorden.
Anders wordt het eindeloos (3)
Maakt het overzichtelijk (2) en meer toegankelijk.

Gericht commentaar op casus

Myocardinfarct

Rapportage en commentaar (n=19)

	ja		Nee	
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	16	Psychische toestand onderbelicht; claimklacht vermoeidheid niet uitgediept; sterk gericht op hart	3	Mist: cardiologische gegevens (2) behandeling, psychische klachten (2), levensperspectief, comorbiditeit
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	18	Ver uitgewerkt, maar wel zinvol (2); had toch wel iets beknopter gekund; Bevat elementen van medisch precedent; niet beschuldigend, toch kritisch; goed en helder; Veel techniek.	1	Te uitgebreid, te normerend
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	16	Technisch zeer informatief. Schadelijkheid werkbelasting, professioneel goed; Protocol in de praktijk (3); echter, te weinig aandacht voor relatie psyche-werk	3	Als ik als arts overtuigd ben van de ernst, waarom dan nog ergometrisch onderzoek?; Niets nieuws (2)
Goed beeld opvatting beroepsgroep	16	Norm is blijkbaar hoog. Hoe denkt de beroepsgroep over het aanvragen van lab-waarden en ergometrisch onderzoek?; Behalve de nadruk op de techniek;	3	Een stap te ver (2) Ik hoor alleen de commissie praten.
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	17	Norm ligt wel erg hoog	2	Hoe generaliseerbaar is de casus?
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	17	Opmerking toevoegen dat het accent van de beoordeling op alleen het medisch functioneren, eerder uitzondering is dan regel (2); een norm die we moeten koesteren; Richtinggevend, mits het het oordeel van de beroepsgroep is, en/of evidence based is; Het minst van alle vier: te		

veel ruimte voor veronderstelling

- 2 Richtinggevend kán zijn;
Het protocol CHF zou
minder technisch moeten
zijn uitgewerkt
-

Debat naar aanleiding van de mediprudentie

Hier wordt een regel geïntroduceerd die we nog niet officieel hadden. Geen verkeerde regel maar hij zou expliciet moeten worden gemaakt en open moeten staan voor debat. Als de meest beperkende aandoening doorslaggevend is voor het oordeel dan hoef je de casus niet verder uit te diepen. De casus zelf wordt wel hier uitgebreid medisch inhoudelijk van commentaar voorzien. Voor de praktijk gaat dat wat ver.

CVS:

Rapportage en commentaar (n=19)

	ja		Nee	
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	19	Irritatiefactor in rapportage, heel herkenbaar; mist verleden privé en werkbeleving; somatisatie niet uitgewerkt; mist eigen visie over herstelgedrag, eigen verantwoordelijkheid		Samenvattend: de meesten vinden in de rapportage wel aspecten die ze missen en die voor de beoordeling relevant gevonden worden. Enkelen zeggen daarom dan ook ja/nee
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	18	Iets te uitgebreid (ziekteclassificatie; 2) DD zeer relevant; vooral de aangehaalde jurisprudentie; niet beschuldigend, toch kritisch; activering en diagnostiek niet meest interessant aspect;	1	Te uitgebreid, te normerend
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	17	Aanpak casus blijft echter onduidelijk >t..o < instructief behandeling en contact huisarts; Advies behandeling, aanspreken op eigen verantwoordelijkheid (2); Vooral de relatie met het protocol;	2	
Goed beeld opvatting beroepsgroep	8	Echter, over de functionele mogelijkheden (niet besproken) zal de groep het niet eens zijn (2)	11	Het is nog maar de vraag hoe de beroepsgroep hier over denkt. Ik hoor alleen de commissie spreken. Hoe generaliseerbaar is de casus?
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	18	Praktijk is echter weerbarstig!	1	
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	17	De beroepsgroep moet dit eerst wel nog zo vinden; Richtinggevend, mits dit het oordeel van de beroepsgroep is, en/of evidence based is.; Is het haalbaar?	2	Richtinggevend kán zijn; Het blijft een vaag beeld;

Debat naar aanleiding van de mediprudentie

Deze casus bevat wel oordelen, anders dan de commissie zich voorstelt. Wel goed om die te hebben en te zien. De sociale achtergrond is onderbelicht gebleven in de casus terwijl dat wel relevant zou kunnen zijn. Heel goed dat er handelingsalternatieven worden aangedragen. Referentie aan de tuchtzaak roept gemengde gevoelens op: heeft de verzekeringsarts zo'n zorgtaak? Kennelijk. Gaat dat niet wat ver?

De rapportage illustreert goed de machteloosheid waar de verzekeringsarts in terecht kan komen. Niet wordt duidelijk wat je kunt doen om een dergelijke casus verder te brengen wat betreft participatie. Is dit al negen jaar zo? Hoe ziet het sociale leven van deze mevrouw er uit? Is ze toekomst gericht of kan ze daar naar toe worden gebracht? Hier ligt wel een vraag voor wetenschappelijk onderzoek in besloten.

Overspanning:

Rapportage en commentaar (n=19)

	ja		Nee	
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	19	Mist: ernst alcoholgebruik, visie cliënt op ziekte, ontslag; Eigen te mager		Samenvattend: de meesten vinden in de rapportage wel aspecten die ze missen en die voor de beoordeling relevant gevonden worden. Enkeligen zeggen daarom dan ook ja/nee
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	16	Waarom geschikt verklaren voor eigen werk wel acceptabel als iemand geen baan meer heeft?; niet beschuldigend, toch kritisch;	2	Dagverhaal mist; Te uitgebreid, te normerend
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	16	Commentaar is voorzichtig ; Vooral de DD, en aandacht voor eigen werk; aandacht voor voortraject (2); dergelijke casus komen echt zo voor!; Schieten we niet door wat betreft de voorgeschiedenis en de interventie; Neus op de feiten hoe het eigenlijk moet maar vaak niet gaat	3	Commentaar stopt, geeft geen antwoord op 'hoe nu verder'. Voorbeeldbrief voor huisarts? Niets nieuws.
Goed beeld opvatting beroepsgroep	15	Lat ligt hoog voor de bedrijfsarts; Aanspreken van de huisarts is nog geen routine!; De frustratie van de WIA-arts komt duidelijk naar voren	4	Een stap te ver (2) Ik hoor alleen de commissie praten. Mis verwijzen naar vg-protocol
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	17		2	Hoe generaliseerbaar is de casus?
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	14	Deze wel het minst van alle vier de casus; Deze wel het meest van alle vier de casus; Richtinggevend, mits het het oordeel van de beroepsgroep is, en/of evidence based is.	2	Richtinggevend kán zijn

Debat naar aanleiding van de mediprudentie

Er wordt verwezen naar de LESA. Is dat logisch in dit verband? Die wordt opgevoerd als norm voor de bedrijfsarts en de huisarts waar de verzekeringsarts ze op kan aanspreken. Zou dat dan niet in het verzekeringsgeneeskundig protocol moeten staan? Het commentaar wordt gegeven vanuit een ideaal; niet zozeer vanuit de praktijk. Welke mogelijkheden heeft de cliënt nu in het echt en wat moet de verzekeringsarts nu in deze casus doen?

Bij overspanning wordt ook wel veel niet duidelijk: hoe zag de arbeid eruit en wat vond de man van zijn werk? Hoe heeft hij het zo lang volgehouden; waar zit zijn kracht? En wat doet het sociale netwerk in deze casus?

Mammacarcinoom

Rapportage en commentaar (N=19)

	ja		Nee	
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	19	Vignet korter (2). Beschouwing is uitgebreid en geconstrueerd; FML niet overzichtelijk in beschouwing >tegenover< de goede poging daartoe. Duidelijk en herkenbaar; Urenbeperking niet duidelijk;		Samenvattend: de meesten vinden in de rapportage wel aspecten die ze missen en die voor de beoordeling relevant gevonden worden. Enkelen zeggen daarom dan ook ja/nee
Uitgebreidheid, , relevantie, toonzetting, ordening	16	Sterk protocol gebonden; niet beschuldigend, toch kritisch; sluit aan bij praktijk;	3	Vignet te uitgebreid; commentaar te beperkt ingezoomd op gaten beschouwing; Te uitgebreid, te normerend; Te theoretisch. Niets nieuws
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	17	Het veranderde levensperspectief (3); literatuur ontbreekt (2); claim urenbeperking (2); de probleemanalyse; Bevat veel 'eye openers'; Nachtarbeid	2	
Goed beeld opvatting beroepsgroep	15		4	Een stap te ver (2) Ik hoor alleen de commissie praten.
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	18	Behalve urenbeperking	1	Hoe generaliseerbaar is de casus?
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	18	Richtinggevend, mits het het oordeel van de beroepsgroep is, en/of evidence based is; deze het minst van alle vier de casus (2).		
			1	Richtinggevend kán zijn

Debat naar aanleiding van de mediprudentie

Wat een beetje blijft hangen is de vraag in hoeverre hier sprake is van reële beperkingen of meer van gewenning. Dat is niet zo uitgediept en toch ook leerzaam en relevant.

Mammaca is een heel technisch verhaal. Dat is in de rapportage zo en dat wordt in het commentaar voortgezet. Is dit nu de kern van de problematiek?

Algemeen commentaar:

- Stel mediprudentie beschikbaar voor onderwijs
- Stel voorbeeldbrieven op gericht aan behandelaars
- Verwerk jurisprudentie in het commentaar
- Verwijs expliciet naar verzekeringsgeneeskundige protocollen (daar waar relevant)

De resultaten van de webenquête

De vier voorbeelden van mediprudentie zijn getoetst bij leden van de NVVG op hun toegevoegde waarde. Hierbij stonden drie vragen centraal:

- Worden de ideeën die de commissie heeft ontwikkeld gedragen in het veld?
- Zijn de vier voorbeelden van mediprudentie aansprekend en nodigen zij uit om te reageren?
- Kunnen zulke voorbeelden hulp bieden bij de eigen oordeelsvorming?

Deze vragen zijn voorgelegd aan de leden van de NVVG. Hiertoe is de casuïstiek met commentaren op de website van de VGI geplaatst met de uitnodiging aan de leden om aan de hand van vragen hun mening te geven over de gepresenteerde voorbeelden. De enquête bevatte algemene vragen over mediprudentie en specifieke vragen per casus. Vierennegentig leden van de NVVG hebben de enquête (soms deels) ingevuld.

Resultaten webenquête

Algemene mening over mediprudentie

In totaal hebben 127 respondenten enquête geopend, waarvan 94 met voldoende antwoorden

Toegankelijkheid (N=89) (akkoord, niet akkoord) wv 34 met commentaar

	ja		Nee /-*	
Alleen besloten deel website NVVG	72 (81%)	Eerst ervaring opdoen (8); Voorkomt oneigenlijk gebruik (4); Bestemd voor doelgroep (4); Definitie mediprudentie klopt niet (1) / onbevredigend (1); Moet toegankelijk zijn voor <i>alle</i> verzekeringsartsen (1)	16/1	Moet toegankelijk zijn voor <i>alle</i> verzekeringsartsen (5) / niet alle va'-en zijn NVVG-lid (2); moet openbaar (cave transparantie) (6) en geeft prikkel voor verbetering (1)

* Nee/- : nee/ geen mening

Presentatie: vignet, rapportage, commentaar (N=87) (akkoord, niet akkoord) wv 18 met commentaar

	ja		nee	
Makkelijk te lezen	81 (93%)	Kost veel tijd/omvangrijk (4), vooral mammacarc (1); rapportage is niet de focus, dus mag weg; Vignet als leeswijzer; wel trefwoorden verbeteren	6	Korter en bondiger (2) en te negatief (1); Commentaar op commentaar heeft als risico verlies van essentie van vraagstuk; Alg. inleiding niet nuttig want leereffect en- doel niet herkenbaar

Presentatie: vignet, rapportage, commentaar (N=78) (akkoord, niet akkoord) wv 11 met commentaar

	ja		nee/- *	
Prettig werken	72 (92%)	Flexibel; als leercasus ja Alg. inleiding niet nuttig Hele rapportage nodigt niet uit tot lezen; als commentaar maar niet te basaal wordt	4/2	Korter is prettiger (2) Tussen trefwoord en vignet hoor een probleemidentificatie

Rapportages: voorkeur van te behandelen onderwerpen casuïstiek (N=93)

De 1^e drie genoemde voorkeuren

Genoemde onderwerpen		
1. beperkingen bij onbegrepen lichamelijke klachten	52	34* 1 ^e voorkeur
2. beoordeling beperkingen bij bestaande protocollen	34	
3. toepassing medisch arbeidsongeschiktheidscriterium	33	
4. toepassing arbeidsduurbepanking	51	
5. toepassing 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'	24	
6. beoordeling adequate behandeling	28	
7. beoordeling van het te verwachten beloop	17	
8. toepassing 'communicatie met behandelaars	5	
9. toepassing 'onderzoeksmethoden'	9	
10. anders	13	

Domein: Voorkeur van te bespreken aspecten van het werk in het commentaar (N=92).

De 1^e drie genoemde voorkeuren

Genoemde onderwerpen		
1. Beoordeling functionele mogelijkheden	55	39 *1 ^e voorkeur
2. Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis	31	
3. Beoordeling te verwachten beloop	33	
4. Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling	27	
5. De diagnostiek	21	
6. De communicatie en samenwerking met anderen	13	
7. Bepaalde ziektebeelden	27	ad 3: met stip bovenaan: Autistisch spectrumstoornissen en ADHD
8. De toepassing van bepaalde protocollen of richtlijnen	37	
9. Alles is van belang	3	

Opmerkingen van deelnemers:

- Ik kan hier niet mee uit de voeten. De GR wil graag dat verzekeringsartsen hun normen en motivatie demonstreren. Commentaar op deze punten, anders dan van de inbrenger zelf, impliceert m.i. niet anders dan een verkapt toetsinstrument. Dat is geen professionele reflectie tenzij dat commentaar explicatie van de gevalsbehandeling betreft maar zolang aan commentaar geen richting gegeven wordt, kan daarvan geen sprake zijn.
- Alle bekende protocollen geven in zeer algemene bewoordingen iets aan over de FML, maar hoe je dat nu beoordeeld wordt er niet duidelijker op. Mediprudentie kan dat wat meer handen en voeten geven. Alle aspecten zijn

belangrijk, maar het beoordelen van de prognose en de adequaatheid van de behandeling zijn m.i de onderwerpen die het meeste in de belangstelling liggen

- De protocollen stoppen bij de vertaling van de inventarisatie van de klachten etc. naar de beoordeling van de functionele mogelijkheden. Handvaten voor wanneer welke beperkingen kunnen gelden, komen in de protocollen niet/onvoldoende aan bod.
- de mediprudentie behoort (en kan) een hulpmiddel zijn bij communicatie met anderen door b.v. voorbeeldbrieven en teksten.
- We komen als verzekeringsartsen steeds meer in een geïsoleerde positie t.o.v. andere artsen. Ik vind het zelf moeilijk om de kloof te overbruggen. Ik merk een zekere schroom om mondeling contact te zoeken en te overleggen.
- Hoewel de mens, of zo u wilt de klant, geen statisch object is wordt hij wel als zodanig bij de beoordeling en zeker bij het verslag op de kaart gezet. De context wordt door de factor toekomst (punt 1) en verleden (punt 7) enigszins in een dynamisch perspectief gezet waarmee recht aan het individu gedaan wordt.
- van belang vind ik o.a een zo groot mogelijke overlap van FML van verschillende collega's
- voor de functionele mogelijkheden is dit zeer individueel. ik vind toetsing en evaluatie erg belangrijk
- Wat ik bij de keuze opties mis is de beoordeling of het MAOC correct is toegepast en of ten behoeve van de juiste toepassing, door de verzekeringsarts voldoende informatie is vergaard. Omdat de beoordeling door de verzekeringsarts begint met de vraag of de door betrokkene geuite klachten/beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek zou dit punt als eerste becommentarieerd dienen te worden.

Focus van mediprudentie (N=88-93) (akkoord, niet akkoord)

	N	ja	%	aantal met comment
Het mediprudentie commentaar is gericht op de argumentatie	93	77	83%	31
In beginsel geen oordeel over conclusie verzekeringsarts	89	61	69%	38
Niet het laatste woord, uitnodigen voor debat	90	81	90%	26
Commentaar van lezers op apart forum	88	80	91%	24
Gericht commentaar, inzoomen op onderdelen rapportage	89	77	87%	21

Focus argumentatie:

- Ik zeg hier geen volmondig akkoord tegen. Trekken we de parallel met jurisprudentie, dan zie ik mediprudentie als een poging om verzekeringsartsen personen vergelijkbare medische problematiek gelijk te beoordelen. Dan ben je er niet met je alleen te richten op argumentatie; commentaar moet m.i. dan ook gericht zijn op beoordeling van de volledigheid van het onderzoek, het herstelgedrag enz.
- Nee: Het leidt tot juridisering en bureaucratisering van het vak: procedures boven inhoud, doel en resultaat.

Nee:

- Als van gesloten gevallen uitgegaan moet worden, is commentaar op argumentatie niet billijk. Logica is niet te vergelijken. De toegepaste argumentatie (blunders daargelaten natuurlijk) zou uitgangspunt moeten zijn bij het induceren van een(permanente) discussie door het verzamelen van meerdere commentaren, zich er van bewust dat er niet één ideale argumentatie is of kan zijn en dus met respect voor elkander. Het identificeren van de reden waarom er argumentatieverschillen zijn zou onderdeel van mediprudentie moeten zijn.
- Zou zowel over besluiten als argumentatie moeten gaan
- Adequaatheid en volledigheid van het onderzoek zijn ook van belang; Mijns inziens gaat het ook om de uitgebreidheid van de anamnese, het dagverhaal, het lichamelijk en psychisch onderzoek en de noodzaak tot opvragen van medische informatie; Ook het onderzoek, de informatieverzameling is belangrijk, hoe ver moet je daarmee gaan; Mediprudentie zou gericht moeten zijn op alle aspecten van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. [...] In ieder geval zal de focus ook gelegd moeten worden op welke feiten door de verzekeringsarts zijn verzameld en of dit voldoende is en waarom. Dit alles uiteraard in het licht van de vraag of sprake is van ziekte of gebrek en indien dat zo is, welke beperkingen er aangenomen moeten worden.

Ook infoverzameling en conclusie; ook onderzoek zelf

- Feiten en EBM van belang. Aansluiting bij evt jurisprudentie;

Ja:

- Uiterst interessant zijn de onderliggende opvatting. Zo wordt in het protocol WAD gesproken over boerenverstand en vooroordelen van de verzekeringsarts. Door argumentatie wordt ook de betekenis van wetenschap hopelijk binnen haar domein geproportioneerd plaatsbaar.
- Maar is ook relevant om over voldoende feiten te beschikken die je argumentatie sterk kunnen maken;
- Daarnaast is het ook goed om achtergrond informatie te krijgen over bepaalde beelden of onderzoeksbevindingen (zoals ejectiefractie bij hartfalen)
- Wordt vaak bij de artsen gemist de argumentatie. Daar kunnen we met zijn allen van leren. Overigens vind ik de beschouwing zoals die is opgebouwd niet als een geheel te lezen. Met al die kopjes bedoel ik dan.
- Bij de focus op argumentatie wordt ook het snelst duidelijk waar eventuele lacunes in rapportage aanwezig zijn (c.q. waar statements afgegeven worden zonder betreffende onderbouwing)
- Argumentatie gebaseerd op protocollen en richtlijnen;
Mits met veel aandacht voor te gebruiken evidence; argumentatie o.b.v. evidence

In beginsel geen oordeel over conclusie verzekeringsarts

Nee:

- een beargumenteerd afwijkend oordeel mag zeker gegeven worden
- een ander oordeel kan wat mij betreft zeker aangegeven worden
- dat hoort er mijns inziens wel bij en blijkt natuurlijk ook uit het commentaar impliciet. Beter het dan maar expliciet te zeggen;
Conclusie van VA kan in sommige gevallen juist onderwerp van debat zijn. Dus niet standaard onderdeel, maar kan wel zinvol onderwerp van mediprudentie zijn;
Dat zou inconsequent worden. En te vrijblijvend worden;
Alhoewel het een goed uitgangspunt is om de casus als casus te beschouwen en niet als oordeel over de VA lijkt het mij wel zinnig als o.b.v. overtuigende argumentatie tot een ander oordeel wordt gekomen dit wel als zodanig wordt verwoord
- Betweterij moet je zien te voorkomen en niemand zit te wachten op een rood potlood. Maar als je commentaar levert, dan geef je ook een oordeel, dat valt niet te vermijden en dat is op zich ook niet erg
- M.i. kun je de kool en de geit niet sparen. Als je dit stelt kun je alleen de goede rapportages als mediprudentie gebruiken. Dat is wel een keuze. Is die gemaakt? Bij wie?
- Ik denk juist wel dat het een oordeel geeft. Meer dan de richtlijnen stuurt het!
- Ook de conclusie zou bespreekbaar moeten zijn mits beargumenteerd;
- In grote lijnen zou dat wel kunnen, niet in detail;
- Er worden bijvoorbeeld duidelijke op- en aanmerkingen gegeven op bijv. vastgestelde beperkingen;
- Er worden bepaalde deeloordelen wel bevestigd, dan wel bekritiseerd;
- Is gekunsteld; gebeurt nu ook al en kan niet anders

Ja

- De kunst is een goede argumentatie te creëren. Kunst is ook een goed wetenschappelijk onderzoek verrichten maar zegt niets over de conclusies van de onderzoeker;
- dit bleek overigens niet uit de reactie van onze spiegelgroep;
- Het is geen toetsinstrument op gevalsniveau, het is een communicatiemiddel, een professioneel vehiculum om de wet aan de praktijk te toetsen. Als blijkt dat de beoordelaar bij zijn conclusie met problemen worstelt (bij voorbeeld onduidelijke protocollen) moet hij daarbij steun kunnen vinden, individueel of collectief. Immers, als hij een dilemma treft, wie kan dan over hem oordelen? Bij mediprudentie staat de expertise van de verzekeringsarts voorop, niet andersom.
- Er is geen gouden standaard;
- Het gaat niet om de rapportage maar om de argumentatie bij beantwoorden van een van te voren gestelde specifieke vraag;
- Dat is een open deur, het gaat immers om de argumentatie;
- Dat is niet het belangrijkste. Het gaat om de inhoud c.q. de weg naar de conclusie. De lezer kan dan zelf zijn conclusie trekken. Voordat er consensus is over de inhoud van de mediprudentie en de kwaliteit daarvan (o.a. of door de mediprudentie werkgroep het MAOC goed is toegepast en toegelicht etc.) is

oordelen over de conclusie van de verzekeringsarts riskant en kan (wellicht nog meer dan nu reeds het geval is) weerstand oproepen;

- Zonder al te strikt te zijn: soms onontkoombaar; anders niet motiverend; echter niet consequent vol te houden!; Zonder daar principieel over te doen; maar dat gebeurt hier niet: wel degelijk kritisch tav conclusie
- Het oordeel blijft van individuele arts en patiënt;
- Altijd onzeker wie gelijk heeft en het schrikt af;
- Beste ontwikkeling en betreft de doelgroep beter

Niet het laatste woord, uitnodigen voor debat

Nee

- Ambivalente stelling: niet maar betekent toch wel.
- Het moet toch in zekere zin richting gevend zijn, maar ook weer niet zo strak dat er voor een andere opinie geen ruimte is.
- Zo komt het nu niet over.
- Als dat zo is zou ik het fijn vinden. Een soort wikipedia voor casuïstiek. De ervaring leert echter dat eenmaal vast gesteld anderen er mee aan de haal gaan en dan zeggen \"daar staat het dat je het zo moet doen!\" Terwijl meer dan 20 jaar ervaring mij leert dat elke casus anders is en dat dat vooral te maken heeft, naast nevenbestaande aandoeningen, met coping gedrag;
- De commentaarfase gaat vooraf aan de mediprudentie.;
- Niet helemaal mee akkoord. Mediprudentie zou naar mijn oordeel geen ruimte moeten laten wat betreft het juist toepassen van het MAOC, protocollen, richtlijnen, standaarden etc. Behoudens de protocollen is dit uitgekristalliseerde kennis. Het is niet goed om dat weer ter discussie te stellen. Mijn ervaring is dat dit in de praktijk al te veel gebeurt. Zo maak ik regelmatig mee dat verzekeringsartsen een eigen versie van het MAOC toepassen. Dat komt de kwaliteit van de beoordeling en de beroepsgroep niet ten goede.

Ja

- de mediprudentie is een dynamisch proces want we weten niet wat de toekomst ons brengen zal.
- dat vind ik wel sympathiek maar wat levert het op voor de uniformiteit? Lijkt me een hele klus om alle commentaren te bundelen zodanig dat er één meerderheidsoordeel komt waarnaar bij voorbeeld in beroepsprocedures kan worden verwezen bij de argumentatie tbv het alsdan voorliggende \"geval\"
- Dat lijkt me een prima idee. wel is het de vraag hoe je dat voor elkaar krijgt. Je moet een weblog maken en je moet ook iets met het commentaar gaan doen. Hoe doe je dat?
- Maar zullen va'n en rechters dat ook zo willen praktiseren?
- Hierover is het laatste woord nog lang niet gesproken zo dat mogelijk zou zijn.
- Echter dit geeft voor toepassing buiten de NVVG problemen
- Mediprudentie dient in 1e instantie als een voorbeeldcasus voor de vergelijkbare gevallen in de praktijk;
- Dat houdt het levend en het vak leuk!; pas op die manier vindt verdieping van het vak plaats; Het vak is nog volop in ontwikkeling; dingen veranderen en inzichten ook
- en ook bijstelling commentaar obv reacties! ; mits niet eindeloos doorgaand. Soms afkappen en vaststellen; wel van tijd tot tijd bijwerken; af en toe wel samenvatten

Geen ja/nee

- Dit vind ik een onzinnige vraag. Hieruit blijkt de verwarring over de uitgangspunten voor mediprudentie. Mediprudentie is geen gebruiksaanwijzing voor toepassing van richtlijnen en protocollen, zeker niet toetsend. Het is in dat perspectief in de eerste plaats een middel om het over het gebruik van protocollen en richtlijnen te hebben. Veldwerkers gezamenlijk. Professionele ondersteuning is iets heel anders dan directieve instructie;
- nogmaals het commentaar moet dan wel zeer goed beargumenteerd zijn.

Commentaar van lezers op apart forum

Nee

- voor wie is het toegankelijk?
- Ik denk dat het forum de mediprudentie site zelf moet zijn, zodat je onder de betreffende casus meteen alle commentaren kan lezen en niet moet schakelen naar een andere site.
- moet geen eindeloze discussie worden en als het gebruikt zou moeten worden zoals de jurisprudentie dan moet alles wel makkelijk bij elkaar staan, verschillende forums/sites/etc vind ik niet handig. Sowieso vind ik plaatsen op internet niet handig en ook niet echt veilig: wie heeft nu echt wat geschreven en wanneer? Ik kan niet hacken, maar moeilijk schijnt het niet te zijn.
- Maakt e.e.a. minder handzamer.
- Lijkt me dat het aanvullend onder de casus gehangen moet worden. Dan blijft het overzichtelijk. Dan weet je welk commentaar bij welke specifieke casus hoort. Juist omdat de een met een bepaalde aandoening de ander niet is.

Ja

- Goed idee omdat dat het denken over het vak transparant maakt en uitnodigt om ook individueel met elkaar van gedachten te wisselen.
- Ik heb geen oplossing voor dit vraagstuk. belangrijk vind ik commentaren geen eigen leven gaan leiden. Dat zou voor de uitvoerende verzekeringsarts makkelijk tot een lijdensweg leiden.
- Dit kan het begin zijn van structureren van het mediprudentieproces;
- Wel moderator nodig en niet anoniem doen. Forum wel besloten houden.; Dan moet je wel een moderator erbij inschakelen; Wel gaarne met enige controle, dat er geen scherpe aanvallen worden geplaatst.
- Mits duidelijke koppeling met betreffende mediprudentie casus aanwezig is; Mits in relatie met de casus
Ook van tijd tot tijd samenvatten (3) en herleiden naar oorspronkelijke commentaar (2);
- Bewerkstelligt actief bezig zijn met het vak;

Inzoomen op onderdelen rapportage

Nee

- Elke aandacht doet groeien. Dit gegeven maakt relevant wie de aandacht richt, prioriteiten stelt en beslist.
- De rapportage is niet aan de orde. het gaat om de argumentatie bij beantwoorden van een vraag.
- de hele rapportage is een samenhangend geheel; commentaar op delen is daarom beperkend
- de gehele casus is van belang omdat het geheel leidt tot de eindconclusie met groot gevolgen voor cliënten
- Hele rapportage
- Het lijkt me dat het over de gevolgtrekking van ons verzekeringsgeneeskundig handelen moet gaan: vaststellen van de belastbaarheid ten behoeve van arbeid/schatting/re-integratie/ voorzieningen;
- Mijns inziens is het te verkiezen om (in een later fase als mediprudentie verder ontwikkeld is) ipv een rapport en vervolgens een commentaar hierop, per protocol een soort "gouden standaard" rapport op te stellen waarin het commentaar van de beroepsgroep is verwerkt. Perfectie is uiteraard niet mogelijk, maar iets wat daar

in de buurt komt geeft veel meer houvast dan de huidige methode met rapportages die meer dan voldoende gebreken vertonen.

Ja

- Het moeten behapbare informatiebrokken zijn. Verandering kan niet ineens;
- Ja, het moet wel leesbaar blijven. Als je op ieder aspect van een zaak de aandacht gaat richten, dan komt de leesbaarheid sterk in gevaar; Anders wordt het eindeloos. (2);
- Mits per casus wordt aangegeven waarom delen zijn blijven liggen (is gedaan in één van de casus, werkt m.i. goed.
- zie deels ook bovenstaande opmerking. Zaken verder uit de context halen vergroot het risico van een schijnbeeld.
- Dat begint er op te lijken maar er ontbreekt nog veel, waarvan het belangrijkste is dat de inbrenger, drager van een probleem of dilemma, bepaalt waarop hij ingezoomd en dus een antwoord op wil hebben.
- Waarbij het in het commentaar van lezers ook mogelijk is om op andere punten in te gaan. Van belang is dat uit elke casus een duidelijk leerpunt naar voren komt voor de lezer.;
- Wordt ook meer levendig; geeft overzicht en levendigheid; anders slaat het dood

Geen ja/nee

- Dat hangt er van af: of het gaat bv over 1 bepaald ziektebeeld en men vergroot het betreffende protocol uit met daarbij de HELE rapportage, of het gaat over een deelaspect, bv het herstelgedrag, en men focust zich daar specifiek op.

Gericht commentaar op casus

Myocardinfarct

Rapportage en commentaar

	N	ja	%	aantal met commentaar
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	74	64	86%	19
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	72	60	83%	23
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	73	67	92%	21
Goed beeld opvatting beroepsgroep	71	49	69%	29
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	74	71	96%	14
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	72	48	67%	33

CVS:

Rapportage en commentaar

	N	ja	%	aantal met commentaar
Informatie rapportage voldoende	67	50	75%	18

en duidelijk				
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	68	50	74%	23
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	65	57	88%	14
Goed beeld opvatting beroepsgroep	64	34	53%	30
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	65	60	92%	13
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	65	43	66%	33

Overspanning:

Rapportage en commentaar

	N	ja	%	aantal met commentaar
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	62	54	87%	14
Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening	61	50	82%	16
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	62	55	89%	13
Goed beeld opvatting beroepsgroep	57	44	77%	17
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	59	58	98%	6
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	59	44	75%	18

Mammacarcinoom**Rapportage en commentaar**

	N	ja	%	aantal met commentaar
Informatie rapportage voldoende en duidelijk	62	48	77%	13
Uitgebreidheid, relevantie, toonsetting, ordening	61	46	75%	21
Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze	60	53	88%	13
Goed beeld opvatting beroepsgroep	55	39	71%	15
De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling	58	54	93%	8
Opvatting MP moet richtinggevend zijn	57	39	68%	19

Myocardinfarct

Informatie rapportage voldoende en duidelijk (MI)

Nee

- Ik mis de gegevens van de inspanningstest(er is nl een beperkte correlatie tussen LEVF en de belastbaarheid. Ik mis de info over de pacemaker(wat voor type) en ik mis waarom er geen fysieke training wordt gedaan.
- De claimklacht komt in dit rapportagemodel niet goed uit de verf. Voorgeschiedenis qua psyche en de angst nu zijn te weinig uitgevraagd, terwijl deze wel naast de somatiek de fysieke conditie beïnvloeden.
- Psychische problematiek is onvoldoende uitgewerkt; mis gegevens over de psychische belastingen op client (3x)
- Veel vragen blijven onbeantwoord zoals ook uit de commentaren blijkt. De grote lijn is wel duidelijk
- Het gaat niet om de rapportage. De vraag is niet duidelijk gesteld. Waar gaat het nu om bij deze casus? Welke vraagstelling wil men beantwoorden?

Ja

- Globaal geeft het een duidelijk beeld; ondanks de aanvullende opmerkingen in het commentaar, kan je op basis van deze gegevens wel tot een oordeel komen; Er mist nog het nodige aan informatie (2x) maar voor een eerste indruk kan ik met de rapportage uit de voeten; Er mist: de omvang tweede baan (1), vervoer naar spreekuur (1), cardiale status en psychische (1)
- Ik denk dat ook de wijsheid en kennis van de verzekeringsarts opgebouwd in de loop der jaren mag/kan meespelen.

Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening (MI)

Nee

- er wordt voorbij gegaan aan het kennelijke advies van de cardioloog dat de heer ontraden wordt te werken. Als VA is het dan moeilijker overtuigen dat iets theoretisch mogelijk is. Een ejectiefraction van 16% is erg laag en preventief moet dan zwaarder wegen en ik zou dan minder snel geïnteresseerd zijn allerlei andere facetten uit te vragen. De besluitvorming geschiedt tijdens het gesprek en daarna wordt de rapportage opgesteld. Pas op dat moment kan het zijn dat je je realiseert dat je bepaalde terreinen onvoldoende uitgevraagd hebt.
- Ik blijf vallen over de VO2 max. Ik vind dat grote onzin, cardiologen bepalen dat zelden of nooit, moet daarvoor dan een expertise gedaan worden? En welke cardioloog wil die dan gaan doen? Voegt dat werkelijk wat toe? Daarvoor heb ik nog geen evidence gezien en we zijn tegenwoordig toch ook EBM aan het propageren.
- Nogal uitgebreid voor een voor ons zo duidelijke casus; Te uitgebreid, nodigt niet uit tot lezen. Bij nader inzien moet je je misschien tot de kern beperken waar je op inzoomt; te negatief en te uitgebreid
- ik vind dat ze heel streng zijn in de commentaar. de cliënt heeft een ernstig hartprobleem met een toch geringen ejectiefraction.
- Ik vind dat zowel in de beschouwing als in het commentaar regelmatig aannames gedaan worden, waar conclusies aan verbonden worden.
- toonzetting wat badinerend. "Je had toch kunnen weten dat". Daarnaast moet je wellicht een hartspecialist zijn om als verzekeringsarts zo je werk te doen;

- Voor hogere leesbaarheid zou conclusie in commentaar (namelijk dat beoordeling psyche minder relevant lijkt te zijn) in begin geplaatst moeten worden; het vervolg van het commentaar is dan een uitleg van deze conclusie;
- Psyche en interactie met belastbaarheid te weinig uitgediept

Ja

- Met name het commentaar is inhoudelijk correct en geeft de essentie van deze beoordeling weer. Juist bij een protocol waarbij er meer te objectiveren valt is het een gemiste kans als dit primair niet gebeurt;
Met name het commentaar vind ik zeer bruikbaar in de praktijk voor de argumentatie; Commentaar is op basis van recente en relevante evidence, zoals in richtlijnen en protocollen weggegeven. Geeft een gefundeerd antwoord op de gestelde vragen;
De slotconclusie van het commentaar deel ik niet. Ik meen dat ook de andere aspecten dan de cardiale mee beoordeeld moeten worden, ook al is sprake van uitgesproken cardiale problematiek;
- Globaal ja. de medische bevindingen van beoordeling afgelopen tijd ontbreken terwijl relatief veel ad info aangegeven is;
- Mag nog uitgebreider en kritischer; ↔ Wel erg ver technisch uitgewerkt; Erg uitgebreid wel
- Ingewikkelde casus. Het verhaal over NYHA leidt tot twijfel. Boodschap had beknopter en duidelijker gemogen.
- Neutraal en zakelijk; Wel bekerend;

Ja/nee

- ik vind het bezig houden met rapportages van anderen saai, vervelend en weinig toegevoegde waarde hebben (zie ook dat alle collega's gefrustreerd kijken en alles uitstellen tot het laatste moment, vergeten om welke casus het ook alweer ging etc...) ...slaap...snurk...snuuurrrrrkkk...en pefereer : ziektebeelden en de bijhorende handicaps etc te zoeken in pubmed. telkens een korte, duidelijke samenvatting plaatsen in een database die landelijk toegankelijk is (op het werk en thuis). dank u.

Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze (MI)

Nee

- Ik zou hetzelfde hebben gedaan.
- Het is bijna onmogelijk een expertise aan te vragen alleen maar de bepaling van de V02 max;
- De echt leerzame dingen zitten er niet in

Ja

- Ik had ongeveer dezelfde opmerkingen als de commentator
- Al zou ik dus meer "holistisch" te werk gaan, is de casus leerzaam en illustratief voor de organische kanten
- Het prikkelt hoe dan ook om kritisch te zijn.
- Alleen jammer dat het ingevulde FML ontbreekt.
- Veel te gedetailleerd en in de praktijk echt onwerkbaar om op deze manier per casus bezig te zijn (het commentaar), mogelijk wel leerzaam als voorbeeld
- M.n. het gedeelte over weglaten van bijkomende diagnoses. Pragmatisch, spreekt me aan.

- Commentaar komt wel theoretisch en minder praktisch over; Veel techniek maar zinvol
 - De argumentatie is helder opgebouwd; Geeft veel inzicht; Maakt met name duidelijk dat in dergelijke casuïstiek een keuze gemaakt kan worden door v.a. welke zaken hij minder besproken laat, omdat die minder besproken zaken voor eindconclusie niet relevant meer (b)lijken;
 - Het commentaar herinner je aan het gebruik en raadplegen van relevante protocollen;
Maar wel uitzondering. protocol in de praktijk is nuttig
- Nee/ja
- Niet veel nieuws te berde gebracht

Goed beeld opvatting beroepsgroep (MI)

Nee

- Hopelijk niet, want bij dergelijk somatisch gericht werken mis je informatie die invloed heeft op het toekomstperspectief
- het blijft een individueel geval, en ik betwijfel in hoeverre een commissie van deskundigen het veld representeert.
- Ik krijg alleen een beeld van wat de commissie van e.e.a. vindt (6x)
- Ik vraag mij af of dit de opvatting is van de beroepsgroep (5). Vooralsnog is dit het commentaar van de mediprudentie cie en dat hoeft niet hetzelfde te zijn. Vandaar dat de beroepsgroep ook zelf commentaar moet geven (2x).
Het is een " ideaalbeeld ", in de praktijk lastig uitvoerbaar wegens tijdsgebrek.
Als lid van deze beroepsgroep kan ik me wel vinden als het geschetste beeld gepresenteerd wordt als breed gedragen.
- Ik kan me voorstellen, dat er meerdere invalshoeken zijn, dan nu gekozen.
- in commentaar wordt herhaald een (externe) cardiologisch deskundige aangehaald; die in de praktijk niet beschikbaar is;
- er is nog veel variatie aan opvattingen waarvoor de mediprudentie juist is bedoeld.
- De beroepsgroep is wat te uitgebreid;
- Zover is het nog niet

Ja

- Ik hoop dat velen zo werken; Aangenomen dat de beroepsgroep het protocol Hartfalen volgt;
- Als we dit tenminste als de beroepsgroep beschouwen.
- Ik denk inderdaad dat de beroepsgroep in grote lijnen zo denkt over deze casus; Denk het wel.
- ik vind het commentaar wat overdone, dit is in de dagelijkse praktijk niet realiseerbaar vanwege tijdgebrek. Voor een beoordeling staat maar drie-vier uur. ;
- Vooral het commentaar is leerzaam en geeft richting aan mijn eigen argumentatie; op deze wijze is het ook overzichtelijk in kleine brokken;
- Mn door de aansluiting bij de protocollen;
- Met aarzeling over de uitgebreidheid van de ergometrie

De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling (MI)

Ja

- Ik heb veel steun van de protocollen.
- Of om hiervan gemotiveerd af te wijken.....; Mits vrij bij individuele beoordelingen;
- Je kunt dit gebruiken om te toetsen of zelf commentaar te geven; Ik zou zeker het commentaar raadplegen om mijn eigen visie en argumentatie aan te scherpen
- Dit lijkt me een goede zaak.
- opvragen van informatie is in veel gevallen noodzakelijk, maar hoe vaak dit gebeurt verschilt per verzekeringsarts en hangt minder samen met de ernst van de casus.
- Het gaat om een bepaalde argumentatie en niet hoe een bepaalde rapportage is opgesteld.
- Maar niet zo uitgebreid omdat de tijd ontbreekt
- Altijd handig als er diepgaand onderzoek is geweest wat als naslag kan dienen.
Maar dit is een opvatting van een of meerdere van de beroepsgroep samen met een

aantal specialisten. Hoe zit het met onderzoek. Lijkt me dat mediprudentie in ieder geval mede moet blijken uit onderzoek. Iets wat tot op heden veel te weinig gedaan is geworden;

- Maar ik vind het wel erg streng!;
- Ik ben wel benieuwd naar het kennisniveau van de beroepsgenoten. Ik denk dat transparantie in deze goed is. Voor het ontwikkelen, reactiveren of bestendigen van het besef van de beroepsgroep maar bovenal om eerlijk te zijn naar "de buitenwereld". Ik besef dat dit contrair is met mijn stelling om de kennis/mediprudentie af te schermen. Maar ik meen dat als "de buitenwereld" weet dat het kennisniveau niet bij iedere verzekeringsarts op hetzelfde of op voldoende pijl is, of het toepassen van kennis niet door iedere verzekeringsarts in gelijke mate wordt gedaan, dit uiteindelijk het toepassen van het recht en daarmee de rechtsgelijkheid zal bevorderen. Ik ga er van uit dat verzekeringsartsen de discipline hebben om eventueel bestaande kennishiaten aan te vullen.

Nee/ja

- Opvattingen van de beroepsgroep is voor mij een te onduidelijk en te abstract ;
- de casus is te individueel om dat te verwachten

Opvatting MP moet richtinggevend zijn (MI)

Nee

- Stand van de medische wetenschap moet volgens mij richtinggevend zijn, eventueel getoetst aan opvatting van beroepsgroep.
- Elk geval blijft uniek; je kan steeds gemotiveerd in een bepaalde casus van afwijken (3). Wel kan je uit de beschrijving van een casus en het commentaar argumenten vinden voor een bepaalde beslissing of een richting voor je denken
- Het spanningsveld tussen algemene richtlijnen (ook mediprudentie) en het uiterst individuele element bij de beoordeling is een essentie van ons werk. Een spanningsveld welke wij eerder expliciet moeten maken dan negeren. Het is dus uiterste belangrijk een eigen verantwoordelijkheid te behouden en gebruik maken van beschikbare overzichtelijke en maatschappelijk herkenbare bronnen. Dit neemt het spanningsveld niet weg. Verantwoordelijkheid en kan niet weggefilterd worden door <einde tekstruimte?>.
- Het ligt eraan of er consensus is over een bepaalde argumentatie ter beantwoording van een specifieke vraag;
- Waarbij voor mij nog niet duidelijk is wie nu die beroepsgroep is. niet alle va'n zijn lid van de NVVG en niet alle va'n werken bij het UWV. ik ben voor een brede discussie binnen de beroepsgroep. het zal lang niet altijd mogelijk zijn omtot consensus te komen. dit hoeft ook niet. de mediprudentie kan je ondersteunen in je oordeel maar moet niet de norm worden; Niet volledig richtinggevend, doch het kan een onderdeel vormen van overwegingen tijdens eigen oordelsvorming, naast o.a protocollen EBM, etc (2x);
- Protocollen zijn hanteerbaarder dan mediprudentie;
- Dit is alleen mogelijk als de meningen niet te ver uiteen lopen.

Ja

- Je wordt hiertoe gedwongen je vak bij te houden, wat ik goed vind!
- Met nadruk richting gevend en niet bepalend (4x)
Maar uiteindelijk blijft het een individuele en professionele beoordeling. Goed

beargumenteerd afwijken moet (net als bij de protocollen) mogelijk zijn/blijven (3x);

Het kan niet gelijkgesteld worden met de wet. Kan niet zo zijn dat er per ziektebeeld al voor 90% een rapportage en oordeel over de belastbaarheid vast staat; eigenoordeelsvorming blijft van geval tot geval vereist

- what's in a name: is richtinggevend minder dwingend in de praktijk (van de rechtsspraak) dan bindend?
 - Als denkrichting ja, als wet van meden en perzen nee. Zie bij de vorige vraag. Mis dan nog steeds de objectieve onderbouwing.;
 - Mits het de opvatting van DE beroepsgroep is en dit gebaseerd is op EBM; Als die opvatting echt van de groep is;
 - Voor zover die expliciet is uitgewerkt; Hoewel hier wel veel ruimte in zit
- Nee/ja
- Dat is een te algemene opvatting om er voor of tegen te zijn;
 - is wel de bedoeling maar of dat zo zal werken?

CVS

Informatie rapportage voldoende en duidelijk (CVS)

Nee

- Er zijn inconsistenties tussen rapport VA en het commentaar hierop wat de zaak niet duidelijker maakt
- Onvolledig mbt de voorgeschiedenis: mbt opleiding en arbeid, mbt persoonlijk-sociaal. De kleuring ontbreekt, het blijft een zwart-wit foto. 2. waarom overweegt de va hier geen aanvullende psychiatrische diagnostiek, de vrouw loopt vast, terecht geeft commentaar aan een "verschaald" leven, en is het wel alleen angst wat haar drijft of gaat het vooral over moeheid, niet-kunnen, als uiterste middel om de omgeving te hanteren en mogelijk zelfs manipuleren (vide het weglopen van de partner). Ofwel overweegt niet alleen cluster C maar ook cluster B. Daarom een psychiatrisch onderzoek als de va er zelf geen tijd voor heeft, neemt en/of krijgt. Deze zaken beoordeel je niet in één gesprek. 3. Er is geen op de casus toegespitste argumentatie! Na een aantal zinvolle maar algemene GR-overwegingen is er een "jumping to conclusions". Waarom niet je twijfel aangeven en de reden waarom je links af slaat ipv van rechts. Ontstaat een dergelijk beeld niet juist doordat alle op deze vrouw betrokkenen last hebben van jumping to conclusions, dus afstand nemen van deze vrouw (Hoe begrijpelijk ook, want wij worden er allemaal doodmoe van)
- Conform de commentaar;
- Geen lichamelijk onderzoek gericht op bijv spierkracht, atrofie
- Had veel meer willen weten over de voorgeschiedenis (2), hoezo denkt belanghebbende genetisch belast te zijn, hoe was het gedrag van moeder vroeger, verzuim van school voorheen en waarom werkte zij überhaupt maar part-time voor uitval?; Meer info over premorbide functioneren, schoolopleiding, thuissituatie
- De vraag is niet duidelijk gesteld. Waar wil men een antwoord met argumentatie op hebben?
- Psychische componenten te weinig uitgevraagd
- Mij wordt onvoldoende duidelijk of in casu ook aan de orde is het fenomeen dat diverse behandelaars wellicht tegenstrijdige signalen hebben uitgezonden naar cliënt of tegenstrijdige adviezen hebben gegeven;

Ja

- Rapportage redelijk volledig. De beschouwing is nogal formeel en herhaalt letterlijk de tekst van het protocol. De beoordeling van de mogelijkheden is echter niet transparant onderbouwd, zeker de urenbeperking niet. Voorts ontbreekt de visie op in stand houdende factoren, de behandeling en hiermee gepaard gaand beloop.
- Is wel erg uitgebreid, naar ik aanneem geen standaard lengte.
- Blijft onduidelijk ziektebeeld (2x).
- Overweging objectief substraat is storend.
- Maar er mist wel eea.

Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening (CVS)

Nee

- Het commentaar is erg uitgebreid (5x) maar biedt onvoldoende helderheid; en te negatief.

- Te medisch doordesemt! bekijk deze vrouw als geheel, als een persoon, hier werkt het medisch model niet, het werkt zelfs tegen.
- Rapportage te summier; commentaar te theoretisch; relatie met Schattingsbesluit en medisch objectiveerbaarheid ontbreekt.
- Ik vind dat zowel in de beschouwing als in het commentaar regelmatig aannames gedaan worden, waar conclusies aan verbonden worden.
- 'Te soft, te meegaand met cliënt' ik acht nog steeds een urenbeperking bij dit beeld niet aan te raden
- Hier wringt de theoretische analyse (die op zich correct is) met de dagelijkse praktijk. Ik kan me althans goed verplaatsen in de conclusie (en de daar waarschijnlijk achterliggende onmachtgevoelens) van de verzekeringsarts.
- De cliënt niet voldoende aansporen om behandeling te zoeken is uiteraard belangrijk maar dat kan bij alle ziektebeelden voorkomen. Ook wordt te veel aandacht besteed aan de vraag of de diagnosestelling juist was. Het zou beter zijn geweest als meer op de inschatting van de beperkingen was ingegaan. Dit is nou het moeilijkste bij de beoordeling van een CVS patiënt. Het is voor erg veel dansen om de hete brij.

Ja

- Akkoord wat betreft commentaar niet wat betreft rapportage.
- De vraag blijft wel wat je moet doen als er geen CTG in de buurt beschikbaar is of als betrokkene niet verzekerd is? Iets voor het protocol herstelgedrag?
- Het commentaar laat nadrukkelijk de belastbaarheid voor arbeid onbesproken, terwijl nu juist daar het probleem voor de verzekeringsarts ligt (2). Voor het overige kan ik me vinden in het commentaar.
- Geplaatst in de tijd: ja.
- Had nog meer specifiek op de voorgeschiedenis gericht kunnen zijn. Bij twijfel over de diagnose had nog een expertise overwogen kunnen worden (ofschoon niet aanbevolen door de richtlijn, maar deze is zo slecht dat hiervan wel beargumenteerd afgeweken kan worden)
- Het protocol CVS wordt gevolgd. Dat begrijp ik niet goed. Het protocol is namelijk wat betreft "CVS als diagnose en dus beperkingen" niet in overeenstemming met de vaste jurisprudentie van de CRvB. Zoals bekend wordt CVS door de CRvB alleen in de uitzonderingsjurisprudentie in de vorm van een (ongedifferentieerde) somatoforme stoornis "geaccepteerd". Met het opstellen van de mediprudentie is naar mijn idee een moment gekomen om op dit onderdeel van de het protocol CVS afstand te doen. Een publicatie over het onderwerp zit nog in mijn pen. In de differentiaal diagnostische overwegingen mis ik verder nog de overweging "simulatie".
- Vooral de relatie met het advies van de GR is leerzaam en de toevoeging van de diverse juridische uitspraken (ook de tuchtrechterlijke over de zorgverlening).
- Vraagstelling kan duidelijker.
- Mn citaten uit protocollen.

Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze (CVS)

Nee

- Ik zal het nooit zo doen! (ook al word ik er doodmoe van)
- Meegaand in verhaal/ ervaren klachten; oordeel wordt toch te veel gebaseerd op wat ze doet en niet op wat ze zou moeten kunnen;
- Bovendien: toepassing van art 25-28 is in de praktijk erg moeizaam.

Ja

- Dergelijke patiënten zijn een crux medicorum. Voor alle artsen, maar voor verzekeringsartsen in het bijzonder. Andere artsen kunnen het probleem gewoon afschuiven ("op mijn gebied geen afwijkingen, dus zoek het verder zelf maar uit"), wat ook in onderhavige casus gebeurd is, maar de VA moet een beslissing nemen, waarbij hij het nooit goed KAN doen. Volledig arbeidsongeschikt? NIET GOED!. Arbeidsgeschikt met geen / weinig / veel beperkingen? NIET GOED! Proberen huisarts of specialist te motiveren? LUKT NIET. Proberen de klant te motiveren? LUKT NIET. Wat de verzekeringsarts doet of niet doet, het is nooit goed. Iedereen laat de VA in de steek: de politiek, de organisatie, de beroepsgroep, de schrijvers van het protocol CVS.
- Ja zowel rapportage als commentaar lokken reacties uit;
- Leerzaam: zorgplicht van de va.

Goed beeld opvatting beroepsgroep (CVS)

Nee

- Richtlijn is niet in overleg met de beroepsgroep gemaakt;
 - Nee, ik krijg het gevoel dat niet alle commentaren de revue zijn gepasseerd;
 - Zelfs de diagnostiek is nog niet rond. Wel akkoord, wanneer het CVS en protocol betreft.;
 - Het advies van huisarts te wisselen is onjuist en mogelijk klachtwaardig. In ieder geval zal de VA eerst contact met de huisarts dienen op te nemen. Daarbij komt dat juist het zoeken naar de door haarzelf gewenste behandelaars een van de onderhoudende factoren is.;
 - Hier heb je haviken en duiven; er zijn twee stromen. Dit is wel mijn stroom
 - De beroepsgroep heeft over deze klantengroep geen eenduidige mening en het is niet te verwachten dat deze op korte termijn er wel zal komen;
- Enkele keren de opmerking geplaatst: is die opvatting er dan?

Ja

- Dat helaas wel, er zijn somatische dogmatici en begeleiders, dat leert deze casus en het commentaar mij wel opnieuw;
- Onduidelijk is wie en met welke achtergrond dit commentaar heeft gegeven;
- Deels. Ik mis toch wel de beoordeling naar de belastbaarheid. In hoeverre moet je meegaan met de klachten van belanghebbende inzake de urenbeperking.;
- Voor zover die opvatting bestaat. Ook dit commentaar nog wel voor discussie vatbaar; Als die opvatting er al is!;
- Wat ze zeggen en wat ze doen is niet gelijk natuurlijk

De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling (CVS)

Nee

- Op basis van lokale protocolbijekomsten betwijfel ik of de opvatting van de beroepsgroep ten aanzien van het protocol CVS (zie mijn opmerkingen hiervoor) in overeenstemming met hetgeen daarover in de onderhavige mediprudentiecassus wordt gesteld. Er dient bij de beroepsgroep eerst overeenstemming te zijn omtrent de inhoud van het protocol CVS en tussen de beroepsgroep en de werkgroep mediprudentie alvorens ik deze vraag eventueel bevestigend kan beantwoorden.

Ja

- Het blijft lastig als VA die niet in de behandeling betrokkene en is zeker zo nog niet gezien wordt door de behandelende sector een zo dirigerende rol in te nemen. Ik weet niet of dat gaat werken en is veel meer afhankelijk van het individu zowel claimklant, VA en behandelende sector.;
- Zeker, maar het grote probleem is dat er geen eenduidige opvatting is over dit probleem;
- M.n. het bespreken van herstelgedrag.
- Al was het maar om mijn eigen mening aan te scherpen.

Opvatting MP moet richtinggevend zijn (CVS)

Nee

- Er moet niets, wel...kan zijn
- Stand van de medische wetenschap prevaleert;
- Mijn opvatting van de mogelijkheden bij CVS sluit aan bij het grootste deel van de artsen in Nederland, nl belastbaarheid is mogelijk en toegestaan. Dit leidt niet tot

10 uur arbeid per week. De verzekeringsarts heeft de taak om de functionele mogelijkheden aan te geven behorend bij een ziektebeeld bij een specifieke cliënt. De mogelijkheden niet overschattend en zeker niet onderschattend. In een re-integratie traject kan dan de eerste periode aandacht zijn voor training. Als eenmaal de deeltijd is geaccepteerd is er nimmer meer mogelijk bij een ongewijzigd beeld. Ervaring leert dat tijdelijke staking van uitbetaling en professionele herbeoordelingen niet mogelijk zijn en zelfs door de directie van het UWV verboden. Alleen op verzoek van een cliënt mogelijk. Deze cliënten zullen nooit om een herbeoordeling vragen. Het voordeel van de WIA boven de WAO is wel dat tijdens een WGA uitkering meer re-integratiemogelijkheden kan bieden. Bij een 80-100% gebeurt er niets.;

- Zie ook de vorige casus wat ik hier lees is een rechter die richting geeft. Inderdaad is voorlichting goed maar zolang we GEEN verwijfsfunctie hebben kan het niet meer zijn dan voorlichting alleen.;
- Belangrijk als leidraad. Maar je moet als VA zelfstandig kunnen blijven nadenken en beoordelen (2). De mediprudentie is m.i. een zinvol hulpmiddel, maar geen format die standaard over alle casussen met een dergelijk ziektebeeld c.q. claimklacht gelegd kan worden.

Ja

- Mits er gemotiveerd van afgeweken kan worden. Het gevaar van het beschrijven en commentariëren van een deel van de casus zoals deze, is dat men denkt dat het overige van de casus zoals het FML ook richtinggevend werkt. Moet dus niet de gehele beoordeling met alle 4 de beoordelingspunten meegenomen worden? (SMZ voorgeschiedenis, FML, behandeling, herstel/prognose);
- Maar is dat wel haalbaar?;
- Voorwaarde is dat er genoeg tijd is om een beoordeling goed te doen en te rapporteren.
- Op den duur wel, als er voldoende neuzen dezelfde kant op lijken te wijzen.;
- Protocollen zijn er niet voor iets; uniformiteit waarborgen

Mammacarcinoom

Informatie rapportage voldoende en duidelijk (Mammacarc)

Nee

- Ik kan mij goed vinden in het deskundige commentaar, ik mis dezelfde gegevens in het beoordelingsgesprek. De aanpak van de argumentatie van hoog-handelingstempo is wel top: zowel omdat zij m.i. dat niet claimt als "omdat je ooit bij de psycholoog bent geweest", hoe verzin je het. Wordt echt hoog tijd voor een Richtlijn Persoonlijk en Sociaal functioneren (plannen worden momenteel bij UWV-BPI weer afgestoft)
- Dagverhaal is te beperkt.
- Ik wil graag meer weten over de psychische gevolgen, de verwerking, hoe het op het werk gaat, of er knelpunten zijn en hoe het sociaal met contacten en dergelijke gaat
- Toekomstperspectief van cliënte zou ik wel belangrijk vinden

Ja

- Het globale beeld is duidelijk; Helder verhaal
- Urenbeperking blijft echter onduidelijk
- WAO Amber 31-01-2004. Waar komt dan die WIA per juli in deze casus vandaan?
- Wel een medisch complexe casus; je moet precies lezen
- Inleiding te lang. Verhaal over toename van de beperking klopt niet in de tijd.
- Maar dagverhaal is te beperkt; Er mist wel veel, bv voorgeschiedenis

Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening (Mammacarc)

Nee

- VG onderzoek moet zich niet zondermeer op het medische richten, de kwaal en de klacht, maar op de persoon in zijn context. Was deze va wel echt geïnteresseerd in deze vrouw? Wat zegt het bv dat moeder meekomt? is zij afhankelijk, of voelt moeder zich schuldig wegens doorgeven van BRCgenen. De keuze voor twee hele dagen wordt niet uitgediept. Was er anders geen baan te vinden, bv? Oppassen om een cliënt niet te veroordelen in zijn/haar gemaakte keuzes.
- Commentaar vind ik wat vaag en 'veronderstellend'.
- Ik vind in de rapportage onvoldoende gegevens om de in de beschouwing benoemde beperkingen te kunnen onderbouwen
- Rapportage niet, ook wordt niet ingegaan op de claim van maximaal 16 uur per week. In commentaar wordt geen aandacht gegeven aan de verwerking en acceptatie, verder compleet;
- Ik vind dat zowel in de beschouwing als in het commentaar soms aannames gedaan worden, waar conclusies aan verbonden worden.
- Wat ik mis in het rapport is een (summiere)beschrijving van het werk, met name wat de fysieke en psychische belastingen zijn. In het rapport is er een verkeerde verhouding tussen het onderzoek deel(anamnese en lich. onderzoek) en de beschouwing. Er is (tegenwoordig) te veel nadruk op de argumentatie en te weinig op observatie en lich. onderzoek. De beschouwing zou een logisch uitvloeisel moeten zijn van een goed uitgevoerd en goed gedocumenteerd onderzoek. Rapportages van 10-15 jaar geleden hadden nagenoeg geen onderbouwing, wat uiteraard niet goed was, maar het eindeloos wikken en wegen tot je een ons weegt (wat je tegenwoordig vaak ziet in rapporten)is voor mij te ver doorgeschoten.
- Te uitgebreid en te negatief

Ja

- Wel vind ik het commentaar op de arbeidsduur(punt 3) wat overtrokken. Als iemand een duidelijk niet beperkt dagverhaal heeft ga ik niet uitgebreid discussiëren over de claim van 16 uur.
- Wat ik wel mis, zowel in de rapportage als in het commentaar, is een beschouwing over de prognose.
- Er zijn leemtes. ten aanzien van het commentaar zou ik zeggen formuleer richting rapportage. Niet richting verzekeringsarts. Hoe te handelen over de amber kwestie? Terecht fam. anamnese en levensinvulling.
- Goed commentaar (3x)
- Met betrekking tot de toonzetting (en dat geldt wat mij betreft voor alle casussen): het woord "cliënt vervangen door "betrokkene". Betrokkene is namelijk geen klant (in weerwil van wat de Raad van Bestuur van UWV heeft geacht). Het woord "betrokkene" is neutraler en dat past bij het werk dat wij als verzekeringsartsen verrichten. Het woord "schatten" zou ik ook vermijden. Ik zou gewoon beschrijven wat de arbeidsdeskundige gaat doen.
- Wel erg uitgebreid

Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze (Mammacarc)

Nee

- In het commentaar mis ik de jurisprudentie ten aanzien van het "verzekerde object". Met andere woorden: wanneer is het opleggen van een urenbeperking gerechtvaardigd als betrokkene aangeeft dat meer dan 16 uur per week werken van invloed is op het functioneren in het privé-domein. Daarnaast mis ik in het commentaar bij dit item overwegingen ten aanzien van het werken in wisseldiensten. Deze belasting kan een aanslag zijn op de energiehuishouding van een persoon. Zeker bij de persoon van deze casus zou dat overwogen moeten worden. Overwogen is dan uiteraard iets anders dan toekennen maar uit de argumentatie zal moeten blijken of er een urenbeperking toegekend zal moeten worden. Ook het functioneren en de recuperatiebehoefte na een bepaalde inspanning zou ik nog verder uitvragen.

Ja

- Als combinatie van tekort schietend rapport en deskundig commentaar werkt het heel goed. Leuk uitstapje naar de literatuur. Inmiddels gaat de wetenschap richting tekort aan melatonine als oorzaak van verhoogde kankerincidentie bij langdurig draaien van nachtdiensten (ook prostaat en colon)
- Bij deze casus is het leermoment dat voorbereiding (voor zover mogelijk) bijdraagt aan de kwaliteit. Als verzekeringsarts dient ook de invloed van de organisatie benoemd te worden. Zij hebben of nemen een verantwoordelijkheid bij de logistiek.
- Behalve dat van de urenbeperking; De probleemanalyse van activiteiten mn. de urenbeperking blijft onduidelijk.
- Leerzaam, vooral commentaar t.a.v. het zogeheten "diagnosedenken" is waardevol; de discussie over de urenbeperking; relatie protocol- praktijk; nachtarbeid (3x)

Goed beeld opvatting beroepsgroep (Mammacarc)

Nee

- Ik vrees dat ook bij een dergelijke casus de bandbreedte bij de beoordeling erg groot is. Met name over het probleem van de urenbeperking. Ik ken collegae die in

dit geval van geen urenbeperking willen weten, anderen zullen tot 4 u 5 dagen per week komen en veel collegae zullen de huidige arbeidsprestatie het maximaal haalbare vinden. Hoezo, de opvatting van de beroepsgroep? Hoe zit het trouwens met het actualiseren van het protocol Vermindering Arbeidsduur? Daar wachten we, meen ik, al tien jaar op.

- Wat is de opvatting hier: die van de va of die van het commentaar?
- Op dit moment vertolkt het commentaar alleen de visie van de commissie en niet de opvatting van de beroepsgroep (4x).

Ja

- Wel de beroepsgroep maar geen goed beeld wat betreft de visie van de behandelende sector. Qua commentaar miste ik de vermelding van een bioritme waardoor dagelijkse inspanningen verdedigbaar zijn en dus dagelijkse werkzaamheden mogelijk zijn. Of je tijdens het gesprek er aan denkt de claimant te vragen en confronteren met de vraag of ze andere prioriteiten heeft gekregen door de ziekten is speculeren en iets dan ik zie als 'hindsight'
- Met name ook commentaar punt 4 is terecht, we moeten oppassen om verregaande conclusies te verbinden aan een enkel onderzoek.
- Maar ook dit is niet zo de praktijk
- Komt me wel bekend voor
- Als va. ben je dus met individuele beoordeling bezig en niet als visfileerder: steeds kritisch blijven op het verhaal van cliënt, waarbij dat verhaal wel steeds de start blijft van een verzekeringsgeneeskundige beoordeling
- Goede afwegingen

De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling (Mammacarc)

Ja

- Uitgaande dat de combi van va-rapport en commentaar de opvatting vertegenwoordigt.
- Merendeels conform protocol.
- In ieder geval in mijn achterhoofd, waarschijnlijk niet in mijn rapportage.
- Behalve dat van de urenbeperking.

Opvatting MP moet richtinggevend zijn (Mammacarc)

Nee

- richtinggevend KAN zijn (2)
- Maak eerst wat duidelijker wat de status van het commentaar is; of stel deze vraag anders.

Ja

- Mits er gemotiveerd van afgeweken kan worden; Met ruimte voor individuele geval
- Maar per geval moet ik zien wat er hoe van toepassing is
- Mits genormd in veel mediprudentie

Overspanning

Informatie rapportage voldoende en duidelijk (Overspanning)

Nee

- Meer informatie over de ZW periode.
- Afweging over geschiktheid eigen werk ontbreekt.
- Meer informatie over voorgeschiedenis (IQ, scholing, persoonlijkheidsstructuur) om toch wel heftige reactie op niet al te ernstige ziekte van partner te verklaren
- Te weinig informatie over de sociaal medische voorgeschiedenis en behandeling, weinig anamnestiche informatie over zijn huidige distressklachten, of er sprake is van comorbiditeit
- Alcoholgebruik nu onduidelijk, eigen werk onduidelijk
- M.i. te weinig door de beoordeelend VA zelf uitgevraagd. Vooral een overzicht van in het dossier aanwezige informatie. Ik mis het 'eigen onderzoek'.
- Het rapport is summier, niet volledig en sluit wat dat betreft onvoldoende aan bij het verzekeringsgeneeskundig protocol overspanning. Er is nog veel meer te zeggen over onvolkomenheden van het rapport maar ik laat het voor dit moment hierbij.

Ja

- Redelijk helder. Wel vraag ik me af wat nu precies het medisch probleem was met de echtgenote van de klant en waarom dit zo'n grote impact had op mijnheer.
- Globaal en herkenbaar
- Mist ook wel veel informatie; maar mist bv eigen visie cliënt en alcoholgebruik

Uitgebreidheid, relevantie, toonzetting, ordening (Overspanning)

Nee

- ik had nog graag meer geweten over de momenten waar het herstel stagneert.
- Er had wat meer over beleid tav sanctie geschreven kunnen worden, zeker nu in de toekomst ook vangnetgevallen een toetsing moeten ondergaan.
- Zie hiervoor; thuisbelasting lijkt te worden meegenomen.
- Ik vind dat het commentaar al te gemakkelijk concludeert dat er geen sprake was van psychiatrische comorbiditeit
- Ik vind dat zowel in de beschouwing als in het commentaar regelmatig aannames gedaan worden, waar conclusies aan verbonden worden.
- Het is erg uitgebreid, m.n. wat betreft hetgeen de ZW-arbo arts en verzekeringsarts allemaal zouden moeten doen in het kader van de behandeling.
- Vooral commentaar op ernst van spanningsklachten (spanning of overspanning) wordt gemist (welke argumenten zijn er voor de stelling dat er sprake is van een stoornis?)
- De toonzetting van met name het commentaar is storend informeel. Voorbeelden: op pagina 8: "voor de poort van de WIA". "gewoon hersteld", "cruciaal". Op pagina 9: "of de arbeidsdeskundige uit de voeten kan...", "vastzit". Formeler en professioneler taalgebruik is naar mijn oordeel passender.
- Te uitgebreid en te negatief

Ja

- Op zich een goed commentaar. Het betrof een man die zich ziek meldde vanuit de WW en door de ZW-arts twee jaar onafgebroken volledig arbeidsongeschikt werd beschouwd. In een dergelijke situatie is de band met het laatste werk al zo zwak geworden, dat het de vraag is of het nodig is om het "eigen werk" zo uitgebreid te analyseren als de commentator het adviseert. Ik ben het overigens met de

commentator eens dat men zich kan afvragen of hij terecht de wachttijd WIA volgemaakt heeft. Maar het gegeven is een WIA-beoordeling, niet een ZW-beoordeling.

- Is geschikt verklaren voor eigen werk wel acceptabel als iemand geen baan meer heeft?
- De combinatie van rapport en commentaar is sterk en inzichtelijk.
- Wat is de maatschappelijke lering? Met alle respect m.i. wordt hier mogelijk ook ruimte geboden voor medicalisering. Het potentiële afvoerputje.
- Wel wat uitgebreid
- Maar toch weinig bekend over huidige psychische diagnose. Is er nog wel sprake van ziekte/gebrek?
- Betreft het commentaar. Rapportage m.i. onvoldoende.
- Commentaar is goed verwoord met de verschillende aspecten in de medische voorgeschiedenis
- LESA uitleggen
- Gaf goed weer hoe ik er zelf over dacht.

Leerzaam voor eigen opvatting/werkwijze (Overspanning)

Nee

- Het overleggen met de ZW-collega lijkt me weinig toevoegen, mosterd na de maaltijd.
- Stellen van beperkingen is voor mij niet te volgen
- In mijn ogen blijft het een krom geformuleerde stelling waar ik niet veel mee kan.

Ja

- Als ZW-arts is het belangrijk dat je voldoende ruimte krijgt om adequaat te beoordelen.
- Vaak gesprek met arbo arts over vergelijkbare zaken. is niet alleen een medisch probleem. dan ook bredere bevoegdheden of signaal vorming vanuit de mediprudentie gewenst.
- Schieten we niet door wb voorgeschiedenis en interventie?
- Leerzaam: uitvoering voortraject; vroege interventie is nodig; neus op de feiten van hoe het niet moet

Goed beeld opvatting beroepsgroep (Overspanning)

Nee

- Heeft de beroepsgroep een opvatting (3)? Hoe meer dossiers ik zie, hoe meer ik er aan twijfel. Verzekeringsgeneeskundig werk is in sterke mate de aller individueelste opvatting over de aller individueelste emotie. Mediprudentie is een van de middelen om tot een gezamenlijke opvatting te komen, maar zo ver is het nog lang niet,
- Vind diagnose niet goed uitgevraagd, tussen de regels door wordt in het commentaar toch akkoord gegaan met diagnose, wat te milde reactie voor vage casus, niet navragen van huidig middelenmisbruik vind ik een omissie
- Ik betwijfel of de beroepsgroep zich zo uitgebreid kan/wil bezighouden met de behandeling van een overspanning
- Het element van de leercirkel van WIA-va en ZW-va mis ik

Ja

- Ik ga er maar van uit dat het om WIA gaat mbt de opvatting

- Wat iemand doet/ denkt te kunnen = maat voor beperkingen
- Geldt voor het commentaar. Rapportage m.i. onvoldoende.
- De lat voor de ba ligt wel hoog

Geen nee/ja

- deels wel (beo soc med voorgesch), deels niet (beo funct mog)

De opvatting gebruiken voor eigen beoordeling (Overspanning)

Ja

- Mooie casus met commentaar om nog eens na te slaan. En daar is het allemaal voor bedoeld!

Opvatting MP moet richtinggevend zijn (Overspanning)

Nee

- Ik denk dat we onze positie in deze casus niet moeten overschatten.
- Voor zover haalbaar in de praktijk
- Als ondersteuning is mediprudentie zeer zinvol. Dus richting geven met een vrijheid van goed beargumenteerd afwijken akkoord (2). Geen keurslijf.
- Protocollen zijn hanteerbaarder dan mediprudentie.

Ja

- De bandbreedte zal binnen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling blijven bestaan, maar mediprudentie zal hopelijk bijdragen aan het versmallen van die bandbreedte.
- e.e.a. gaat pas "leven" als er ook "voordeel" te halen is voor de gebruiker in het veld (b.v. (bezwaar-)verzekeringsartsen) dmv b.v. voorbeeld brieven en teksten.
- Met ruimte voor individuele geval
- Als we die kennen
- Protocollen zijn er niet voor niets; uniformiteit waarborgen

Het toetsingskader mediprudentie van de Gezondheidsraad.

Beoordeling functionele mogelijkheden

- Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is?
- Zo ja:
 - heeft hij op grond hiervan overtuigend beargumenteerd of en, zo ja, welke beperkingen bij betrokkene aanwezig zijn?
 - op welke gronden (*evidence*, consensus, normen, wettelijke regels) baseert hij zich hierbij en zijn deze houdbaar?
 - Zo nee, wat schort eraan? Hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen (additionele informatie verzamelen, tijd nemen voor reflectie, intercollegiaal overleg, expertise aanvragen, deskundigheid bevorderen)?
- Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling op hoofdlijnen aan betrokkene meegedeeld en wordt uit het verslag duidelijk hoe deze daarop gereageerd heeft? Heeft hij eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken en wordt duidelijk hoe hij tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is?

Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis

- Is sprake van stagnatie van herstel en werkhervatting bij een aandoening waarbij in de regel het werk ruim binnen de termijn van twee jaar wordt hervat?
- Zo ja:
 - is de stagnatie geanalyseerd?
 - is de uitkomst van de analyse betrokken bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode?
 - is de uitkomst besproken met betrokkene en zo nodig met bedrijfsarts of behandelaar(s)?

Beoordeling te verwachten beloop

- Is aannemelijk gemaakt wat de prognose is ten aanzien van de beperkingen en wanneer een herbeoordeling nodig is?

Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling

- Heeft een adequate beoordeling plaatsgevonden van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding?
- Heeft de verzekeringsarts zo nodig overlegd met betrokkene en diens behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak?

Dilemma's

- Staat de verzekeringsarts in deze casus voor dilemma's? Zo ja, heeft hij ze expliciet benoemd? Heeft hij zijn keuze(n) goed beargumenteerd? Komen uit de casus dilemma's voort voor andere betrokken instanties?

Mediprudentie en jurisprudentie

- Is er mediprudentie of jurisprudentie over in relevante opzichten (bijvoorbeeld diagnose, normen, dilemma's, aard beperkingen) vergelijkbare casus en wat leert de vergelijking daarmee?

Aanbevelingen

- Welke potentieel door onderzoek te dichten lacunes in kennis (over diagnostiek, bepaling functionele mogelijkheden, prognostiek, interventiemogelijkheden) blijken in de casus de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te bemoeilijken?
- Welke suggesties voor de ontwikkeling (of herziening) van (bestaande) verzekeringsgeneeskundige richtlijnen/protocollen en welke aanbevelingen aan uitvoeringsorganisatie of wetgever komen voort uit de analyse van deze casus?

