

Trefwoorden

Beperking werktijden

Dagverhaal

Energetische beperking

Nierinsufficiëntie

Urenbeperking

Verminderd energieniveau

Vermoeidheid (Moeheid, Moeheidsklachten)

Protocol chronische nierschade

Vignet

Welke factoren kunnen een rol spelen bij de beoordeling van de mate van beperking van de arbeidsduur bij chronische nierschade? Kan het betrekken van deze factoren bij de weging tot een betere onderbouwing van het oordeel of tot een ander oordeel leiden?

De Standaard verminderde arbeidsduur noemt als aandachtspunten het dagverhaal, herstelgedrag, gewenning en persoonlijkheid. Volgens het protocol Chronische nierschade betreft de verzekeringsarts bij de beoordeling van de arbeidsduur de nierfunctie, fysieke vermoeidheid, factoren die bijdragen aan psychische vermoeidheid (bijvoorbeeld depressiviteit en angst) en cognitieve vermoeidheid. Daarnaast speelt in deze casus ook de bijwerking van medicijnen een rol.

Het meewegen van deze factoren had in deze casus bij kunnen dragen aan de plausibiliteit van de eigen inschatting van de mogelijke arbeidsduur door betrokkene. Bij twijfel had aanvullend onderzoek kunnen plaatsvinden.

Samenvatting gegevens uit rapportages, bezwaarschrift en interviews met betrokkene

Situatie bij beoordeling

Het betreft een beoordeling (februari 2011) van een 63-jarige man in het kader van de aanvraag van een WIA-uitkering en een daarop volgende beoordeling in het kader van een bezwaarprocedure.

Voorgeschiedenis

Betrokkene heeft zich in mei 2009 vanuit een WW-uitkering ziek gemeld vanwege algehele malaise, fors gewichtsverlies (20 kg) en plasproblemen. Bij nader onderzoek werd in juli benigne prostaathypertrofie vastgesteld en nierversgiftiging. Tevens werd een tumor (heldercellig niercarcinoom) in zijn linkernier ontdekt. In augustus 2009 is hij aan zijn prostaat geopereerd (TURP). In september 2009 is zijn linkernier verwijderd. De overgebleven rechternier werkt niet goed.(6,1,2) Na de operatie is de nierfunctie 19% en krijgt betrokkene voorlichting over nierfunctievervangende therapie.(8) "Cliënt is zeer vermoeid, moet 's ochtends en 's avonds op bed rusten. Heeft pijn in de rechterflank/rechterzijde rug." "Weinig energie, vergeetachtig". De bloeddruk is verhoogd. Betrokkene zit in het predialysetraject. In december 2009 vindt de verzekeringsarts i.o. in het kader van de Ziektewet betrokkene niet in staat om zijn werk te verrichten. "Gezien de aard van de aandoening en de gevolgen hiervan is het medisch gezien zeer aannemelijk dat cliënt een extreme vermoeidheid ervaart. Uit het dagverhaal blijkt ook een fors beperkt activiteitenpatroon."(1)

Betrokkene heeft verder al jaren last van rugklachten die volgens de huisarts door slijtage zijn veroorzaakt (1). Hij is eerder, in maart 1979, als monteur koffiezetters uitgevallen "wegens psychische decompensatie onder invloed van de werksfeer en gevoelige natuur". Op grond daarvan kreeg hij een volledige WAO-uitkering toegekend. Na een wettelijke herbeoordeling in 2003 werd deze beëindigd.(2) Een bezwaar- en beroepsprocedure veranderen dit niet. Een re-integratietraject en 500 sollicitatiebrieven hebben hem niet aan een betaalde baan kunnen helpen. Hij heeft veel vrijwilligerswerk gedaan en doet dat nog in beperkte mate.(8, 2) Zijn vrouw is chronisch depressief en is langdurig opgenomen geweest op een psychiatrische afdeling na een suïcidepoging. Zij krijgt eenmaal in de week twee uur begeleiding om iets in het huishouden te doen, omdat zij anders tot niets komt. Zij kookt wel iedere dag. (8)

In juli 2010 rapporteert de verzekeringsarts i.o in het kader van de Ziektewet dat betrokkene nog erg moe is, overdag nog rust en veel pijn in de rug heeft. De nierfunctie is 23%. Medicatie: Metoprolol, Resonium A, Paracetamol codeïne. Volgens de huisarts is betrokkene matig depressief. Betrokkene wijt dit aan zijn ziekte en de nasleep daarvan.(1) De verzekeringsarts vraagt nadere informatie op bij de huisarts. Deze stuurt een brief mee van de neuroloog naar wie hij betrokkene heeft verwezen vanwege geheugenstoornissen en apathie. Dit om metastasen en/of vasculaire dementie uit te sluiten. Bij neurologisch en neuropsychologisch onderzoek zijn hiervoor geen aanwijzingen gevonden. Bij neuropsychologisch onderzoek is vastgesteld dat betrokkene een man is met beperkte intellectuele capaciteiten, een laag vermogen om de aandacht te richten en te verdelen, wisselende geheugenprestaties, een zeer laag vermogen om complex verbaal materiaal en verbaal laag associatief materiaal te onthouden een beperkte talige abstractie en zwakke executieve functies. De huisarts veronderstelt een verband tussen de cognitieve klachten en het verwerken van life-events.(5)

De verzekeringsarts i.o. concludeert: "Cliënt is zowel energetisch als psychisch beperkt belastbaar te achten. Hij is aangewezen op fysiek zeer lichte werkzaamheden voor ongeveer halve dagen op een voorspelbare en gestructureerde werkplek [...] concentratievermogen is licht beperkt, evenals vermogen aandacht te verdelen."(1)

Onderzoek en oordeel primaire verzekeringsarts

Het onderzoek in het kader van de Wet WIA (einde wachttijd) bestaat uit bestudering van de dossiergegevens en een beoordelingsgesprek met betrokkene. De verzekeringsarts rapporteert onder andere: "Controles voor wat betreft uitzaaiingen goed. Wel doet hij vanwege aanhoudende klachten van een versnelde vermoeibaarheid alles nu rustig aan. Laatstelijk werd door de afdeling Ziektewet van UWV aan cliënt bemiddeling voorgesteld, naar weinig energetisch en geestelijk belastend werk.(2) "De arbeidskundige oordeelde dat re-integratie niet zinvol was mede vanwege de leeftijd van cliënt."(6) Ook vermeldt de arts: "Heeft in zijn WAO-tijd veel vrijwilligerswerk gedaan." "Verder begeleidt hij een groepje geestelijk gehandicapten [...] bij muzikale bezigheden."

Diagnose: Nierfunctiestoornis (rechts). Status na extirpatie linker nier (september 2009) wegens heldercellig carcinoom. Status na TUR prostaat (augustus 2009).

Lichte pseudo-radiculaire klachten rechterbeen, bij S-scoliotische wervelkolom. Gevoelige, bescheiden natuur. Status na psychische decompensatie (maart 1979).

Medicatie: Resonium A, Alfacalcidol, Metropolol (bloeddruk) en Paracetamol/codeïne (rug).

Cas-diagnosecodes: 8U200 (Maligne nieuwvorming van nier en urinewegen), 8L103 (Aspecifieke (lage) rugpijn, chronisch).

Functionele mogelijkheden/Belastbaarheid ten aanzien van arbeid: "Cliënt is aangewezen op niet te zwaar lichamelijk (energetisch, rug) en geestelijk belastend werk (tempodruk, conflicthantering en dergelijke). In dagdienst."

"Gezien de aangegeven klachten en het gevonden medische beeld is het aangewezen om ... de arbeidstijden te beperken tot circa acht uur per dag."(2)

Resultaat beoordeling

Betrokkene wordt voor minder dan 35% arbeidsongeschikt verklaard en krijgt geen WIA-uitkering".(3)

Aanvullende informatie van betrokkene:

Sinds het begin van zijn nierproblemen moet hij nog steeds overdag twee keer een uur rusten, 's ochtends en 's middags, omdat zijn lichaam zo zwaar aanvoelt. Hij voelt zich dan doodmoe en kan niet meer goed functioneren in huis. Zonder de rustmomenten komt hij de dag niet goed door. Zijn vermoeidheid is na de operatie nog toegenomen vanaf het moment dat hij Metoprolol en Resonium is gaan gebruiken. De pijn aan de rechterzijde van zijn rug is niet verdwenen en hij is nog steeds erg emotioneel. Hij moet verwerken dat hij nu een slechte nierfunctie heeft. Ook is hij nog steeds bang voor uitzaaiingen van de niertumor.(8)

Visie betrokkene op resultaat beoordeling

Betrokkene wil wel werken, maar meer dan 4 uur per dag is volgens hem niet haalbaar.(8) Daarom tekent hij bezwaar aan tegen de beslissing. Zijn vertegenwoordiger stelt namens hem dat er onvoldoende rekening is gehouden

met zijn (vooral energetische) beperkingen en dat onvoldoende onderzoek is ingesteld om de mate van de belastbaarheid te objectiveren. "De nierfunctie, de constitutie van de patiënt (en bijwerkingen van medicijnen) spelen een grote rol." "Er is bij betrokkene sprake van een beperkte inspanningstolerantie, hij is sneller en zwaarder vermoeid. Het persoonlijk functioneren (concentreren van de aandacht en handelingstempo) zijn beperkt."(4)

Onderzoek en oordeel bezwaarverzekeringsarts

Het onderzoek van de bezwaarverzekeringsarts bestaat uit dossierstudie, de hoorzitting, aansluitend medisch onderzoek en het opvragen van nadere informatie bij de internist. Die schrijft onder meer dat er na de operaties een zeker herstel van de nierfunctie heeft plaatsgevonden. Deze blijft "redelijk stabiel met een klaring van 32ml/min. Dialyse is derhalve niet aan de orde." (laatste controle november 2010).

"Dagverhaal; 8u opstaan, aankleden, hond uitlaten, naar Albert Heijn, daar ook koffiedrinken en krant lezen, thuis krant lezen, tussen 10-11u rusten (niet slapen), 11u tv kijken, lunch, hond weer uitlaten, tussen 14-15u weer een uurtje rusten, vervolgens per fiets naar bibliotheek krantlezen, rond 17.30u weer thuis, rond 18u eten, 's avonds journaal kijken, hond nog een keer uitlaten, rond 23u slapen. Cliënt geeft desgevraagd aan elke dag wel een stukje huishoudelijk werk te verrichten ..." "Als ik vraag naar zijn psychische klachten noemt hij als eerste zijn vergeetachtigheid" "Cliënt heeft desgevraagd een wisselende stemming." "Cliënt heeft geen behandeling voor psychische klachten en heeft ook geen medicatie hiervoor gehad." (6)

De bezwaarverzekeringsarts komt tot de conclusie dat betrokkene "op grond van de problematiek van een matig ernstige nierschade (fase III, zie protocol chronische nierschade)" en een redelijk stabiele nierfunctie is "aangewezen op energetische lichte werkzaamheden" en dat er "ook dan een lichte urenbeperking op zijn plaats" is. Hij beperkt de arbeidsduur tot 6 uur per dag en 30 uur per week. Ook oordeelt hij dat betrokkene licht beperkt is bij werk met persoonlijk risico vanwege soms wat verminderde alertheid bij een suboptimale nierfunctie. Verder neemt hij meer beperkingen aan dan de primaire verzekeringsarts voor frequent buigen en duwen/trekken.

"Er zijn medisch objectief geen argumenten om cliënt nog meer te beperken met betrekking tot arbeidsduur. Uit het dagverhaal blijkt weliswaar dat cliënt 2 maal per dag een uurtje gaat rusten, echter hierbij is sprake van gewoontevorming en een complexe thuissituatie, waarbij het voor goede verhoudingen beiderzijds van belang lijkt, dat cliënt niet de gehele dag in het directe bijzijn van zijn chronisch depressieve echtgenote verkeert."(6)

Resultaat beoordeling na bezwaar

Het bezwaar is gegrond verklaard. Betrokkene heeft recht op een WGA-vervolguitkering op grond van een arbeidsongeschiktheid van 55 tot 65%.(7)

Mening betrokkene over gevolgen beoordeling

Betrokkene is blij met de toekenning van een gedeeltelijke WGA-uitkering. Hij vindt dat hij maximaal 4 uur per dag kan werken, in plaats van zes uur, maar legt zich bij de uitspraak neer.(8)

Commentaar

In deze casus is sprake van een discrepantie tussen de beperkingen op het gebied van arbeidsduur die betrokkene ervaart en die de verzekeringsarts en de bezwaarverzekeringsarts hebben vastgesteld. In dit geval is dit vooral van belang voor betrokkene vanwege de gevolgen voor de hoogte van zijn uitkering. In juli 2010, 10 maanden na de verwijdering van de linker nier, komt de verzekeringsarts i.o. in het kader van de Ziektewet tot de conclusie dat betrokkene niet meer dan ongeveer halve dagen kan werken. In februari 2011 stelt de primaire verzekeringsarts in het kader van de WIA-beoordeling dat betrokkene maximaal 8 uur per dag in dagdienst kan werken. In juli 2011 stelt de bezwaarverzekeringsarts een beperking van de arbeidsduur vast tot 6 uur per dag en 30 uur per week. Betrokkene is van mening dat hij niet meer dan 4 uur per dag kan werken.

De casus roept de vraag op welke factoren een rol kunnen spelen bij de beoordeling van de mate van de beperking van de arbeidsduur bij chronische nierschade. In het verlengde daarvan: zou het betrekken van deze factoren bij

de weging tot een betere onderbouwing van het oordeel of tot een ander oordeel kunnen leiden?

Factoren bij de beoordeling van de mogelijke arbeidsduur

Het Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische Nierschade (9) stelt: "de werktijden zijn afhankelijk van conditie en uithoudingsvermogen, energetische mogelijkheden en de beschikbaarheid voor werk ook in relatie tot de behandeling." "De verzekeringsarts weegt deze aspecten en beoordeelt of een volledige dagtaak realistisch is of motiveert aan de hand van bovengenoemde aspecten waarom beperkingen in werktijden aangewezen zijn."

"De conditie en het uithoudingsvermogen worden vooral bepaald door de ernst van de uremie en de comorbiditeit." "Uit diverse studies blijkt dat er geen specifieke biomedische en/of situationele variabelen zijn die als eenduidige maat kunnen dienen voor de ervaren vermoeidheid." Volgens het protocol "blijven vermoeidheidsklachten bij chronische nierschade doorgaans zelfs bij optimale behandeling bestaan." Het protocol onderscheidt drie vormen van vermoeidheid:

- fysieke vermoeidheid: gewone vermoeidheid, vermoeidheid door uremie, vermoeidheid door anemie, vermoeidheid door slaapstoornissen, onvoldoende fysieke energie;
- psychische vermoeidheid: afkeer van langdurige behandeling, een depressie die de patiënt doormaakt, uitputting die wordt ervaren;
- cognitieve vermoeidheid: gebrek aan copingstrategieën, verminderd cognitief vermogen, bewuste isolatie.

Fysieke vermoeidheid

De bezwaarverzekeringsarts twijfelt er niet aan dat de nierschade bij de fysieke vermoeidheid van betrokkene een rol speelt. Hij vindt een verdergaande urenbeperking nodig dan de primaire arts. Hij spreekt van een "matig ernstige nierschade" (fase 3), op grond waarvan een lichte urenbeperking op zijn plaats zou zijn. Volgens het protocol kan chronische nierschade in stadium 3 tot 5 echter leiden tot (zeer) ernstige beperkingen. Van stadium 3 is volgens het protocol sprake bij een eGFR van 30-59 ml/min/1,73m². De laatst gemeten waarde van betrokkene is 32. Dit zit tegen de bovengrens van stadium 4, zeer ernstige nierschade (eGFR 15 – 29), aan. Maar in het protocol staat ook dat de grenswaarden indicatief zijn en niet absoluut geïnterpreteerd mogen worden. Het

protocol stelt bovendien dat de ernst van de nierschade niet gelijk opgaat met de klachten en/of de functionele beperkingen die de patiënt ervaart. Daarom zouden bij de beoordeling van de ernst van de vermoeidheid en de mogelijke arbeidsduur ook andere factoren dan de nierfunctie betrokken moeten worden. Eén van die factoren is de bijwerking van medicatie, die volgens het protocol onderzocht moet worden. Betrokkene geeft aan dat zijn vermoeidheid is toegenomen sinds het gebruik van Metoprolol en Resonium. Dit is een bekende bijwerking van beide middelen. (10) De verzekeringsgeneeskundige rapportages maken hier geen melding van.

Psychische vermoeidheid

Het protocol stelt: "Chronische nierschade kan het leven van iemand veranderen en iemand emotioneel uit balans brengen. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten gaat chronische nierschade gepaard met een depressieve episode, vooral in het predialysestadium, als cliënt te horen heeft gekregen dat nierfunctievervangende behandeling nodig zal zijn." "Een patiënt met chronische nierschade moet niet alleen zijn gedrag aanpassen (zoals een dieet volgen en medicatie gebruiken), ook is psychologische aanpassing nodig. Patiënten moeten (leren) omgaan met de stressoren die de ziekte met zich meebrengt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vochtbeperking, vermoeidheid, onzekerheid over de toekomst, angst voor afstoting van de donornier en beperkingen in fysieke activiteiten. Als deze psychologische aanpassing niet succesvol verloopt, kunnen er depressieve klachten ontstaan of kan dit zelfs leiden tot een manifeste depressie." "Door depressieve klachten nemen de mogelijkheden tot functioneren in algemene zin af. Er zijn ook voor nierpatiënten specifieke aanwijzingen voor de relatie tussen depressie en functioneren." "Het lege artis beoordelen van klachten van depressiviteit en de behandeling hiervan (zie bijvoorbeeld het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis) maakt deel uit van de beoordeling van de functionele mogelijkheden bij nierschade."

Negen maanden na de operatie wordt melding gemaakt van depressieve klachten bij betrokkene en weer ruim een jaar later van een 'wisselende stemming'. Het is de vraag of deze klachten voldoende zijn onderzocht. Ook is geen aandacht besteed aan de angst van betrokkene voor uitzaaiingen.

Cognitieve vermoeidheid

Het is aannemelijk dat bij betrokkene ook sprake is van cognitieve vermoeidheid. Zijn huisarts vond zijn cognitieve beperkingen ernstig genoeg om hem naar een neuroloog te verwijzen om metastasen en/of vasculaire dementie uit te sluiten. De huisarts veronderstelt een verband tussen de cognitieve klachten en het verwerken van life-events. Bij neuropsychologisch onderzoek is vastgesteld dat betrokkene een man is met beperkte intellectuele capaciteiten, een laag vermogen om de aandacht te richten en te verdelen, wisselende geheugenprestaties, een zeer laag vermogen om complex verbaal materiaal en verbaal laag associatief materiaal te onthouden een beperkte talige abstractie en zwakke executieve functies. Dit is in lijn met het protocol, dat stelt: "Chronisch nierlijden kan gepaard gaan met cognitieve beperkingen zoals stoornissen in het geheugen, de concentratie, het uitvoerend functioneren en het tempo van informatieverwerking en planning. De werkgroep veronderstelt dat dit beperkingen kan opleveren in het concentreren, het verdelen van aandacht en het herinneren. Problemen met de planning kunnen het doelmatig handelen beperken. In de predialysefase hangt de mate van cognitief disfunctioneren samen met de ernst van de chronische nierschade."

Uitgebreide afweging

Volgens het protocol chronische nierschade weegt de verzekeringsarts de genoemde aspecten en motiveert aan de hand daarvan waarom beperkingen in werktijden aangewezen zijn. Volgens de Standaard verminderde arbeidsduur (11) kan er onder meer sprake zijn van een indicatie voor een verminderde arbeidsduur bij klachten en/of symptomen die gepaard gaan met energieverlies, zoals moeheid, pijn en concentratieproblemen. Alle drie spelen bij betrokkene een rol. Ook volgens deze standaard is ter onderbouwing van een beperking in arbeidsduur en de omvang daarvan een uitgebreide afweging van gegevens nodig. De standaard noemt onder meer het dagverhaal, herstelgedrag, gewenning en persoonlijkheid als aspecten die voor deze afweging onderzocht moeten worden.

Het dagverhaal van betrokkene laat zien dat hij ernstig beperkt is in zijn activiteiten en daarbij overdag twee extra rusturen nodig heeft. De verzekeringsartsen maken geen melding van inadequaat herstelgedrag. (Mogelijk zou meer aandacht voor en behandeling van de depressieve klachten en angst

tot enige verbetering van de functionele mogelijkheden kunnen leiden, maar dat vermindert de beperkingen ten tijde van de beoordeling niet). Er zijn ook geen aanwijzingen dat persoonlijkheidsaspecten bij betrokkene leiden tot een gebrek aan motivatie of onderschatting van zijn mogelijkheden om te werken. Hij heeft eerder tijdens arbeidsongeschiktheid en werkloosheid steeds gezocht naar werk en zich ingezet in onbetaald werk. De bezwaarverzekeringsarts schrijft de noodzaak van de extra rustmomenten toe aan "gewoontevorming" en het belang "dat cliënt niet de gehele dag in het directe bijzijn van zijn chronisch depressieve echtgenote verkeert." Het wordt echter niet duidelijk waarom het niet de (fysieke, psychische en cognitieve) vermoeidheid van betrokkene is die deze rustmomenten noodzakelijk maakt. Argumenten voor de veronderstelling dat betrokkene onnodig veel en vaak zou rusten ontbreken. Dat het van belang lijkt dat betrokkene niet de gehele dag in het directe bijzijn van zijn chronisch depressieve echtgenote verkeert is geen argument voor of tegen een (verdergaande) urenbeperking. Betrokkene heeft bovendien altijd voldoende mogelijkheden gevonden om de nodige afstand te nemen door activiteiten buitenshuis te zoeken.

Conclusie

Het is niet duidelijk waarom de nierfunctie van betrokkene slechts een lichte urenbeperking zou rechtvaardigen. Daarnaast had het meewegen van de bijwerking van medicijnen, van de psychische vermoeidheid als gevolg van depressiviteit en angst en van de cognitieve vermoeidheid de eigen inschatting van de mogelijke arbeidsduur van betrokkene plausibeler kunnen maken. Ook het bij de afweging betrekken van aandachtspunten uit de Standaard verminderde arbeidsduur, zoals dagverhaal, herstelgedrag, gewenning en persoonlijkheid maakt de visie van betrokken niet onaannemelijk. Wanneer de verzekeringsarts toch nog twijfelt kan hij aanvullende informatie opvragen of aanvullende onderzoek (laten) doen naar duurbelastbaarheid. De Standaard verminderde arbeidsduur noemt daarvoor enkele mogelijkheden.

Bronnen:

- (1) Rapportage Vangnet Ziektewet, Medische rapportage verzekeringsarts i.o., december 2009 en juli 2010
- (2) Verzekeringsgeneeskundige rapportage, februari 2011 (bijlage 1)

- (3) Beslissing op aanvraag WIA-uitkering, UWV, februari 2011
- (4) Aanvullende gronden bezwaar, maart 2011
- (5) Briefwisseling verzekeringsarts i.o UWV en huisarts, juli/augustus 2010, met als bijlage brief neuroloog, juni 2010 (bijlage 2)
- (6) Rapportage verzekeringsarts Bezwaar en Beroep, juli 2011 (bijlage 3)
- (7) Beslissing op bezwaar, UWV, augustus 2011
- (8) Verklaringen betrokkene in interviews februari, maart en juli 2011 (bijlage 4)
- (9) Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische Nierschade
- (10) Bijsluiter Resonium A oktober 2010 (<http://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h08071.pdf>),
Bijsluiter Metoprololsuccinaat januari 2012 (<http://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h32377.pdf>)
- (11) Verminderde arbeidsduur. Standaard Lisv. Amsterdam 2000