

---

**Verzekeringsgeneeskundige  
mediprudentie: vier verkenningen**

---





---

# **Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen**

---

---

Nr. A07/04, Den Haag, 4 juni 2007

---

---

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

---

Dit rapport is een achtergronddocument bij het advies: Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/14.

Beide publicaties zijn te downloaden van [www.gr.nl](http://www.gr.nl).

---

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:  
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. A07/04.

---

auteursrecht voorbehouden

---

ISBN: 989-90-5549-650-1

---

---

# Inhoud

---

Ten geleide 7

---

1      Aspecifieke lage rugpijn 9  
Verzekeringsgeneeskundige rapportage 10  
Commentaar 16

---

2      Borstkanker 19  
Verzekeringsgeneeskundige rapportage 20  
Commentaar 25

---

3      Chronische-vermoeidheidssyndroom 27  
Verzekeringsgeneeskundige rapportage 28  
Commentaar 35

---

4      Overspanning 41  
Verzekeringsgeneeskundige rapportage 42  
Commentaar 47

---

A      Bijlage 51  
De commissie 53

---



---

## Ten geleide

---

In dit rapport presenteert een commissie van de Gezondheidsraad – hierna te noemen: de commissie (zie bijlage A) – een viertal concrete verkenningen van het concept ‘verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’, zoals zij dat toelicht en ontvouwt in het gelijknamige advies aan de ministers van SZW en VWS.

Het gaat om vier geanonimiseerde verzekeringsgeneeskundige rapportages die voorzien zijn van een commentaar conform het door de commissie ontwikkelde ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’, voor zover dat voor de casus in kwestie relevant is. De vier rapportages betreffen personen die ziek zijn geworden vóór de invoering van de WIA en de verzekeringsgeneeskundige protocollen en zijn niet geselecteerd met het oogmerk een representatief beeld te geven van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen zoals die thans in de praktijk worden uitgevoerd. De bedoeling is uitsluitend om aan de hand van enkele leerzame voorbeelden te kunnen laten zien wat het mediprudentie-concept in de praktijk kan behelzen.

De vier verzekeringsgeneeskundige rapportages zijn grondig en zorgvuldig geanonimiseerd. Persoonsnamen zijn weggelaten, data, plaatsnamen en beroepsaanduidingen zijn stelselmatig veranderd. Kenmerken als gezinssamenstelling, hobby’s en eigenaardigheden in woordkeuze van verzekeringsarts of betrokkene werden weggelaten indien voor de beoordeling irrelevant, dan wel, indien dat niet mogelijk was, zodanig veranderd of geherformuleerd, dat de aanpassingen geen consequenties hadden voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

---

De rapportages zijn voorzien van trefwoorden. Daardoor zal het voor de toekomstige gebruiker van het op te bouwen mediprudentie-bestand mogelijk zijn gericht te zoeken naar bepaalde typen medische problemen en specifieke knelpunten.



---

## Aspecifieke lage rugpijn

---

Een nog tamelijk jonge man, al tien jaar bekend met chronische lage rugpijn, drie jaar geleden volledig afgekeurd, wordt bij een herbeoordeling weer zodanig arbeidsgeschikt verklaard dat hij vermoedelijk niet meer voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking komt.

De verzekeringsarts beschikt niet over de eerdere verzekeringsgeneeskundige rapportage op grond waarvan destijds volledige arbeidsongeschiktheid werd vastgesteld. Het onderzoek dat hij zelf verricht levert te weinig informatie op om tot een goede beoordeling te kunnen komen. Met name blijkt van belang te achterhalen waarom bij deze man herstel en werkhervatting gestagneerd zijn.

*Trefwoorden: Aspecifieke lage rugpijn, beschikbaarheid eerdere rapportage, analyse stagnatie, multifactoriële probleemanalyse, urenbeperking*

---

# Verzekeringsgeneeskundige rapportage

---

## 1 Onderzoekkader

WAO/ASB, Einde wachttijd 15 maart 2002.

---

## 2 Vraagstelling

Wat is de belastbaarheid ten aanzien van het verrichten van arbeid?

---

## 3 Onderzoek

Dossierstudie.  
Medisch onderzoek, spreekuur 26 januari 2005.

---

### 3.1 Dossierstudie

Belanghebbende is een thans 39-jarige man. Laatste verrichte werkzaamheden: scheepsmaat in de binnenvaart.

In 1994 voor het eerst uitgevallen met rugklachten, geduid als 'sacro-iliacaal syndroom rechts bij bekkenscheefstand met secundair een verminderde conditie van de rompmusculatuur' (revalidatiearts en fysiotherapeut/manueel therapeut, 1995) en 'myogeen beeld' (neuroloog, 1996). Naast rugklachten ook klachten van de arm en de hand. Betrokkene re-integreerde aanvankelijk voor 24 uur in eigen werk. Nadien wisselende arbeids(on)geschiktheid (AMBER) als gevolg van dezelfde klachten van rug, arm en hand, in wisselende mate van ernst.

Thans arbeidskundig 80-100% arbeidsongeschikt (met ingang van maart 2002) op grond van een FML met forse beperkingen ten aanzien van rugbelasting en gebruik van de handen en een urenbeperking van 25 uur (vijf maal vijf uur) per week. In het dossier ontbreekt de rapportage van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dat hieraan ten grondslag ligt.

Belanghebbende geeft in de toegestuurde vragenlijst aan dat sindsdien alle klachten alleen maar erger zijn geworden.

---

## 3.2 Medisch onderzoek

---

### 3.2.1 Beoordelingsgesprek

Onderzochte acht zich arbeidsongeschikt voor zwaardere werkzaamheden, met name voor rug en armbelastende werkzaamheden en hij is van mening dat hij geen hele dagen kan werken.

*Rugklachten.* Betrokkene vertelt dat hij al meer dan tien jaar veel pijnklachten van de rug heeft. De pijn zit rechts onder in de rug en neemt toe na korte tijd slenteren, lang zitten en als hij zich heeft geforceerd. Lopen in een rustig tempo gaat wel redelijk. Met staan moet hij na korte tijd vertreden. Zitten: een half uur tot soms drie kwartier, als hij langer blijft zitten neemt de pijn toe en kan hij niet goed overeind komen en vervolgens moet hij zich even ‘los lopen’. Voorzichtig buigen lukt wel, maar gebogen iets optillen en dragen verergeren de pijn. Een volle vuilniszak is eigenlijk te zwaar. De pijn is dagelijks aanwezig maar wisselt in ernst. De pijn is dof, soms bijtend van karakter en straalt af en toe uit naar het linker been; hij heeft geen krachtvermindering bemerkt. ’s Middags een of twee uur rusten helpt hem goed. Hij is van mening dat zijn rug versleten is. Betrokkene vertelt dat hij er alles aan gedaan heeft om zijn klachten onder controle te krijgen. Hij heeft o.a. twee keer een revalidatieprogramma van een half jaar bij [revalidatiecentrum met een goede reputatie op het gebied van de revalidatie van mensen met rugklachten] gevolgd.

*Arm en handklachten.* Het lastigste probleem voor betrokkene is, dat hij zijn handen niet goed kan gebruiken omdat hij zijn vingers niet goed kan strekken. Dat lukt alleen als hij met zijn andere hand zijn vingers terugbuigt of zijn vingers op een vlakke ondergrond strekt. Met grijpen heeft hij wel voldoende kracht. Kleine voorwerpen hanteren geeft geen problemen en schrijven gaat ook goed. Dragen met de linkerarm is lastig door pijnklachten in de linkerelleboog. Dat heeft hij laatst gemerkt toen hij een neef hielp met klussen. Als hij zijn handen en arm niet te veel gebruikt valt de pijn wel mee, maar soms wordt hij ’s nachts wel eens wakker van de pijn. Verder slaapt hij goed.

Behandeling: In het verleden bij [centrum voor reumatologie en revalidatie] geweest. Op de foto’s waren geen afwijkingen te zien. Hij wil een dezer dagen opnieuw een afspraak maken. Medicatie: Ibuprofen.

*Overige gezondheidsklachten* relevant voor het verrichten van arbeid. Zijn gezondheid is de laatste jaren ook achteruit gegaan door astma en klachten van stress. Betrokkene zegt dat hij al zes jaar longklachten heeft, maar de huisarts heeft pas kort geleden medicijnen voorgeschreven. Klachten: kortademigheid bij inspanning, maximaal twee trappen in een keer, geen astma-aanvallen met piepende ademhaling. Betrokkene rookt toch nog 1 pakje shag per dag. Het is moeilijk om te stoppen en het helpt tegen de stress, zo vertelt hij.

Behandeling: twee soorten inhalatoren, voorgeschreven door de huisarts. Zijn kortademigheid met inspanning gaat er niet door over.

De stressklachten zijn ontstaan sinds zijn moeder drie jaar geleden overleed. Hij mist haar nog elke dag en hij moet ook nog regelmatig huilen. Hij had een goede band met zijn moeder. In de omgang met vrienden en kennissen heeft hij geen last van deze stress. Desgevraagd vertelt betrokkene dat hij zijn echtscheiding verwerkt heeft, zijn relatie was in de loop der jaren steeds minder geworden.

Behandeling: geen.

*Dagverhaal.* Onderzochte staat om 11 uur op als er geen reden is om vroeger op te staan. Eigenlijk doet hij niet veel op een dag. Zijn tante verzorgt het huishouden, maar hij haalt wel regelmatig de boodschappen in huis. Zijn zelfverzorging is geen probleem. Hij heeft een hondje dat hij enkele keren per dag uitlaat. 's Middags om 15.00 uur gaat hij op bed liggen en valt dan vaak in slaap. 's Avonds tv kijken en regelmatig bij vrienden langs. Tussen 0.30 en 1 uur 's nachts gaat hij naar bed. Hij slaapt in het algemeen goed.

*Toekomstvisie.* Belanghebbende zou wel weer zijn eigen geld willen verdienen, het liefst als scheepsmaat in de binnenvaart, maar dat kan niet meer vanwege zijn klachten. Hij zou wel graag buschauffeur worden, maar dan voor halve dagen.

---

### 3.2.2 *Aanvullende anamnese*

*Tractusanamnese.* Geen aanvullende informatie.

*Medische voorgeschiedenis.* Geen aanvullende informatie.

*Intoxicaties.* 1 pakje shag per dag. Alcohol: af en toe, matig.

*Sociaal.* Betrokkene is sinds ruim een half jaar gescheiden. Hij heeft een zoon en een dochter, respectievelijk 9 en 2 jaar oud, die bij zijn ex wonen. Het contact met haar is goed. De kinderen komen ieder weekend bij hem. Sinds zijn schei-

---

ding woont hij bij zijn tante van 63. Hij gaat niet meer op vakantie, een uitgesproken hobby heeft hij niet. Hij doet niet aan sport. Gaat wel soms met zijn kinderen naar voetbal of het park. Hij kijkt naar sport op de tv en rommelt verder wat in de tuin. Betrokkene onderhoudt wel contact met vrienden en kennissen en hij zegt hier tevreden mee te zijn.

---

### 3.2.3 *Lichamelijk en psychisch onderzoek*

*Algemene indruk/psyche.* Normaal verzorgde man. Uiterlijk conform kalenderleeftijd. Betrokkene is secundair coöperatief ten aanzien van het onderzoek. Hij neemt zelf weinig initiatief tijdens het gesprek, maar beantwoordt de vragen wel adequaat. Maakt een volgzame, passieve indruk. De stemming is enigszins vlak, maar moduleert wel voldoende. Bij de bespreking van de door betrokkene ervaren stress, wordt geen opvallende lijdensdruk geobserveerd. Geen aanwijzingen voor psychiatrische symptomen in engere zin. Geen aanwijzingen voor bijzondere karakterproblematiek.

*Status localis/lichamelijk onderzoek.* Inspectie: matig adipeuze man, a-tone houding, musculatuur symmetrisch, geen atrofieën, geringe scoliose.

Functieonderzoek rug: soepele flexie van de rug, buigen tot 90 graden. Opkomen uit flexie enigszins moeizaam, met aangifte van pijn. Geen lumbale fixatie. Proef van Lasègue beiderzijds negatief.

Handen en armen: Aan de kleine handgewrichten worden geen bijzonderheden gezien. Geen atrofie van de kleine handspieren, de onderarmmusculatuur en van de bovenarmmusculatuur. Ellebogen: normale contouren. Op verzoek daartoe kan betrokkene zijn 2<sup>e</sup> tot en met 5<sup>e</sup> vinger niet strekken. Extensie van de duim wel mogelijk. De flexie van vingers en duim is ongestoord evenals de kracht. Fijne motoriek in flexiestand van de hand: ongestoord. De functie (beweeglijkheid en kracht) van polsen, elleboog en schouders is ongestoord. Neurologisch onderzoek levert ook geen bijzonderheden op.

---

### 3.2.4 *Informatie derden*

Zie dossier. Geen informatie opgevraagd, voldoende informatie uit eigen onderzoek en in dossier. Onderzochte is thans niet onder behandeling.

---

## 4 **Hoofddiagnose**

Aspecifieke lage rugklachten.

---

Diagnose code: L 103.

Oorzaakcode: 80.

---

## 5 **Beschouwing**

*De claim.* Belanghebbende is een thans 39-jarige man, zijn laatst verrichte arbeid was scheepsmaat in de binnenvaart. Sinds 1996 wisselende WAO-percentages en sinds 2002 volledig arbeidsongeschikt op arbeidskundige gronden, als gevolg van rugklachten, arm- en handklachten. Betrokkene stelt een toename van zijn fysieke beperkingen te ervaren en zijn oude werk als scheepsmaat niet meer te kunnen verrichten. Desondanks zou hij wel weer aan de slag willen. Hij denkt daarbij aan buschauffeur.

*Eigen onderzoek.* Zie 3.2.

*Beschikbare informatie:* Brieven van revalidatiearts (1995), fysiotherapeut (1995) en neuroloog (1996): zie 3.1. Rapportages van eerdere verzekeringsgeneeskundige beoordelingen (de meest recente rapportage uit 2002 ontbreekt echter).

*Ingewonnen informatie.* Geen

*Beschouwing.* Betrokkene ervaart beperkingen bij relatief zwaardere lichamelijke activiteiten als gevolg van zijn rugklachten en armklachten. Op grond van de anamnese, het verloop van de klachten in de tijd, de huidige bevindingen bij lichamelijk onderzoek en de beschikbare informatie, kan er van uitgegaan worden dat er sprake is van specifieke rug- en armklachten. De gevolgen voor deelname aan het leven van alledag zijn niet duidelijk. Betrokkene is weliswaar een weinig actieve man, maar hij is volledig zelfredzaam, trekt een of meer keer per week met zijn kinderen op, doet (lichte) boodschappen, wandelt met zijn hondje en onderhoudt contacten met vrienden en bekenden. Betrokkene spreekt zich ook niet uit over de door hem gewenste activiteiten, de door hem gewenste maatschappelijke participatie en de gevolgen van zijn huidige situatie voor zijn psychisch welbevinden en zijn toekomstperspectief. Hij zegt weer te willen werken, maar hiervoor onderneemt hij tot nu toe nog geen activiteiten. De interne consistentie van klachten, ervaren beperkingen en feitelijke activiteiten is matig.

Externe toetsing: er is sprake van specifieke lage rugklachten (1996), geen recente behandeling, feitelijke referenties ten aanzien van participatie en activiteiten voor en na de klachten ontbreken. Voor een teruggang van activiteiten (knik in

---

levenslijn) ontbreekt het aan recente informatie, de referentie hiervoor is al meer dan 10 jaar oud (1994). Bij lichamelijk onderzoek lichte functiebeperkingen van de rug en niet nader te duiden extensiebeperkingen van de vingers.

Betrokkene geeft aan dat hij er alles aan gedaan heeft om van zijn klachten af te komen. Hij is echter al bijna tien jaar niet meer in behandeling en begeleiding, behoudens incidentele doktersbezoeken. Er is geen sprake van specifieke psychologische en of psychiatrische stoornissen waardoor zijn herstelgedrag beperkt wordt. Hij heeft zich ook nog niet ingespannen om de door hemzelf aangegeven mogelijkheden daadwerkelijk in te zetten voor het verkrijgen van werk. Zijn herstelgedrag kan om die reden als 'matig' beoordeeld worden. Gezien de ontwikkelingen in de laatste 10 jaar in de behandeling en begeleiding van mensen met (chronische) rugklachten acht ik een aanzienlijk herstel van activiteiten mogelijk als betrokkene zich opnieuw onder behandeling/begeleiding zou stellen.

Ik ben van mening dat er lichte tot matige beperkingen zijn ten aanzien van het gebruik van handen/armen alsmede beperkingen ten aanzien van zwaardere rugbelasting.

Voor een urenbeperking zie ik geen noodzaak. Betrokkene ligt weliswaar veel uren per dag op bed, maar het is niet duidelijk of deze bedrust noodzakelijk is in verband met de rugklachten.

---

## **6 Prognose**

T.a.v. ziekte: voorlopig stationair.

T.a.v. werk: medisch gezien mogelijk.

---

## **7 Reactie belanghebbende**

Belanghebbende is akkoord.

---

## **8 Conclusie**

Belanghebbende is belastbaar voor arbeid conform de in het FML d.d. 26 januari 2005 aangegeven mogelijkheden en beperkingen.

---

## **9 Planning**

Dossier naar AD.

Herbo 3 jaar, code 2.

---

---

## Commentaar

---

Een nog tamelijk jonge man, al tien jaar bekend met chronische lage rugpijn, is opgeroepen voor een herbeoordeling. De verzekeringsarts komt tot zijn beoordeling zonder te beschikken over de rapportage op grond waarvan de man drie jaar geleden volledig werd afgekeurd.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn* is op deze casus van toepassing.

*Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met deze man aan de hand is, een beschrijving die in het licht van het protocol compleet, consistent en plausibel is?*

Uit deze casus blijkt duidelijk hoe belangrijk het is dat de verzekeringsarts zich afvraagt waarom bij de persoon die hij voor zich heeft herstel en werkhervatting gestagneerd zijn. In de rapportage wordt die vraag niet afdoende beantwoord.

Van de werknemers die vanwege aspecifieke lage rugpijn van hun werk verzuimen hervat bijna 95% binnen drie tot zes maanden zijn werk. Slechts een gering percentage ontwikkelt, zoals deze man, blijvende, chronische pijnklachten.

Waarom zijn de pijnklachten bij deze man sinds hun ontstaan, ruim tien jaar geleden, chronisch en op den duur ‘alleen maar erger geworden’? Speelde zijn

arbeidsituatie hierin een rol, waren er bepaalde omstandigheden of problemen die hem van terugkeer naar zijn werk weerhielden, of was hij erop uitgekeken?

Was er sprake van complicerende psychische klachten of sociale problemen?

Heeft inadequaate ziekte- en herstelgedrag een rol gespeeld? Wat is er precies gebeurd in de revalidatieprogramma’s in [revalidatiecentrum met goede reputatie op het gebied van de revalidatie van mensen met rugklachten], waarom is de

behandeling daar niet succesvol geweest? De antwoorden op deze vragen zijn bij de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling tien jaar na het ontstaan van de klachten nog steeds van belang. Ze zouden licht kunnen werpen op wat er met de man aan de

hand is. Hebben we te maken met een man die indertijd alles op alles heeft gezet om zijn werk weer op te kunnen pakken? Met iemand die zich al snel realiseerde dat ook zonder ernstige klachten een leven zonder werk, maar met inkomen, tot de haalbare mogelijkheden behoorde – en wel één van de meer aantrekkelijke?

Of met een man die nu eenmaal geneigd is het leven passief over zich heen te laten komen? De verzamelde informatie sluit geen van deze – en andere – mogelijkheden uit. Voor de beoordeling maken ze veel verschil.

---



De verzekeringsarts die in 2005 zijn verzekeringsgeneeskundig onderzoek rapporteert laat het bij de constatering dat de consistentie van de gerapporteerde klachten, ervaren beperkingen en activiteiten ‘matig’ is. Hij doet geen poging om aanvullende informatie te verzamelen waarmee hij zelf zou kunnen komen tot een beschrijving en analyse van de problemen die consistent en plausibel is.

*Zo nee, wat schort eraan en hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen?*

Het eerste wat opvalt in deze casus is het ontbreken van de verzekeringsgeneeskundige rapportage uit 2002. De verzekeringsarts die betrokkene drie jaar geleden onderzocht stelde vast – blijkens het wél aanwezige FML – dat er ‘forse beperkingen ten aanzien van rugbelasting en gebruik van de handen’ waren en dat ‘een urenbeperking van 25 uur’ noodzakelijk was. Sindsdien, zo meldt belanghebbende, zijn de klachten ‘alleen maar erger geworden’. Niettemin komt de verzekeringsarts bij de herbeoordeling tot de slotsom dat er slechts lichte tot matige beperkingen zijn ten aanzien van het gebruik van handen en armen en dat een urenbeperking onnodig is.

Een dergelijke majeure verandering in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van dezelfde persoon vereist kennisname van de onderzoeksbevindingen en overwegingen die aan de eerdere beoordeling ten grondslag lagen. Die eerdere bevindingen en overwegingen dienen in de ‘Beschouwing’ van de verzekeringsgeneeskundige rapportage expliciet geadresseerd te worden.

Afgezien hiervan had de verzekeringsarts ten minste een poging moeten doen om aanvullende gegevens te verzamelen. Bepaalde aspecten van het verhaal van de verzekerde – over de ervaren stress, de astma, het overlijden van de moeder, de scheiding – betreft de verzekeringsarts niet of nauwelijks in zijn overweging. Ook de onverklaarde handklachten krijgen geen plaats in een duidelijke, coherente visie op de toestand van de werknemer.

De commissie sluit niet uit dat aanvullende gegevens hadden kunnen leiden tot een beter beargumenteerde visie op wat er met deze man aan de hand is. Om te beginnen had de verzekeringsarts tijdens zijn eigen onderzoek veel meer gericht, toetsend kunnen doorvragen. En ook bij het revalidatiecentrum, bij de huisarts en uit de eerdere verzekeringsgeneeskundige rapportages was waarschijnlijk veel waardevolle informatie te achterhalen geweest.

*Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling en eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken?*

‘Belanghebbende is akkoord’, meldt de verzekeringsarts. Dit belangrijke punt vraagt om nadere toelichting. Vindt de man werkelijk dat de verzekeringsarts het bij het rechte eind heeft, of berust hij in wat hij als onontkoombaar ziet?

*Overige beoordelingstaken*

De overige drie beoordelingstaken die in de verzekeringsgeneeskundige protocollen naast de beoordeling van de functionele mogelijkheden worden onderscheiden, komen, afgezien van de korte opmerkingen over de prognose, in deze verzekeringsgeneeskundige rapportage uit juli 2005 nog niet aan de orde. Niettemin plaatst de commissie op deze punten enkele kanttekeningen.

De verzekeringsarts rekent de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis niet tot zijn taak. Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat dat jammer is, onder andere met het oog op een adequate beoordeling van de functionele mogelijkheden.

De verzekeringsarts spreekt zich evenmin uit over de vraag of behandeling geïndiceerd is en slechts summier over het te verwachten beloop. Was hij gekomen tot een goed onderbouwde, coherente multifactoriële probleemanalyse, dan had deze het uitgangspunt kunnen zijn voor een gesprek met de betrokkene, dat wellicht nieuwe perspectieven had kunnen openen. Het lijkt er immers op dat van een goede professionele begeleiding al lange tijd geen sprake is geweest. De verzekeringsarts had hem misschien een mogelijke weg kunnen wijzen naar herstel en re-integratie.

---

## **Borstkanker**

---

Een 38-jarige vrouw met op afstand gemetastaseerde borstkanker vindt dat zij, door vermoeidheid en buikpijn, niet kan werken. De verzekeringsarts is het met haar eens en zijn rapportage maakt genoegzaam duidelijk waarom, maar de commissie plaatst een kanttekening bij zijn interpretatie van het Schattingsbesluit.

*Trefwoorden: gemetastaseerde borstkanker, geen benutbare mogelijkheden, duurzaamheid, bedlegerigheid*

---

# Verzekeringsgeneeskundige rapportage

---

## 1 Onderzoekskader

WIA, einde wachttijd 15 januari 2006.

---

## 2 Vraagstelling

Wat zijn de mogelijkheden om te functioneren?  
Zijn deze mogelijkheden duurzaam te benutten?

---

## 3 Onderzoek

Dossierstudie.  
Medisch onderzoek, spreekuur 6 februari 2006.

---

### 3.1 Dossierstudie

Clïente is een 38-jarige vrouw die sinds 15 januari 2004 arbeidsongeschikt is. Betrokkene is personeelsfunctionaris bij de XX, 4 dagen per week, in dienst sinds 1996. Zij is al vanaf 1997 herhaaldelijk arbeidsongeschikt geweest als gevolg van een ernstige ziekte (borstkanker) en de daaraan verbonden behandelingen. In de probleemanalyse van 28 mei 2004 wordt melding gemaakt van klachten van ernstige vermoeidheid door medicijnen, een ingrijpende life-event (ernstige ziekte van haar dochtertje) en matige arbeidsverhoudingen. In het actueel oordeel van de bedrijfsarts van 9 september 2005 wordt vermeld dat er sprake is van metastasen en herhaalde chemotherapiekuren. Betrokkene wordt niet in staat geacht te kunnen werken als gevolg van minimale energie (ernstige vermoeidheid), pijn, beperkingen van de concentratie en het verdelen van de aandacht.

---

## 3.2 Medisch onderzoek

---

### 3.2.1 Beoordelingsgesprek

Onderzochte vertelt niet te kunnen werken, zij leeft bij de dag. Als gevolg van vermoeidheid en buikpijn brengt zij het grootste deel van de dag op bed door; zij is maar een paar uur per dag uit bed.

*Medische voorgeschiedenis.* Bij cliënte werd in oktober 1997 mammacarcinoom links vastgesteld; behandeling met amputatie, klierverwijdering en chemotherapie. In november 2000 werd een uitzaaiing in de rechterborst geconstateerd en nog een zestal andere kleine metastasen. Hiervoor werd zij behandeld met hormoonkuren en bestraling, waardoor de plekje verdwenen. Onderzochte vertelt dat zij tijdens de behandeling kon blijven werken. In 2002 was zij een tijd ziek als gevolg van verwerkingsklachten en ook naar aanleiding van een ernstige ziekte van haar jongste dochtertje. Enige tijd voor de ziekmelding op 15 januari 2004 nam de vermoeidheid steeds verder toe; de druppel die de emmer deed overlopen voor de ziekmelding waren spanningen op de werkvloer. Inmiddels was bekend dat zij uitzaaiingen in de buik had.

In de loop der tijd heeft zij 40 chemokuren gehad, met 5 verschillende combinaties en 3 verschillende hormoonkuren. Betrokkene vertelt dat er geen nieuwe mogelijkheden voor chemokuren meer zijn, maar dat zij nu wel deelneemt aan een trial. Verder vertelt zij dat zij uitzaaiingen in de buik, lever, longen, botten en de baarmoeder heeft. Vanuit de baarmoeder heeft zij regelmatig bloedingen. Zij heeft al enige keren bloedtransfusies gekregen in verband met bloedarmoede. Binnenkort wordt de baarmoeder bestraald. Om de paar weken wordt er 4 tot 5 liter vocht uit de buikholte verwijderd.

*Sociaal functioneren.* Cliënte heeft twee dochters, zij is getrouwd. Haar man kan geregeld thuis werken. Ze onderhoudt in beperkte mate sociale contacten, omdat ze hier geen behoefte aan heeft; ze steekt haar energie het liefst in haar gezin en om samen met haar dochters te kunnen zijn.

*Dagverhaal.* Cliënte heeft door de bijwerkingen van de chemokuren lange periodes hele dagen op bed gelegen. Momenteel is zij korte tijden uit bed. Zij staat om 9.30 uur op en wast zich en kleedt zichzelf aan. Om 10.30 uur gaat zij vanwege haar vermoeidheid 15 tot 30 minuten liggen. De rest van de ochtend doet ze als

---

het even kan wat kleine klusjes, bijvoorbeeld licht opruimwerk of administratie. Ze luncht samen met haar jongste dochter, waarna ze weer naar bed gaat. Cliënte schat dat ze 3 uur per dag uit bed is. Het huishouden wordt bijna helemaal gedaan door haar echtgenoot en oudste dochter. Ze heeft geen thuishulp, omdat ze dat als een inbreuk op haar privacy zou ervaren. Bovendien kan haar man het aan en als ze er niet meer is, moet hij het ook doen, vertelt betrokkene.

*Toekomstvisie.* Cliënte vertelde bij aanvang van het gesprek dat ze bij de dag leeft. Ze vertelde ook dat ze op een wonder hoopt, maar weet dat dit niet waarschijnlijk is en dat haar vooruitzichten slecht zijn.

---

### 3.2.2 *Aanvullende anamnese*

*Tractusanamnese.* Deze levert geen bijzonderheden op.

*Medicatie.* Chemokuur in trial.

*Intoxicaties.* Geen.

*Behandeling.* Chemokuur, bestraling, ascitespuncties.

---

### 3.2.3 *Lichamelijk en psychisch onderzoek*

*Algemene indruk/psyche.* Onderzochte is helder en zij reageert adequaat. Tijdens het gesprek is zij enkele keren emotioneel aangedaan, de stemming is echter niet merkbaar depressief. Patiënte vertelt dat zij op de hoogte is van haar ziekte en van de prognose, maar zij zegt ook dat ze daar niet te veel bij stil staat en bij de dag te leven, omdat ze daarmee voor zichzelf en haar omgeving het beste kan functioneren.

*Lichamelijk onderzoek.* Cliënte loopt zeer rustig. Zij heeft een opvallend opgezette buik. Gericht lichamelijk onderzoek heeft gezien de ernst van de aandoening geen toegevoegde waarde.

---

### 3.2.4 *Informatie van derden*

In het re-integratieverslag is voldoende informatie aanwezig. Gegevens over de prognose worden zorgvuldigheidshalve bij de behandelend internist opgevraagd.

---

---

#### 4 Diagnose

Mammacarcinoom gemetastaseerd.

Diagnose code. 8U229.

---

#### 5 Samenvatting en beschouwing

*Samenvatting onderzoeksbevindingen.* Cliënte is een 38-jarige vrouw die sinds 15 januari 2004 arbeidsongeschikt is. Zij is personeelsfunctionaris bij XX, 4 dagen per week. Bij cliënte is sprake van een gemetastaseerd mammacarcinoom. Zij heeft reeds diverse chemokuren gehad, die niet alle succesvol waren met het oog op remissie. Tijdens de behandelingen heeft zij kunnen blijven werken, maar in 2002 was er sprake van tijdelijk ziekteverzuim vanwege verwerkingsklachten, onder andere door een ernstige ziekte van haar dochtertje. Enige tijd voor de laatste ziekmelding nam de moeheid steeds verder toe. Zo lang het op het werk prettig toeven was kon zij dat volhouden, maar door spanning op de werkvloer moest zij zich toch ziek melden. Inmiddels was bekend geworden, dat zij metastasen in de buik had. Cliënte is nu niet werkzaam. Zij leeft bij de dag en geeft aan in het geheel niet te kunnen werken wegens met name moeheid en buikpijn en een grote behoefte aan rust. Zij is maar drie uur per dag uit bed. Mevrouw doet nog lichte werkzaamheden, is niet ADL afhankelijk en onderhoudt sociale contacten.

*Beschouwing.* Uit het gesprek, de observatie en de beschikbare medische informatie komt naar voren dat cliënte ernstig beperkt is door ziekte. Er is reden om aan te nemen dat zij geen benutbare mogelijkheden heeft: cliënte is bedlegerig (grootste deel der dag en langdurig). De noodzaak daarvoor is gezien de ernst van ziektebeeld en met name door de gevolgen (recidiverende ernstige anaemie, uitgebreide metastasering en ascites) aannemelijk.

Het is ook aannemelijk dat geen herstel zal optreden en dat er sprake zal zijn van verder verlies van mogelijkheden binnen drie maanden tot een jaar. De prognose van een gemetastaseerd mammacarcinoom is (op termijn) infaust. Gezien het stadium van het ziektebeeld (diverse metastasen op afstand met ascites en anaemie) is bekend dat er sprake is van een beperkte levensverwachting. De reguliere behandel mogelijkheden met het oog op het bereiken van een remissie zijn eveneens uitgeput. Er is nu een trial gaande maar dat is voor de verzekeringsgeneeskundige prognose niet van belang. Training of revalidatiemogelijkheden die tot (duurzame) verbetering van de belastbaarheid zouden kunnen

---

leiden zijn evenmin aan de orde, gezien de infauste prognose op relatief korte termijn.

---

**6 Prognose**

De belastbaarheid zal op langere termijn in aanzienlijke mate verder verslechteren.

---

**7 Reactie belanghebbende**

Bovenstaande werd met belanghebbende besproken. Zij kon zich hierin vinden.

---

**8 Conclusie**

Bij het onderzoek werden afwijkende bevindingen vastgesteld, die een rechtstreeks gevolg zijn van ziekte. Er is sprake van geen benutbare mogelijkheden op grond van bedlegerigheid. De volledige arbeidsongeschiktheid is duurzaam, aangezien binnen drie maanden tot een jaar een verdere verslechtering van de gezondheid te verwachten is.



---

## Commentaar

---

Een 38-jarige vrouw met op afstand gemetastaseerde borstkanker brengt als gevolg van vermoeidheid en buikpijn het grootste deel van de dag op bed door. Ze ‘leeft bij de dag’. Ze vindt dat ze niet kan werken en de verzekeringsarts is het met haar eens.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borstkanker* is op deze casus van toepassing.

*Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met deze vrouw aan de hand is, een beschrijving die in het licht van het protocol compleet, consistent en plausibel is?*

De rapportage van de verzekeringsarts laat aan duidelijkheid niets te wensen over. De gegevens in het dossier, de informatie die de vrouw zelf verstrekt en de bevindingen van de verzekeringsarts bij zijn – summiere – medisch onderzoek stemmen volkomen overeen. Zijn beschrijving van haar gezondheidstoestand lijkt inderdaad compleet, consistent en plausibel, ook zonder dat hij beschikt over recente gegevens van de behandelend internist.

*Heeft hij overtuigend beargumenteerd welke beperkingen aanwezig zijn?*

De verzekeringsarts oordeelt dat er geen benutbare mogelijkheden zijn op grond van het criterium bedlegerigheid, maar het is de vraag of dat in dit geval het doorslaggevende argument is. In het Schattingsbesluit en de bijbehorende Nota van Toelichting wordt ‘bedlegerigheid’ niet nader gedefinieerd en ook in de Lisv-standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, die in het Schattingsbesluit gecodificeerd werd, wordt geen omschrijving van het begrip gegeven, ‘in de veronderstelling dat deze situatie voor de verzekeringsarts voldoende duidelijk te interpreteren [is]’. Uit de Nota van toelichting wordt echter duidelijk dat het criterium ‘bedlegerigheid’ bedoeld is als een ‘concrete situatie’ waarin iemand ‘niet of nauwelijks zelfredzaam is’ – en van zo’n situatie lijkt bij deze vrouw geen sprake. Dat laat onverlet dat het oordeel geen benutbare mogelijkheden bij deze vrouw wel degelijk op zijn plaats lijkt. Voor dat oordeel lijkt echter de vaststelling dat zij een zodanig slechte levensverwachting heeft dat zij haar huidige benutbare mogelijkheden naar verwachting binnen afzienbare termijn zal verliezen (Schattingsbesluit, artikel 2, lid 2, onderdeel c) een beter passende onderbouwing.

---



---

## Chronische-vermoeidheidssyndroom

---

Een jonge notarisassistent, met klachten van vermoeidheid, concentratieproblemen, gewrichts- en spierpijnen, is alweer enige tijd voor halve dagen in een lichtere functie aan de slag. Ter compensatie van haar inkomensverlies doet zij een beroep op de WIA.

De verzekeringsarts schat haar functionele mogelijkheden ruimer in dan de vrouw zelf. Welke afweging hieraan ten grondslag ligt wordt uit zijn rapportage onvoldoende duidelijk. De rapportage roept een aantal vragen op die door nader onderzoek waarschijnlijk goed beantwoord hadden kunnen worden. Een samenhangende multifactoriële analyse van de actuele problematiek van betrokkene ontbreekt. De verzekeringsarts aanvaardt de door anderen gestelde diagnose CVS, maar accepteert niet de invaliderende vermoeidheid, waarvan sprake is wanneer deze diagnose op juiste gronden is gesteld.

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is dat de verzekeringsarts een expliciet en goed beargumenteerd antwoord geeft op de vraag of van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is. Het toetsen van een reeds gestelde en zo nodig zelf stellen van een goede diagnose, blijkt daarvoor in dit geval onontbeerlijk. De casus leeft voorts dat er behoefte is aan criteria om te bepalen wanneer iemand zodanig tekortschiet in zijn medewerking aan medische behandelingen dat het opleggen van een sanctie gerechtvaardigd is.

*Trefwoorden: CVS, multifactoriële analyse, urenbeperking, concentratieproblemen, observatie, medewerkingsplicht*

---

---

# Verzekeringsgeneeskundige rapportage

---

## 1 Onderzoekskader

WIA, einde wachttijd 8 januari 2006.

## 2 Vraagstelling

Wat is de belastbaarheid ten aanzien van het verrichten van arbeid?

## 3 Onderzoek

Dossierstudie.

Medisch onderzoek, spreekuur 25 oktober 2005, duur 1,5 uur.

### 3.1 Dossierstudie

Belanghebbende is een 26-jarige vrouw die op 8 januari 2004 uitviel met griep, waarna ze klachten hield van moeheid en concentratiestoornissen. Zij was op dat moment voor 36 uur per week werkzaam als notarisassistent bij haar huidige werkgever, waar ze in dienst is sinds het afronden van haar opleiding in 2000. Tot haar uitval had zij geen klachten en kon ze altijd doen wat ze wilde.

De bedrijfsarts besprak in april 2004 met cliënte dat een tijdcontingente uitbreiding van de werkzaamheden volgens cognitief gedragstherapeutische principes de meest effectieve manier was om te re-integreren. Cliënte vond dit te belastend. Zij stelde een alternatief programma voor, bestaande uit een begeleidde fitnesstraining en gesprekken met een psycholoog, beide wekelijks. De bedrijfsarts ging daarmee akkoord.

In juli 2004 hervatte belanghebbende als [*algemeen ondersteunende functie*] bij de eigen werkgever, voor 20 uur/week. Urenuitbreiding lukte niet. In najaar 2004 werd in een centrum voor CVS de diagnose CVS gesteld.

De werkbelasting van 20 uur per week kan zij nu al enkele maanden goed volhouden. Zij beschouwt deze zelf als het maximaal haalbare. Ze tekent tevens aan dat ze slechts een deel van de taken van een [*algemeen ondersteunende functie*] vervult, omdat ze in deze functie boventallig is. De bedrijfsarts stelt vast dat ze baat heeft bij de begeleiding die zich richt op toename van de belastbaarheid

---

en het aanpassen van de belasting (werk en privé) daarop. De begeleide fitness werd in augustus 2005 uitgebreid naar 2 keer per week.

De bedrijfsarts heeft met werkneemster besproken dat er in het kader van de WAO beoordeling waarschijnlijk geen sprake zal zijn van een urenbeperking.

---

## **3.2 Medisch onderzoek**

---

### **3.2.1 Beoordelingsgesprek**

Onderzochte acht zich niet meer geschikt voor haar eigen werk, maar wel voor vijf dagen per week halve dagen rustig en (ook geestelijk) licht werk, bijvoorbeeld als [*algemeen ondersteunende functie*].

Haar eigen werk bestaat uit onderhouden van contacten met klanten, uitwerken van aktes, opmaken van declaraties, e-mail beheer, redigeren van teksten, overleg voeren met medewerkers en allerlei andere activiteiten. Het denk- en rekenwerk, de mate van precisie en de deadlines maken dit werk te vermoeiend; het lukt niet meer.

*Claimklachten.* Betrokkene is van mening haar eigen werk niet meer te kunnen verrichten door vermoeidheidsklachten en beperkingen van de concentratie. De moeheid is bij vlagen erger, vaak zonder dat ze kan aangeven waarom ze meer moe is. Wel is ze na een zware fysieke inspanning soms meer dan een dag helemaal uitgeput. Dat ontloopt ze dan ook zoveel mogelijk. Ook als cliënte zich rustig gehouden heeft kan de moeheid ineens, zonder redenen, verergeren. Slapen laat de moeheid niet duidelijk afzakken. De beste uren heeft cliënte over het algemeen in de ochtend. Ook heeft ze wisselend last van gewrichts- en spierpijn, soms meer soms minder. De concentratieproblemen komen het meest naar voren bij het lezen van een boek of bij het kijken van een film. Ze leest alleen de krantenkoppen en dan nog is ze van tijd tot tijd helemaal kwijt wat ze heeft gelezen.

In haar huidige werk als [*algemeen ondersteunende functie*] doet ze geen hectische taken of haastklussen. Dat bevalt goed.

Cliënte antwoord ontkennend op vragen over klachten als algehele malaise en spierzwakte, angstaanvallen en depressiviteit.

*Herstelgedrag.* De huisarts adviseerde eerst rustig aan te doen, maar dat gaf geen verbetering. Later vroeg cliënte om verwijzing naar een internist. Deze kon geen oorzaak voor de klachten vaststellen: hij zou gezegd hebben dat het 'tussen de oren' zat. Uiteindelijk is in het genoemde centrum voor CVS de diagnose gesteld. Het onderzoek daar wees op een lichte vorm van CVS; het bloed was

---

goed, de concentratiespanne was verkort. Cliënte kreeg carnitine en het advies rustig aan te doen. Ze had echter geen baat bij de carnitine.

Betrokkene had inmiddels in juli 2004 voor twintig uur per week hervat. Verder dan die twintig uur kwam ze niet. Ook was er regelmatig een terugval met uitval. Van de bedrijfsarts moest ze toch uitbreiden. Dat lukte niet. Hij adviseerde toen intensieve multidisciplinaire training, maar zij vond dat te belastend. Ook de reistijden en de nadruk op de psychologische component spraken haar niet aan. Uiteindelijk is gekozen voor begeleide fitness, eerst één, later twee keer per week. Daarnaast bezocht zij de psycholoog, alles in haar woonplaats. Ze volgt nu één keer per week een eigen fitnessprogramma. Bij de psycholoog is niet zozeer sprake van cognitieve gedragstherapie, als wel van leren omgaan met beperkingen, dagindeling, acceptatie, omdat de moeheid haar functioneren remt.

Betrokkene heeft zich ook gewend tot een praktijk voor alternatieve geneeswijzen. Ze krijgt daar [*diverse alternatieve behandelingen*]. Ze is van mening dat ze baat heeft bij de huidige behandelingen: het gaat niet achteruit (maar ook niet vooruit).

*Sociaal functioneren.* Naast het werk doet cliënte de huishouding, ze doet boodschappen, ze kookt. Maar ze doet alles in etappes, het gaat niet meer op het oude niveau. Van mensen uit haar omgeving ontvangt ze weinig begrip en ondersteuning, Soms helpt haar moeder. Als ze niet werkt gaat ze anderhalf uur liggen/slapen. Dat geeft wel enig herstel van de in de rest van de week opgebouwde moeheid. De nachtrust is goed.

Ze houdt in haar sociale leven rekening met de klachten, gaat kort naar verjaardagen, houdt niet van de drukte daar. Maakt in avonduren niet vaak afspraken meer, niet meer dan één avond per weekend. Ze heeft een cursus tekenen gedaan, acht maal twee uur. Ze reist per auto of per fiets.

*Dagverhaal.* 's Ochtends werken. Nadien lunch, rusten, wat taken in huishouding, een boodschap of afspraak, koken, eten. In de avonduren weinig actief: wat tv kijken, lezen. Om 22.30 naar bed, acht uur slaap.

*Toekomstvisie.* Betrokkene meldt dat haar werkgever haar na 2 jaar wil ontslaan. Ze is bezig met een re-integratiebedrijf. Ze zoekt een baan elders, als [*algemene ondersteunende functie*] voor twintig uur per week.

---

### 3.2.2 *Aanvullende anamnese*

*Tractusanamnese.* Betrokkene had als kind al [*een huidaandoening*]. Ze gebruikte daarvoor eerder [geneesmiddel], maar is daarmee gestopt op advies van de alternatieve genezer. Haar gewicht is stabiel (65 kg), ze eet goed. Ze antwoordt ontkennend op vragen naar algehele malaise en spierzwakte.

*Medische voorgeschiedenis.* Geen aanvullende informatie.

*Persoonlijk en sociaal.* Betrokkene is ADL-zelfstandig. Ze is in april 2003 gehuwd en zelfstandig gaan wonen. Heeft toen het aantal werkuren teruggebracht van 40 naar 36 uur per week wegens voeren van huishouding. Ze ervaart het huishouden als erg zwaar. Er zijn geen kinderen.

---

### 3.2.3 *Lichamelijk en psychisch onderzoek*

*Algemene indruk/psyche.* Verzorgde vrouw. Bij oriënterend onderzoek ten aanzien van bewustzijn, concentratie, stemming, oriëntatie, waarnemen en denken geen afwijkingen. Betrokkene heeft geen klachten als angstaanvallen, depressiviteit of andere psychische klachten, alleen soms emotie en frustratie dat ze niet alles kan zoals voorheen. Ook geen andere aanwijzingen voor psychopathologie en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Moeder was vroeger veel ziek, zodat betrokkene moest bijspringen. Cliënte heeft een perfectionistische inslag.

*Lichamelijk onderzoek.* [*Tekenen van de huidaandoening*] Geen ander lichamelijk onderzoek: dit is uitgebreid gedaan door internist, zonder dat er afwijkingen werden gevonden.

---

### 3.2.4 *Informatie van derden*

Zie dossier. Geen nadere informatie ingewonnen. Betrokkene kan zich adequaat uitdrukken. Dossier en eigen onderzoek volstaan.

---

## 4 **Diagnose**

Chronische-vermoeidheidssyndroom.

Diagnose code: 8N690.

---

---

## 5 Beschouwing

Belanghebbende is een 26-jarige vrouw, die na het afronden van haar opleiding in 2000 is begonnen bij de huidige werkgever en op 8 januari 2004 uitviel voor haar werk als notarisassistent voor 36 uur per week. Ze had klachten van moeheid en verminderde concentratie. Bij uitgebreid onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Uiteindelijk is de diagnose CVS gesteld. Ze hervatte als [*algemeen ondersteunende functie*] bij de eigen werkgever voor vier uur per dag 's ochtends. Urenuitbreiding lukte niet.

Betrokkene is van mening dat zij gezien haar klachten het eigen werk niet volledig kan verrichten. Voor de CVS volgt ze een aantal behandelingen die haar echter niet aan een beter functioneren helpen. Daarnaast heeft ze een [*huidaandoening*].

Bij oriënterend psychisch onderzoek geen aanwijzingen voor psychopathologie. Bij lichamelijk onderzoek werden [*tekenen van huidaandoening*] waargenomen.

Belanghebbende claimt geen volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden en er is ook geen reden om deze aan te nemen. De diagnose CVS acht ik aannemelijk. Op grond van haar claim en mijn onderzoeksbevindingen overweeg ik om beperkingen van de functionele mogelijkheden aan te nemen op het gebied van persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, fysieke omgevingseisen, dynamische handelingen, statische houdingen en werktijden.

*Persoonlijk functioneren.* Belanghebbende meldt concentratieproblemen. Uit het niveau van activiteiten blijkt echter dat er geen beperkingen zijn in vergelijking met de referentiewaarde in het CBBS: een half uur kunnen concentreren op één informatiebron. Haar huidige werkzaamheden en overige activiteiten eisen immers enige mate van concentratie. Mijn observatie tijdens het spreekuur leert bovendien dat ze een anderhalf uur durend gesprek goed aankan.

Ik overweeg voorts om (preventief) beperkingen aan te nemen voor onderbrekingen, deadlines en een hoog handelingstempo. Ik heb er begrip voor dat het voor betrokkene door haar vermoeidheidsklachten niet gemakkelijk is om haar werk goed te kunnen doen. Maar, zoals zij zelf ook zegt, zij heeft goede en minder goed uren: de beste uren heeft ze 's morgens. Wanneer zij erin slaagt haar energie gelijkmatig over de dag te verdelen, dan acht ik haar in staat om in een rustig tempo de hele dag door te gaan. Om die reden neem ik preventief beperkingen aan voor bovennormale prestaties ten aanzien van onderbrekingen, dead-

---



lines en een hoog handelingstempo. Ik acht haar in staat tot functioneren in overeenstemming met de referentiewaarden van het CBBS.

*Sociaal functioneren.* Ik overweeg om beperkingen aan te nemen ten aanzien van omgaan met conflicten en leidinggeven. Conflicthantering en leidinggeven leiden tot een verhoogd stressniveau en dus bij CVS-patiënten tot verheviging van de moeheidsklachten. Bovendien werkt belanghebbende thans halve dagen als [*algemeen ondersteunende functie*] en dat gaat goed. Dit werk vereist klantcontact en enige mate van conflicthantering. Daarom besluit ik om lichte beperkingen aan te nemen voor omgaan met conflicten en voor leidinggeven.

*Fysieke omgevingseisen.* Betrokkene heeft [*huidaandoening*]. Haar fysieke aanpassingsmogelijkheden zijn hierdoor beperkt.

*Dynamische handelingen en statische houdingen.* Ik overweeg beperkingen aan te nemen voor lichamelijk en energetisch belastende handelingen en houdingen. Belanghebbende zegt dat zij vermoeid is en pijn in gewrichten en spieren heeft, conform de gestelde diagnose. Anamnese, dagverhaal en functioneren in arbeid wijzen echter op een belastbaarheid die in overeenstemming is met tenminste het grootste deel van de CBBS-referentiewaarden. Ik neem daarom alleen lichte beperkingen aan – preventief, om uitval door overbelasting te voorkomen – voor een aantal fysiek zwaardere items, zoals lopen tijdens het werk, langdurig werken met toetsenbord/muis, frequent reiken, frequent buigen, duwen/trekken, tillen, traplopen, staan, boven schouderhoogte werken.

*Werktijden.* Nachtdienst impliceert wisseling van dag/nacht ritme en verstoort het slaappatroon dat bij CVS toch al verstoord is. Ik neem dan ook aan dat zij beperkt is ten aanzien van 's nachts werken.

Uit het dagverhaal blijkt dat cliënte op werkdagen een normaal aantal uren actief is (werk en activiteiten in huis). Zij zou deze uren aan werk kunnen besteden, mits zij haar energie gelijkmatig over de dag kan verdelen. De vraag rijst of zij uit preventief oogpunt beschermd moet worden tegen overuren, of dat zij ook meer dan acht uur per dag en veertig uur per week zou kunnen werken. Ik ga niet mee in de subjectieve beleving van belanghebbende en besluit tot het laatste: uit het dagverhaal blijkt dat ze minstens acht uur per dag actief is, meer dan veertig uur werken per week is mogelijk. Haar gevoel van vermoeidheid betekent niet dat ze niet in staat zou zijn om in een rustig tempo door te gaan. Omdat er geen lichamelijke verklaring voor CVS is, weten we ook dat gewone lichamelijke inspanning niet schadelijk is. Bovendien heeft betrokkene mij verteld dat rusten

---

haar vermoeidheid niet duidelijk doet afnemen. Veel rusten is niet bevorderlijk voor haar conditie en zal de vermoeidheidsklachten in stand houden.

---

**6      Reactie van belanghebbende**

Bovenstaande werd met belanghebbende besproken. Zij kon zich hierin niet vinden. Zij vond halve dagen het maximaal haalbare.

---

**7      Conclusie**

Bij het onderzoek werden afwijkende bevindingen vastgesteld. Deze bevindingen zijn een rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek. Hierdoor is belanghebbende aangewezen op werkzaamheden conform de in de functionele mogelijkhedenlijst d.d. 25 oktober 2005 aangegeven mogelijkheden en beperkingen.

---

**8      Planning**

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is afgerond. De casus wordt overgedragen voor arbeidsdeskundig onderzoek.

---

## Commentaar

---

Een jonge notarisassistent, bijna twee jaar geleden uitgevallen met griep, is sindsdien blijven tobben met moeheidsklachten en concentratieproblemen en meldt zich bij de verzekeringsarts. Ze acht zich niet meer in staat haar oude werk te doen en meldt veel lichter werk slechts halftijds aan te kunnen. Ze maakt aanspraak op inkomensondersteuning op grond van de WIA teneinde haar teruggang in verdien capaciteit te compenseren.

Op grond van de beschikbare informatie, waaronder het gegeven dat eerder de diagnose CVS werd gesteld, is het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische-vermoeidheidssyndroom* op deze casus van toepassing.

*Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met deze vrouw aan de hand is, een beschrijving die in het licht van het protocol compleet, consistent en plausibel is?*

De verzekeringsarts heeft veel relevante informatie vergaard: over aard en omvang van de werkzaamheden, voor en na uitval; over de aanleiding van de ziekmelding en het verloop van klachten, behandeling en re-integratie-inspanningen sindsdien; over de lichamelijke en cognitieve klachten die de vrouw in de loop van een dag ervaart; over de beperkingen die zij ervaart in haar dagelijks functioneren, privé, beroepsmatig en sociaal; over haar visie op haar arbeidsmogelijkheden; over de hulp die zij ontvangt, over haar waardering voor haar huidige, psychologische en alternatieve, behandelingen.

De beschrijving die hij op basis hiervan geeft van wat er met de vrouw aan de hand is, is echter summier. De ‘Beschouwing’ omvat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen, de vaststelling dat de eerder gestelde diagnose CVS aannemelijk is en kanttekeningen bij afzonderlijke dimensies van de FML. De aanvaarding van de diagnose CVS wordt in de rapportage niet goed onderbouwd. Hij is gesteld door een ‘centrum voor CVS’ dat kennelijk, getuige het voorschrijven van carnitine, een ‘alternatieve’ benadering van vermoeidheid volgt. Een expliciete toetsing van de diagnose door de verzekeringsarts zelf, zoals het protocol aanbeveelt, bleef achterwege. De gegevens die hij rapporteert zijn onvoldoende om de diagnose te rechtvaardigen.

*Zo nee, wat schort eraan en hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen?*

De verzekeringsarts geeft geen samenhangende multifactoriële analyse van de problematiek die bij de vrouw aan de orde is. De vraag of sprake is van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen blijft in zijn rapportage onbeantwoord. De verzekeringsarts geeft desondanks zijn oordeel over de functionele mogelijkheden van de betrokkene. Maar zijn oordeel is niet consistent: hij aanvaardt wel de diagnose CVS, maar accepteert niet de invaliderende vermoeidheid waarvan sprake is wanneer de diagnose op juiste gronden is gesteld.

Een analyse van de verzamelde gegevens maakt een aantal punten zichtbaar waarop inwinnen van nadere informatie zinvol zou kunnen zijn geweest:

- differentiële diagnostiek en comorbiditeit: Is met voldoende mate van zekerheid uitgesloten dat sprake is van bijvoorbeeld een depressieve, angst- of somatisatiestoornis?
- persoonlijke geschiedenis: Is in biografie, persoonlijkheid of levensstijl sprake van voor CVS predisponerende factoren?
- functioneren in arbeid: Hoe zwaar viel haar de functie van notarisassistent, hoe graag deed zij dat werk, functioneerde zij daarin naar ieders tevredenheid? Hoe staat zij nu tegenover haar werk als [*algemene ondersteunende functie*]? Welke verwachtingen had en heeft zij van haar werk, hoe gaat zij om met uitdagingen, hoe reageert ze op tegenslagen? Hoe was en is de samenwerking met collega's en bazen?
- thuissituatie: Hoe zwaar vond zij het huishouden vóór januari 2004?
- behandeling en begeleiding tot nu toe: Waarom verwierp zij in april 2004 de door de bedrijfsarts voorgestelde aanpak als 'te belastend'? Waaruit bestaat de 'begeleide fitness'?
- visie op toekomst en herstel: Wat zijn haar toekomstverwachtingen? Ziet zij herstel mogelijkheden? Wat staat haar herstel in de weg?

Beantwoording van bovenstaande vragen kan meer licht werpen op de centrale diagnostische vraag: was en is inderdaad, zoals de diagnostische criteria voor het stellen van de diagnose CVS vereisen, sprake van vermoeidheid die nieuw is, niet het gevolg is van voortdurende inspanning, nauwelijks verbetert met rust, het functioneren ernstig beperkt en niet het gevolg is van een andere aandoening? Toegespitst op de rol van de vermoeidheid in deze casus: Markeert de uitval in januari 2004 inderdaad een breuk in belastbaarheid van betrokkene, die een gevolg is van vermoeidheid? Wat is hetzelfde gebleven in haar functioneren voor en na januari 2004 en wat is er veranderd?

---

Veel van deze vragen kunnen beantwoord worden op basis van het gesprek, zo nodig in een tweede contact, met de vrouw zelf. Eventueel kan de verzekeringsarts de betrokkene een tweede keer samen met haar echtgenoot uitnodigen. Ook kan hij de arbeidsdeskundige vragen haar functioneren in arbeid, voor en na uitval, nader te exploreren. Hij kan, met toestemming van de vrouw, nadere informatie inwinnen bij huisarts of bedrijfsarts. Intercollegiaal overleg, zo mogelijk met een collega met speciale kennis en ervaring op het gebied van CVS-achtige beelden, kan de verzekeringsarts helpen zijn gedachten over wat er met de vrouw aan de hand is, vorm te geven. Desgewenst kan hij een expertise aanvragen.

De commissie verwacht dat de verzekeringsarts op deze manier zou kunnen komen tot een goede multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de vrouw. Op basis daarvan zou hij kunnen beoordelen of van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is.

*Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling en eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken?*

De verzekeringsarts vermeldt dat hij zijn beoordeling met de vrouw besproken heeft en dat zij het niet met hem eens is. En er is inderdaad sprake van enkele belangrijke verschillen van inzicht. De vrouw zegt dat ze last heeft van vermoeidheid, gewrichts- en spierpijn en slechts tot rustig en licht werk in staat is. De verzekeringsarts daarentegen acht haar fysiek grotendeels normaal belastbaar. Hij neemt alleen lichte beperkingen aan voor een aantal fysiek zwaardere items op de FML en beperkingen voor bovennormale prestaties ten aanzien van onderbrekingen, deadlines en een hoog handelingstempo. Op het punt van het concentratievermogen is het niet helemaal duidelijk of er een verschil van inzicht is. De verzekeringsarts meldt dat de vrouw een anderhalf uur durend gesprek goed aankan en stelt vast dat ze voldoet aan de CBBS-referentiewaarde: een half uur kunnen concentreren op één informatiebron. De vrouw zegt zelf dat ze concentratieproblemen heeft en bijvoorbeeld niet goed een boek of een krant kan lezen. Evident is het verschil van inzicht ten aanzien van de arbeidsduur waartoe de vrouw in staat is. Zijzelf acht zich in staat tot niet meer dan halve dagen fysiek en psychisch weinig belastend werk. De verzekeringsarts oordeelt dat ze meer dan veertig uur per week normaal kan werken.

Wat er over de verschillen van inzicht gezegd is en of hij zijn observatie tijdens het spreekuur met haar besproken heeft, wordt niet duidelijk. De verzekeringsarts geeft geen inzicht in de wijze waarop hij het standpunt van de vrouw in zijn uiteindelijke beoordeling heeft betrokken.

---

### *Overige beoordelingstaken*

De overige drie beoordelingstaken die in de verzekeringsgeneeskundige protocollen naast de beoordeling van de functionele mogelijkheden worden onderscheiden, zijn in deze verzekeringsgeneeskundige rapportage uit oktober 2005 – zeker wat betreft eerste en de vierde taak niet bevreemdend – nog niet terug te vinden. Niettemin plaatst de commissie ook op deze punten enkele kanttekeningen.

Wat de sociaal-medische voorgeschiedenis betreft: Gaan we ervan uit dat de diagnose CVS inderdaad van toepassing is, dan is het duidelijk dat behandeling en begeleiding van deze vrouw – mede door haar eigen opstelling tegenover de bedrijfsarts april 2004 – niet in overeenstemming zijn geweest met de professionele standaard zoals beschreven in het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische vermoeidheidssyndroom*. De psychologische begeleiding bestendigt haar beperkingen. De frequentie van de begeleide fitness wordt pas in augustus 2005 van één naar twee keer per week uitgebreid, maar is ten tijde van het spreekuur in oktober 2005 alweer afgenomen tot één keer per week. Bovendien blijft onduidelijk waaruit deze begeleide fitness bestaat. Daarbij komt dat zij haar heil zoekt bij geneeswijzen die van onbewezen effectiviteit zijn en die per saldo de somatische attributie kunnen versterken en haar toestand eerder verslechteren of genezing in de weg staan.

De beoordeling van het te verwachten beloop en die van de lopende en geïndiceerde behandeling zijn in deze casus nauw verbonden. De prognose is in hoge mate afhankelijk van de nog resterende behandelingsperspectieven. En die zijn in dit geval, wederom: uitgaand van de diagnose CVS, niet ongunstig. Het is van belang dat de vrouw een goed inzicht krijgt in de merites van de verschillende behandelingsopties: de behandelingen die zij nu ondergaat en de CGT voor CVS die zij tot nu gemist heeft.

Komen uit deze beoordelingstaken ook praktische verantwoordelijkheden voort voor de verzekeringsarts? De beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis draagt bij aan het opbouwen van een consistent en plausibel beeld van de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die bij de vrouw aan de orde zijn. Het ligt voor de hand dat de verzekeringsarts zijn evaluatie van de behandeling tot nu toe, inclusief het aandeel van de vrouw zelf daarin, met haar bespreekt, omdat het een wezenlijk bestanddeel is van zijn beoordeling van wat er met haar aan de hand is. Zijn beoordeling van de voorgeschiedenis zou ook, zoals in de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen* wordt aangegeven, kunnen leiden tot een gesprek met de bedrijfsarts en misschien ook met de huisarts. Zij hebben misschien nauwelijks meer zicht op de

lotgevallen van de vrouw en het zou goed zijn wanneer zij zich afvroegen of zij haar niet beter hadden kunnen en nog kunnen begeleiden.

Het belangrijkste is natuurlijk de toekomst van de vrouw. Het verzekeringsgeneeskundig protocol beveelt de verzekeringsarts aan om zo nodig het initiatief te nemen tot het opstellen van een medisch plan van aanpak. Maar de verzekeringsarts stuit hier mogelijk wel op een dilemma.

#### *Staat de verzekeringsarts voor dilemma's?*

De duidelijke inconsistentie in de rapportage van de verzekeringsarts – tussen het aanvaarden van de diagnose CVS enerzijds en het niet toekennen van ernstige beperkingen anderzijds – zou een manifestatie kunnen zijn van een, door de verzekeringsarts niet als zodanig benoemd, maar wel ervaren, dilemma: hoe tegelijk recht te doen aan deze vrouw – met haar eigen ervaringen, haar vrije artskeuze en haar rechten in het kader van de WIA – én aan wat er medisch gezien met haar aan de hand is? De diagnose is, zoals gezegd, in de rapportage onvoldoende onderbouwd. Wat er medisch gezien aan de hand is, is niet geheel duidelijk. Het zou goed kunnen dat de verzekeringsarts dat ook gedacht heeft en betwijfeld heeft of wel van 'ziekte' in de zin van de WIA sprake was. Zijn inconsistente beoordeling zou begrepen kunnen worden als een poging om een uitweg te vinden uit het dilemma van de keuze tussen 'vrouw' en 'medische standaard'.

Maar ook als er in de beoordeling helderheid zou zijn geschapen en een goed onderbouwde keuze zou zijn gemaakt, bijvoorbeeld om de diagnose CVS mét zijn consequenties voor de functionele mogelijkheden te aanvaarden, dan nog zou dit dilemma waarschijnlijk niet zijn opgelost. Want toekennen van de diagnose CVS betekent tegelijk: erkennen dat de behandeling tot nu toe niet conform de professionele standaard is geweest én dat een belangrijke therapeutische mogelijkheid – CGT voor CVS – alsnog benut zou kunnen worden. Die erkenning zou voor de vrouw wel eens onacceptabel kunnen zijn. De verzekeringsarts zou vervolgens onafhankelijke, ook voor de vrouw geloofwaardige expertise kunnen inroepen om de consequenties van de medische standaard ten aanzien van CVS effectief aan haar te communiceren. Maar wat te doen als de vrouw er niet van te overtuigen is dat de behandeling die zij tot nu toe onderging waarschijnlijk contraproductief is en dat zij wat dat betreft de bakens moet verzetten? Wat als zij niet instemt met het voorstel van de verzekeringsarts om, zoals het verzekeringsgeneeskundig protocol aanbeveelt, samen met haar in overleg te treden met haar huisarts, de bedrijfsarts en het re-integratiebedrijf, teneinde tot een medisch plan van aanpak te komen dat door alle betrokkenen wordt gedragen? Gaat de verzekeringsarts de vrouw voordragen voor het opleggen van een sanctie

---

door het UWV, wanneer bij de geplande herbeoordeling blijkt dat zij op de oude voet in het alternatieve spoor is doorgegaan?

#### *Aanbevelingen*

Het is duidelijk dat we met deze vragen een lastig terrein betreden, waar een verstandige koers niet makkelijk uit te zetten is. Duidelijke criteria voor het opleggen van een korting op een arbeidsongeschiktheidsuitkering in dit soort gevallen zijn de commissie niet bekend. Recente jurisprudentie is er evenmin, maar het is duidelijk dat de situatie juridisch gezien complex is. Enerzijds is er de in de WIA verankerde plicht tot medewerking aan medische behandelingen. Anderzijds zijn er de rechten op lichamelijke en psychische integriteit en het recht op vrije artskeuze. Uit de onmiskenbare spanning tussen die plicht en die rechten komen lastige vragen voort. Geen enkele behandeling is namelijk voor iedereen gegarandeerd en volkomen effectief én niet belastend. Hoe effectief moet een behandeling zijn en welke kans op welke ongewenste effecten is acceptabel om medewerking aan een behandeling in redelijkheid te kunnen verlangen? Hoe sterk moet de *evidence* zijn die effectiviteit, veiligheid en belasting onderbouwt? Kan verlangd worden dat iemand afziet van een mogelijk schadelijke, alternatieve behandeling waarvan hij zegt baat te ondervinden? De commissie meent dat deze overwegingen en vragen laten zien dat er behoefte is aan criteria om te kunnen bepalen wanneer iemand zodanig tekortschiet in zijn medewerking aan medische behandelingen dat het opleggen van een sanctie gerechtvaardigd is.

Uit de casus blijkt voorts een duidelijke behoefte aan nadere richtlijnen, meetinstrumenten en wetenschappelijk onderzoek. De beoordeling van mensen met langdurige klachten van vermoeidheid, gewrichts- en spierpijn zou gebaat zijn bij een goede diagnostische richtlijn. Er is er behoefte aan een set meetinstrumenten die de beoordeling van de functionele mogelijkheden van mensen met CVS en daarop gelijkende beelden kan onderbouwen. Wetenschappelijk onderzoek naar de betekenis van observaties tijdens het beoordelingsgesprek met mensen met CVS, zoals de observatie ‘dat zij een anderhalf uur durend gesprek goed aankan’, zou eveneens welkom zijn. Zeer relevant, ten slotte, is het wetenschappelijk onderzoek ter nadere precisering van de effectiviteit van behandelingen bij CVS en daarop gelijkende beelden: wat is de effectiviteit van CGT voor CVS in verschillende subgroepen van patiënten, in verschillende stadia van het ziektebeloop, in verschillende behandelingssettings; wat is de effectiviteit van andere behandelingen?



## Overspanning

---

Een 35-jarige werkloze man is hersteld van een langdurige overspanning en zou wel weer aan de slag willen in de horeca, maar denkt dat hij teveel stress in het werk en teveel nachtwerk nog niet aankan.

De verzekeringsarts gaat in zijn beoordeling zonder argumentatie mee met de claim van de man, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat hij nog ziek is of dat hij in een nieuwe baan door werkstress of door nachtwerk ziek zou worden. Het was goed geweest als hij zijn collega in de ZW-Arborol feedback had gegeven over diens begeleidende rol in het voortraject.

*Trefwoorden: Overspanning, depressieve stoornis, alcoholmisbruik, privé-omstandigheden, nachtwerk, ZW-Arborol, feedback aan behandelaar/begeleider*

---

# 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

Cliënt 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. Cliënt 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.

Cliënt 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.

Cliënt 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 verzekeringsarts in ZW-Arborol:*

- 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 doorge-  
maakte 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 Oxa-zepam) 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 afleiding

---

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 1<sup>e</sup> 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 toestandsbeeld.

---

## **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.

---

## Commentaar

---

Deze casus van een 35-jarige werkloze man die na twee jaar gelukkig hersteld blijkt van een overspanning die bijna tot ernstige complicaties had geleid, illustreert duidelijk het belang van de doortastende begeleiding bij overspanning, die wordt aanbevolen in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) *Overspanning* en, daarbij aansluitend, in het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning*.

*Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met deze man aan de hand is, een beschrijving die in het licht van het protocol compleet, consistent en plausibel is?*

De verzekeringsarts vat zijn beoordeling van de huidige toestand van de man samen onder het kopje 'Diagnose': 'Status na surmenage door medische problematiek van zijn vriendin'. Die beschrijving lijkt, in het licht van de rapportage als geheel, plausibel. Er lijkt inderdaad sprake te zijn geweest van overspanning die niet door het werk veroorzaakt werd. Aan het begin van het verzuim waren er emotionele labiliteit, gewichtsverlies, slaapstoornissen en piekeren, thoracale pijnklachten; vijf maanden na de ziekmelding vermoeidheid, toenemend alcoholgebruik, boosheid en 'zich niet meer kunnen beheersen'. Deze *distress*-klachten passen bij overspanning. Daarbij komt dat er geen psychiatrisch belaste voorgeschiedenis is en dat er duidelijk, in de woorden van het verzekeringsgeneeskundig protocol *Overspanning*, 'een relatie is met stress die het gevolg is van een belasting die de belastbaarheid overstijgt'. Aan zijn rol als beheerder van een café was per 1 april 2004 een einde gekomen. Door de ziekte van zijn vriendin moest hij voor haar en zijn zoonnetje gaan zorgen. Hij moest niet alleen huishoudelijke taken op zich nemen, maar ook, in toenemende mate, de emotionele ondersteuning van hen beiden. Vervolgens kwam daar bij de spanning die een letselschadeclaim met zich meebrengt. Het is goed voorstelbaar dat deze situatie, die bij iedereen spanningklachten zou hebben veroorzaakt, bij deze man inderdaad geleid heeft tot verlies van controle over zijn interactie met de omgeving. Maar ten tijde van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in maart 2006 lijkt de overspanning, zoals de verzekeringsarts ook constateert, achter de rug te zijn.

Niettemin stelt hij dat er nog beperkingen zijn. Weliswaar geen ernstige, maar toch. Waarop berust dat oordeel? De verzekeringsarts geeft geen argumenten; hij honoreert de claim van de man zonder toelichting. Met de vaststelling dat de man 'voortdurend nachtwerk' en 'voortdurende zwaardere stressbelasting'

---

niet aan kan is nog geen sprake van een plausibel en consistent geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Er zijn geen aanwijzingen dat betrokkene nu nog ziek is of dat hij in een nieuwe baan door werkstress of door nachtwerk ziek zou worden. Destijds werd hij werkloos doordat het nachtcafé moest sluiten; hij viel niet uit door een te zware belasting in het werk. Hij was graag teruggegaan naar zijn oude baan, als die nog bestaan had. De reden waarom hij in zijn oorspronkelijke werk ‘de meeste nachtdiensten nog niet zou doen’ is ‘dat hij voor zijn gezin thuis zou willen zijn’, maar dat heeft niet te maken met stoornissen en beperkingen.

De man zou het liefst weer in de horeca gaan werken en dat lijkt hij, gezien zijn arbeidsverleden, ook goed te kunnen, maar er zijn nogal wat functies in de horeca die geregeld met nachtarbeid gepaard gaan. Zijn door de verzekeringsarts zonder medische onderbouwing aanvaarde onvermogen om ‘voortdurend nachtwerk’ te verrichten, kan hem in de weg zitten bij de zoektocht naar nieuw werk in zijn branche.

*Zo nee, wat schort eraan en hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen?*

De commissie meent dat de belangrijkste informatie om tot een goede beoordeling te komen in de rapportage aanwezig is. Er is geen reden meer om beperkingen aan te nemen. Gegeven de beschikbare informatie heeft de verzekeringsarts, misschien om de man ter wille te zijn, uit zijn diagnose ‘status na surmenage door medische problematiek van zijn vriendin’ niet de juiste conclusie getrokken.

*Overige beoordelingstaken*

Van de overige drie beoordelingstaken die in de verzekeringsgeneeskundige protocollen naast de beoordeling van de functionele mogelijkheden worden onderscheiden, is in dit geval alleen de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis relevant. Hoewel deze taak in deze verzekeringsgeneeskundige rapportage uit maart 2006 logischerwijs nog niet aan de orde komt, plaatst de commissie enkele kanttekeningen.

Aan de diagnose ‘surmenage’ lijkt bij deze man nooit getwijfeld te zijn. De begeleiding van iemand die overspannen is – zo wordt duidelijk uit de LESA *Overspanning* en het verzekeringsgeneeskundig protocol – vraagt om doortastendheid. Het ‘natuurlijke beloop’, met een reële dreiging van complicaties, moet niet worden afgewacht. De huisarts, die begaan was met de situatie van de man en zijn gezin, lijkt echter geen actieve begeleidende rol te hebben gespeeld. De verzekeringsarts in de ZW-Arborol nam niet het initiatief om met de huisarts te

---



overleggen om te komen tot een gezamenlijk begeleidingsplan. Pas na acht maanden, wanneer de klachten duidelijk ernstiger zijn geworden (overmatig alcoholgebruik, boos, 'weet zich niet meer te beheersen'), lijkt er, op initiatief van de ziektearts, enige begeleiding op gang te komen: begeleiding door een psycholoog, gericht op de man en zijn vriendin gezamenlijk, die vervolgens van korte duur blijkt te zijn.

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. Hij had zijn bevindingen vervolgens kunnen delen met zijn collega in de ZW-Arborol en wellicht ook met de huisarts.



---

A De commissie

---

## Bijlage



---

## De commissie

---

Dit rapport is opgesteld door een commissie bestaande uit de werkgroep Mediprudentie en de commissie WIA van de Gezondheidsraad.

---

### Werkgroep Mediprudentie

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*  
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
  - dr. A.H. Blankenstein  
huisarts, VU medisch centrum, Amsterdam
  - drs. W.E.L. de Boer  
verzekeringsarts, directeur, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van leven, Hoofddorp
  - drs. J. Bronsema  
verzekeringsarts/rga, Swiss Re Life & Health, Amstelveen
  - dr. N.H.Th. Croon  
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam; hoofdredacteur Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
  - drs. J.L. van Dijk  
bedrijfs- en verzekeringsarts, Achmea Arbo, Amsterdam
  - prof. dr. mr. J.C.J. Dute  
gezondheidsjurist, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
-

- drs. S. Knepper  
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Utrecht
- drs. C.F.M. Woldberg  
verzekeringsarts, NSPOH, Amsterdam
- drs. A.H.J.M. Sterk, *adviseur*  
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*  
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

---

### **Commissie WIA**

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*  
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
  - prof. dr. W.J.J. Assendelft (tot 1 oktober 2006)  
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
  - drs. W.E.L. de Boer  
verzekeringsarts, directeur, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van leven, Hoofddorp
  - dr. E. Borst-Eilers  
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bilthoven
  - prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen  
hoogleraar beroepsziekten; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
  - prof. dr. J.W. Groothoff  
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
  - prof. dr. J.W.M. Hazes  
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
  - prof. dr. J.J.L. van der Klink  
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health, NSPOH, Amsterdam
  - dr. H. Kroneman  
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
  - prof. dr. E. Lindeman  
hoogleraar revalidatie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
  - prof. dr. A.H. Schene  
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
-

- prof. dr. ir. T. Smid  
hoogleraar arbeidsomstandigheden; VU medisch centrum, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
- dr. B. Sorgdrager  
bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
- prof. dr. J.H.B.M. Willems  
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- drs. A.H.J.M. Sterk, *adviseur*  
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*  
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

### De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur-schap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

