

Thematische gevalsbeschrijving ME-CVS02A - Discrepantie ervaren en vastgestelde beperkingen arbeidsduur

Herziene versie voor MENU 23-03-2014

Trefwoorden

Argumentatie

Beperking werktijden

Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)

Energetische beperking

MAOC

Moeheid

Neuropsychologisch onderzoek (misschien beter: Aanvullend onderzoek, maar dat staat niet in de trefwoordenlijst)

Visie van betrokkene

Vignet

Een dierenverzorger met het chronisch vermoeidheidssyndroom geeft aan dat ze vanwege haar energetische beperkingen maximaal 2 uur per dag zou kunnen werken. De bezwaarverzekeringsarts acht haar, in navolging van de primaire verzekeringsarts, geschikt om 4 uur per dag te werken. Is deze discrepantie aanleiding tot uitbreiding van de argumentatie en van het onderzoek? Volgens de Standaard verminderde arbeidsduur is ter onderbouwing van een beperking in arbeidsduur en de mate daarvan een uitgebreide afweging van gegevens nodig. Bij twijfel of onduidelijkheid is bovendien het opvragen van aanvullende informatie of aanvullend onderzoek geïndiceerd. Het toetsen van de plausibiliteit op basis van een dergelijke uitgebreide afweging zou in een soortgelijke casus tot een meer inzichtelijke argumentatie en mogelijk ook tot een ander oordeel kunnen leiden. Beide zouden de discrepantie tussen de visie van betrokkene en de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen kunnen verminderen.

Samenvatting gegevens uit rapportages en bezwaarschrift

Situatie bij beoordeling

Het betreft een beoordeling in het kader van een bezwaarprocedure tegen een WIA-beslissing (november 2011). De primaire beoordeling vond plaats na een derde jaar loondoorbetaling. Deze loonsanctie was opgelegd omdat "er te weinig is gedaan aan re-integratie omdat de bedrijfsarts te afwachtend was". (1)

Betrokkene is een 39-jarige vrouw die meer dan 10 jaar fulltime werkte als verzorgster van exotische dieren. Voor haar werk maakte ze lange vliegreizen naar verschillende tijdzones en wisselende klimatologische omstandigheden. (1) Ze woont samen en heeft geen kinderen.

Betrokkene is in maart 2008 uitgevallen door vermoeidheidsklachten. Ze ervaart de vermoeidheid heel anders dan bij een burnout in 2001 en bij een in 2003 behandelde schildklierkanker. Als ze moe is wordt het haar zwart voor ogen, wordt ze misselijk en heeft ze moeite met concentreren. Haar rechterhand trilt, ze kan niet lang staan, haar armen zijn zwaar, ze heeft pijn in haar bovenarmen, haar kuiten zijn moe en zwaar, ze heeft het snel koud en moeite om warm te worden. Na een te zware inspanning kan het wel een week duren voor ze haar eerdere peil weer heeft bereikt. Ze heeft al twee jaar diarree. Ze kan haar hobby paardrijden niet meer uitoefenen en haar pony's alleen nog borstelen en voeren. Haar man doet grotendeels het huishouden. Uit haar dagverhaal komt naar voren dat ze 's ochtens een paar uur actief is (bijv. pony's poetsen, staand afgewisseld met zitten) en de rest van de dag liggend doorbrengt (daarbij kleine stukjes lezen, TV kijken, eten).

In het eerste jaar van haar ziekte is gewerkt aan re-integratie in aangepast werk. Dat bestond uit lichte taken op haar afdeling, waaronder administratie. Maar concentreren bleef moeilijk. Daarbij heeft betrokkene eerst 50%, later 4 halve dagen en later 3 halve dagen per week gewerkt. Ook heeft ze vakantie opgenomen. Sinds augustus 2009 werkt ze helemaal niet meer. De bedrijfsarts geeft in zijn actueel oordeel van januari 2010 aan dat aangepast werk bij herhaling niet haalbaar bleek en dat alle items van de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) min of meer beperkt zijn in relatie tot de vermoeidheid. Betrokkene heeft een behandeling met cognitieve gedragstherapie overwogen. Daarvoor zou ze moeten stoppen met de vitamine B-12-injecties die haar klachten meer draaglijk maken. Dat was voor haar een reden om er van af te zien.

Bij de beoordeling van het re-integratieverslag in maart 2010 acht de verzekeringsarts haar geschikt "voor halve dagen licht, niet stresserend werk." Hierna heeft geen werkhervatting plaatsgevonden.

Medische gegevens: 2001 surmenage. Status na schildkliercarcinoom en operatie in 2003, nu goed ingesteld op Euthyrox. Volgens revalidatiearts waarschijnlijkheidsdiagnose CVS. De verzekeringsarts stelt de diagnose "8 P609 Ongedifferentieerde stoornis/chronisch vermoeidheidssyndroom". (2)

Onderzoek en oordeel primaire verzekeringsarts

Het onderzoek bestaat uit bestudering van het dossier en een beoordelingsgesprek met betrokkene. De klachten zijn niet veranderd ten opzichte van vorig jaar. Betrokkene heeft na de vorige beoordeling een CVS-centrum bezocht. Daar is ze verwezen naar een neuroloog. Dat onderzoek loopt nog. Ook loopt nog een bloedonderzoek naar de ziekte van Lyme. De behandeling bestaat uit vitamine B12-injecties, vitamine D en "fysiotherapie, bestaande uit massage, geen oefentherapie/training". Verder is betrokkene "via de huisarts bezig voor een psycholoog". Overige medicatie: thyrox. De verzekeringsarts stelt opnieuw de diagnose: ongedifferentieerde stoornis/chronisch vermoeidheidssyndroom. "Ze houdt veel klachten van vermoeidheid, bij uitblijven van een bevredigende medische verklaring". (3) In de FML worden enkele beperkingen aangegeven voor persoonlijk en sociaal functioneren, lichte beperkingen voor dynamische handelingen en enkele beperkingen voor statische houdingen. In de FML staat dat betrokkene ongeveer 4 uur per dag en 20 uur per week kan werken, niet 's nachts. (4)

Visie betrokkene op de beoordeling

Betrokkene heeft bezwaar gemaakt omdat zij vindt dat onvoldoende rekening is gehouden met haar medische beperkingen. Zij acht zichzelf onder andere niet in staat om 20 uur per week te werken. Haar gemachtigde stelt: "Belanghebbende is bekend met de vermoeidheidsklachten en heeft destijds ook geprobeerd haar belastbaarheid te vergroten door weer gedeeltelijk aan het werk te gaan. Ze wilde haar uren weer gaan opbouwen, doch dit heeft geleid tot de uiteindelijke uitval". Volgens haar gemachtigde kan ze maximaal 2 uur per dag en 10 uur per week werken, niet 's avonds en niet 's nachts (5). Daarbij verwijst hij naar de aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden bij CVS die

in het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS zijn vermeld, waaronder werktijden en verdeling van werkzaamheden en rust, perioden per etmaal, uren per dag en uren per week. Hij citeert: "Hij [de verzekeringsarts] betreft zijn observaties en de visie van de cliënt in zijn beoordeling of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen." En hij citeert uit het protocol: "Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het schattingsbesluit". (5)

Daarnaast voert de gemachtigde aan dat rekening gehouden moet worden met het feit dat handelingen die afzonderlijk niet tot overschrijding van de belastbaarheid leiden dat in combinatie wel kunnen doen. Bij meerdere geduide functies is sprake van getordeerd actief zijn in combinatie met (frequent) reiken, tillen, gebogen actief zijn en (frequent) buigen. De gemachtigde stelt dat deze combinatie in medische handboeken zeer rugbelastend wordt geacht en dat dit derhalve veel energie kost. Omdat bij ME/ CVS sprake is van een (zeer) vertraagd herstelproces zijn volgens hem deze inspanningen voor betrokkene niet 4 uur per dag vol te houden. Ook wijst hij erop dat bij een aantal geduide functies sprake is van concentratie van de aandacht, verdeling van de aandacht, contact met klanten en regelmatige conflictsituaties. Volgens hem had onderzocht moeten worden of deze combinatie tot een overschrijding van de belastbaarheid van betrokkene kan leiden. (6)

Onderzoek en oordeel bezwaarverzekeringsarts (BVA)

De BVA stelt voor zijn onderzoek onder andere de vraag of er een medische indicatie is om de mogelijke werktijden die in de functionele mogelijkhedenlijst zijn vermeld te veranderen. Ook vraagt hij of er aanvullend medisch onderzoek noodzakelijk is. Het onderzoek van de BVA bestaat uit bestudering van het dossier, aanwezigheid op hoorzitting en raadplegen van de brieven van de huisarts en de GZ-psycholoog van betrokkene die tijdens de bezwaarprocedure zijn verkregen. Hij stelt vast dat de neuroloog volgens betrokkene geen afwijkingen heeft gevonden. Ook bij een uitgebreid internistisch onderzoek is geen oorzaak voor de vermoeidheid gevonden. De ziekte van Lyme kon niet bevestigd worden. Betrokkene heeft inmiddels cognitieve gedragstherapie gevolgd, maar, blijktens een verklaring van haar psycholoog, zonder effect.

Volgens de BVA zijn er geen grote lacunes in de aanwezige gegevens en is er dus geen aanvullend onderzoek nodig.

De BVA stelt de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom en status na schildkliercarcinoom. "Nu er duidelijkheid is over de stoornis (betrokkene voldoet aan de criteria, de diagnose is bevestigd door diverse artsen) is aan de orde een beoordeling van de beperkingen. Daarbij is evident dat betrokkene ernstige beperkingen ervaart, eigenlijk acht zij zich niet of nauwelijks belastbaar voor arbeid."

De BVA stelt dat de verzekeringsarts al beperkingen heeft aangenomen in verband met de verlaagde energetische belastbaarheid. "Ondanks dat blijft er dus een discrepantie tussen de ervaren belemmeringen en de vastgestelde beperkingen. Probleem daarbij is dat een factor als moeheid niet te meten is en daardoor niet objectief vast te stellen is terwijl dat voor de beoordeling, gelet op de jurisprudentie, van groot belang is".

Omdat er bij het onderzoek in bezwaar geen medische gegevens naar voren zijn gekomen waaruit blijkt dat de vastgestelde beperkingen onjuist zijn is er naar zijn mening geen reden om aanvullende beperkingen aan te nemen. "Het feit dat betrokkene zelf de beperkingen als ernstiger ervaart is onvoldoende reden, in juridische zin, om te komen tot een andere belastbaarheid." (1)

Commentaar

Discrepantie tussen de beperkingen op het gebied van arbeidsduur die betrokkene ervaart en die de verzekeringsarts vaststelt speelt in deze casus een belangrijke rol. Werknemers met langdurig ziekteverzuim ervaren vaak onvermogen om het vereiste aantal uren per dag of per week te werken als een belemmerende factor voor werkhervatting. Het voldoende verminderen van de arbeidsduur noemen zij als een belangrijke bevorderende factor. (7) Een grote discrepantie tussen betrokkene en verzekeringsarts op dit punt kan een negatief effect hebben op de perspectieven op re-integratie. "Re-integratie kan het best worden bereikt als het traject van claimbeoordeling en het vaststellen van uitkeringsrecht zo min mogelijk aan spanningen onderhevig is." (12) Het stellen van doelen die als onhaalbaar worden ervaren werkt eerder belemmerend dan stimulerend. Ook de relatief grote invloed van een urenbeperking op de uitkomst in termen van arbeidsongeschiktheidspercentage en uitkeringshoogte is van belang. Een lage of geen uitkering zonder vooruitzicht op werkhervatting

belemmert maatschappelijke participatie. Het gevoel onrechtvaardig te zijn behandeld maakt acceptatie en toekomstgerichtheid moeilijk. (8)

De vraag naar aanleiding van deze casus is of er aanleiding is om de argumentatie en het onderzoek uit te breiden, of dit de mogelijkheid biedt om de discrepantie tussen de visie van betrokkene en de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen in mogelijke arbeidsduur te verminderen. En zo ja, om wat voor onderzoek en wat voor argumentatie zou dit dan kunnen gaan?

Waarde visie betrokkene

In het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS worden de werktijden en de verdeling van werkzaamheden en rust als aandachtspunt voor de beoordeling genoemd. (10) De primaire arts en de bezwaarverzekeringsarts hebben dit aandachtspunt bij hun beoordeling betrokken. Zij volgen de visie van betrokkene over de mate van nodige vermindering van arbeidsduur niet.

Het protocol CVS benadrukt dat de verzekeringsarts moet beoordelen of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen en dat hij daarbij zijn observaties en de visie van de cliënt moet betrekken.

De visie van betrokkene is dat zij niet in staat is om meer dan 2 uur per dag en 10 uur per week te werken. Zij baseert dit op de beperkingen die zij ervaart en op het feit dat opbouw van (meer) uren in aangepast werk heeft geleid tot uitval. Volgens de Nota van Toelichting bij het Schattingsbesluit

Arbeidsongeschiktheidswetten is de subjectieve beleving van betrokkene ten aanzien van diens beperkingen alléén niet voldoende voor het aannemen van arbeidsongeschiktheid. (10) Het is dus aan de (bezwaar)verzekeringsarts om de visie van betrokkene naar waarde te schatten en vast te stellen in hoeverre de beperkingen die zij ervaart aannemelijk zijn te achten.

Interne en externe inconsistentie

De bezwaarverzekeringsarts twijfelt niet aan de diagnose CVS. In het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS wordt ernstige vermoeidheid, die betrokkene aanzienlijk beperkt in het dagelijks functioneren, als belangrijkste kenmerk van CVS genoemd. Ook is volgens dit protocol bij CVS vaak sprake van

vertraagd herstel na inspanning. Verder geeft het protocol aan dat volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden bij CVS voor kan komen. Op grond van de sociaal-medische kennis uit het protocol zijn de beperkingen die betrokkene met betrekking tot haar duurbelastbaarheid ervaart niet onaannemelijk. De bezwaarverzekeringsarts signaleert in de mededelingen van betrokkene geen inconsistenties die doen twijfelen aan wat ze naar voren heeft gebracht. Ook verwijst hij niet naar observaties van hemzelf of van anderen die haar visie ontkrachten. Hij zet geen vraagtekens bij de waarneming van de bedrijfsarts dat aangepast werk bij herhaling niet haalbaar bleek. Er zou dus gesteld kunnen worden dat de aanname dat betrokkene niet meer dan 2 uur per dag en 10 uur per week kan werken niet tot externe en interne inconsistenties leidt. (11)

Metten of plausibiliteit toetsen

Toch is de bezwaarverzekeringsarts van mening dat de verminderde arbeidsduur beperkt moet blijven tot halve dagen. Hij voert daarvoor met name als argument aan dat er geen medische gegevens naar voren gekomen zijn waaruit blijkt dat de vastgestelde beperking onjuist is. De opmerking dat moeheid niet te meten is 'en dus niet objectief vast te stellen' doet vermoeden dat dergelijke medische gegevens volgens de bezwaarverzekeringsarts ook onmogelijk te vinden zullen zijn.

Volgens de uitleg van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) in de Nota van Toelichting bij het Schattingsbesluit hoeft het gegeven dat lichamelijke of psychische oorzaken niet precies te meten zijn niet te betekenen dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Waar het om gaat is of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt. Het argument dat moeheid niet te meten valt is dus geen doorslaggevend argument om het bestaan van de ervaren beperkingen als gevolg van vermoeidheid als niet aannemelijk te beschouwen.

Dat de bezwaarverzekeringsarts de mate van beperkingen die betrokkene ervaart niet klakkeloos wil overnemen is begrijpelijk. Hij twijfelt blijkbaar toch aan de plausibiliteit daarvan, hoewel hij de interne en externe consistentie niet betwist. Hij laat het echter hierbij en lijkt betrokkene het 'voordeel van de twijfel'

te geven: ondanks het feit dat hij moeheid niet kan meten neemt hij wel beperkingen op het gebied van arbeidsduur aan. Maar argumenten waarom zij geen 8 uur per dag maar wel 4 uur per dag zou kunnen werken ontbreken.

Bij twijfel onderzoek uitbreiden

Volgens de Nota van Toelichting bij het Schattingsbesluit moeten in gevallen waar de medische oorzaken van de beperkingen niet goed kunnen worden vastgesteld, extra eisen gesteld worden aan het in kaart brengen van de klachten en beperkingen van betrokkene. Dit kan zo uitgelegd worden dat extra onderzoek naar de aannemelijkheid van aangevoerde stoornissen en ervaren beperkingen en participatieproblemen is vereist. Volgens de Standaard onderzoeksmethoden is het doel van verzekeringsgeneeskundig onderzoek om tot beargumenteerd oordeel te komen. Hoe uitgebreid dit onderzoek moet zijn hangt af van de plausibiliteit en consistentie van de verkregen informatie en indrukken. Bij twijfel over plausibiliteit is dus meer uitgebreid onderzoek geïndiceerd. Deze standaard noemt onder andere overleg met derden en onderzoek door derden als mogelijkheden voor uitbreiding van het onderzoek.

(11)

Volgens de Standaard verminderde arbeidsduur is ter onderbouwing van een beperking in arbeidsduur en de omvang daarvan een uitgebreide afweging van gegevens nodig, waarbij dagverhaal, verzuimhistorie, gewenningsaspecten, herstelgedrag, persoonlijkheidsaspecten en feitelijke werkhervatting betrokken worden. Bij twijfel of onduidelijkheid is bovendien het opvragen van aanvullende informatie of aanvullend onderzoek vereist. (12)

Voor een conclusie over de plausibiliteit van de visie van betrokkene op haar duurbelastbaarheid is een uitgebreidere argumentatie, op basis van afweging van gegevens, nodig. Om een uitgebreide afweging mogelijk te maken zullen de daarvoor benodigde gegevens verzameld moeten worden. Het gaat daarbij niet alleen om strikt 'medische' of meetbare gegevens. Hoe zou het onderzoek hiertoe uitgebreid kunnen worden?

De *Standaard verminderde arbeidsduur* noemt de volgende mogelijkheden:

- verzamelen van aanvullende informatie op basis van waarneming door derden.
- laten doen van aanvullend onderzoek.

Ook de *richtlijn CVS* doet de aanbeveling om, bij twijfel over de mogelijkheden tot functioneren en participeren, ter nadere onderbouwing gebruik te maken van hetero-anamnestiche gegevens en aanvullende informatie van behandelaars en derden (14)

Aanvullende informatie op basis van waarnemingen van derden

De Standaard verminderde arbeidsduur noemt als relevante informatie:

- informatie en indrukken van meegekomen familieleden, burens en dergelijke over het verminderde functioneren van de cliënt;
- informatie van bedrijfsarts over het reeds afgelegd traject van proberen en mislukken en over persoonlijkheid en motivatie;
- informatie van de huisarts over medische zaken maar ook over functioneren van de cliënt in de thuis- en gezinssituatie.

De richtlijn CVS noemt een partner, ouder, huisgenoot, collega, werkgever als informatiebronnen.

Soms twijfelen verzekeringsartsen aan de meerwaarde van het opvragen van aanvullende informatie van derden omdat de cliënt daar 'toch hetzelfde verhaal zou vertellen'. Daartegen valt het volgende in te brengen:

- Huisgenoten en collega's hebben betrokkene lange tijd in het dagelijks leven of werken meegemaakt en hun waarnemingen zouden op basis daarvan iets kunnen toevoegen aan het verhaal van betrokkene zelf en aan de waarnemingen van de verzekeringsarts.
- De huisarts heeft zijn patiënt vaak ook al meegemaakt voordat er sprake was van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hij kan daardoor een goede indruk hebben van de manier waarop betrokkene omgaat met gezondheid, ziekte, behandeling en beperkingen. Ook diens observaties zouden dus iets kunnen toevoegen. In deze casus is informatie bij de huisarts opgevraagd. Maar dat is beperkt tot feitelijke medische informatie. De huisarts zou daarnaast ook informatie kunnen geven over hoe betrokkene functioneert en omgaat met haar ziekte.
- De bedrijfsarts heeft langere tijd de pogingen tot werkhervatting van betrokkene gevolgd, begeleid en met betrokkene (en eventueel diens werkgever) besproken en beschikt daardoor over informatie die voor de afweging van de verzekeringsarts van belang kan zijn. In deze casus heeft de bedrijfsarts informatie verschaft. Maar het is niet duidelijk of die is

meegewogen. In de argumentatie wordt er niet naar verwezen. Ook een nadere toelichting door de bedrijfsarts zou bij de afweging kunnen helpen. Kortom, het verzamelen van aanvullende informatie op basis van waarnemingen door derden zou wel degelijk bij kunnen dragen aan het wikken en wegen van de verzekeringsarts om tot een goed beargumenteerd oordeel te komen.

Aanvullend onderzoek

Evenzeer kan de vraag gesteld worden welke waarde inspanningsonderzoek en neuropsychologisch hebben als aanvullend onderzoek in een beoordelingssetting. Systematisch zoeken in de internationale wetenschappelijke literatuur in het kader van de ontwikkeling van de richtlijn CVS (2013) heeft geen bruikbaar onderzoek opgeleverd dat zich richt op het beoordelen van functionele mogelijkheden in de (juridische) context van arbeidsgeschiktheid. Er was geen positief of negatief wetenschappelijk bewijs te vinden met betrekking tot de voorspellende waarde van uitkomsten van inspannings- of neuropsychologisch onderzoek (of welk onderzoek dan ook) van ME/ CVS-patiënten voor hun arbeids(on)geschiktheid. De richtlijnwerkgroep stelde vast dat functioneren en participeren zelden een uitkomstmaat zijn bij wetenschappelijk onderzoek en benadrukt dat de openstaande vraagstukken rondom de beoordeling van de mogelijkheden tot functioneren en participeren CVS in dat verband niet anders zijn dan bij veel andere aandoeningen. (14)

Met de huidige stand van de wetenschap is er dus waarschijnlijk geen enkele onderzoeksmethode te vinden die met wetenschappelijke zekerheid uitsluitend zal geven over functionele mogelijkheden in het kader van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Wanneer geen houvast gevonden kan worden in wetenschappelijk bewijs zal men zich op andere bronnen van kennis moeten baseren. Een daarvan is de mening van deskundigen. Die is te vinden in:

- De *Standaard onderzoeksmethoden* (2000): deze noemt aanvraag voor onderzoek door een neuropsycholoog als een van de mogelijkheden wanneer eigen onderzoek van de verzekeringsarts en de informatie van de behandelaar onvoldoende duidelijkheid geeft over de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren. (11)
- De *Standaard verminderde arbeidsduur* (2000): deze noemt onder andere inspanningsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek en 'functional

- capacity evaluation' als mogelijkheden voor aanvullend onderzoek bij de beoordeling van de noodzaak van een verminderde arbeidsduur. (12)
- Het *Verzekeringsgeneeskundig Protocol Chronische- vermoeidheidssyndroom* (2007): dit stelt dat neuropsychologisch onderzoek en methoden om de functionele capaciteiten te meten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij CVS van weinig waarde zijn. (9)
 - De deskundigen die zijn ondervraagd in het kader van het *project Protocol in praktijk* (2011): ondanks kritische kanttekeningen kent een aantal van hen enige waarde toe aan inspanningsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek en/of onderzoek volgens een methode voor functional capacity evaluation (FCE) bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid van ME/CVS-patiënten. Minstens vijf van deze zeven deskundigen werken zelf in het kader van een beoordelingssetting. Eén van hen, neuropsychologe van der Scheer, stelt dat regelmatig opdracht gegeven wordt voor neuropsychologisch onderzoek in het kader van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid bij mentale vermoeidheid bij nierfalen of na een doorgemaakt herseninfarct of een cardiologische ingreep. Volgens haar is er geen reden om te veronderstellen dat dergelijk onderzoek bij ME/CVS van minder waarde zou zijn. (15)
 - De *internationale consensusrichtlijn over ME uit 2012*: deze noemt enkele tests die symptomen als vertraagd herstel na inspanning kunnen bevestigen: "Cardiopulmonary exercise test-retest, recorded by use of an electrocardiogram (ECG) can confirm many symptoms: PENE [Post-Exertional Neuroimmune Exhaustion], decreased cerebral oxygen, prolonged recovery period, loss of capacity to recover from acidosis. ... Brain scans support cognitive impairments." (13)
 - De *Richtlijn CVS* (2013): deze beveelt geen aanvullend onderzoek aan in relatie tot het voorspellen van mogelijkheden tot functioneren en participeren. (14)

Deskundigen denken dus niet allemaal en steeds hetzelfde over het nut van aanvullend onderzoek. Het belangrijkste argument om aanvullend onderzoek niet aan te bevelen lijkt te zijn dat wetenschappelijk bewijs voor de waarde van dergelijk onderzoek bij een beoordeling van arbeidsongeschiktheid ontbreekt,

omdat daar geen onderzoeksresultaten over bekend zijn. Omdat dat niet alleen voor ME/CVS het geval is, maar ook voor de meeste andere aandoeningen, zou deze redenering dus betekenen dat aanvullend onderzoek in het kader van de claimbeoordeling vrijwel nooit zinvol zou zijn.

Echter, het stellen van de voorwaarde dat onderzoeksmethoden alleen gebruikt mogen worden wanneer de waarde daarvan voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wetenschappelijk bewezen is zou verzekeringsartsen vrijwel alle instrumenten uit handen slaan. In de praktijk moeten ze roeien met de riemen die ze hebben. Gezien de aanbevelingen in de verzekeringsgeneeskundige standaarden en de mening van meerdere deskundigen zou aanvullend onderzoek niet bij voorbaat als zinloos uitgesloten moeten worden. Daarbij kan, zoals deskundige Wind stelt met betrekking tot FCE-methoden, geen enkele methode als allesbepalend gebruikt worden. (15) Mits bij de interpretatie voldoende oog is voor de beperkingen van het betreffende onderzoek, kan aanvullend onderzoek wel degelijk gegevens opleveren die bij een uitgebreide afweging betrokken kunnen worden. Ook onderzoeksmethoden die hun waarde (nog) niet hebben bewezen in het kader van claimbeoordeling bij arbeidsongeschiktheid, maar wel bij diagnostiek en behandeling, kunnen dan voor de beoordeling relevante gegevens opleveren. (16)

Met het bovenstaande is niet betoogd dat aanvullend onderzoek in deze casus per definitie nodig of wenselijk zou zijn. Maar wanneer de verzekeringsarts, ook na het verzamelen van aanvullende informatie op basis van waarnemingen van derden, nog steeds onvoldoende gegevens heeft om een uitgebreide afweging te maken, zou hij kunnen overwegen om een aanvullend onderzoek te laten doen.

Het toetsen van de plausibiliteit door de genoemde uitgebreide afweging van gegevens, zo nodig mede op basis van aanvullend onderzoek, zou in een dergelijke casus tot een ander oordeel kunnen leiden. In ieder geval zou het kunnen leiden tot een meer inzichtelijke argumentatie. Beide zouden de discrepantie tussen de visie van betrokkene en de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen kunnen verminderen.

Bronnen en noten

- (1) Medische rapportage in bezwaarprocedure, november 2011 (bijgevoegd)
- (2) Medisch onderzoeksverslag, maart 2011 (bijgevoegd)
- (3) Medisch onderzoeksverslag, mei 2011 (bijgevoegd)
- (4) Kritische Functionele Mogelijkheden Lijst, mei 2012 (bijgevoegd)
- (5) Aanvullende gronden Bezwaar (1), september 2011 (bijgevoegd)
- (6) Aanvullende gronden Bezwaar (2), september 2011 (bijgevoegd)
- (7) Dekkers et al. A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *JRM* (2010); 42(6): 544-52
- (8) Zie onder andere: '*Werk nog geen werkelijkheid*', onderzoek in opdracht van twintig cliënten- en patiëntenorganisaties naar bevindingen van arbeidsongeschikten met re-integratie, BPV&W / AanZ, april 2007
- (9) Verzekeringsgeneeskundige protocollen. Chronische- vermoeidheidssyndroom. Gezondheidsraad. Den Haag 2007.
- (10) Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten. Nota van toelichting. Staatsblad 2000 307
- (11) Onderzoeksmethoden. Standaard. Lisv. Amsterdam 2000
- (12) Verminderde arbeidsduur. Standaard Lisv. Amsterdam 2000
- (13) Carruthers et al. Myalgic Encephalomyelitis – Adult & Paediatric: International Consensus Primer for Medical Practitioners. 2012. ISBN 978-0-9739335-3-6
- (14) Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). CBO 2013
- (15) Jansen Y, Koolhaas M, de Meijer G, van Oortmarssen AJ. Het protocol CVS in de praktijk. Ervaringen van ME/CVS-patiënten met de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Eindverslag van het project Protocol in Praktijk. Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. 2011
- (16) Zie ook: Kok R, Hoving JL, Verbeek J, Schaafsma FG, van Dijk FJH. Integrating evidence in disability evaluation by social insurance physicians. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37(6):494–501. doi:10.5271/sjweh.3165