

Thematische gevalsbeschrijving NZ03A

Heteroanamnese partner bij nierziekte en depressieve en cognitieve klachten

Versie voor MENU 01-05-2014

Trefwoorden

Cognitieve beperkingen

Comorbiditeit

Depressie

Gbm

Heteroanamnese

Nierschade

Vermoeidheid

Protocol Chronische nierschade

Vignet

In hoeverre maakt de verzekeringsarts bij de beoordeling gebruik van de informatie die de echtgenote verstrekt en is wat kan de invloed daarvan op zijn oordeelsvorming?

Door geen gebruik te maken van de informatie van de partner van betrokkene is in deze casus relevante informatie over de lichamelijke en, vooral, de emotionele en cognitieve klachten en beperkingen van betrokkene gemist. Wanneer deze informatie was meegewogen had dat tot nader onderzoek, een betere argumentatie en mogelijk een ander oordeel kunnen leiden. Mogelijk had daardoor een bezwaarprocedure voorkomen kunnen worden of in bezwaar tot meer aandacht voor cognitieve beperkingen kunnen leiden.

Samenvatting gegevens uit rapportages en interviews met betrokkene

Situatie bij beoordeling

Het betreft een beoordeling (december 2011) van een 59-jarige man met nierschade en fysieke en psychische comorbiditeit in het kader van de aanvraag

van een WIA-uitkering en een daarop volgende beoordeling in het kader van een bezwaarprocedure.

Voorgeschiedenis

Betrokkene, afkomstig uit Suriname en sinds 1975 in Nederland, heeft tot eind 2009 als postsorteerder gewerkt. Zijn contract werd niet verlengd en hij kreeg een WW-uitkering. Hij is al jarenlang onder medische controle vanwege een matige nierfunctie, te hoge bloeddruk en cholesterol en diabetes type 2. Bij een bezoek aan zijn internist krijgt hij te horen dat de nierfunctie van beide nieren van 45% naar 20% is gezakt. De internist adviseert hem om aan familie te vragen om een donornier omdat er een transplantatiewachtlijst van vier jaar is. Na dit bericht is betrokkene ingestort. Kort daarna meldt hij zich, in maart 2010, ziek vanuit de WW vanwege fysieke en psychische klachten. Hij is snel moe, heeft dagelijks last van hoofd- en andere pijnen en een grieperig gevoel. Belangrijker vindt hij dat hij depressief is, slaapproblemen heeft en suïcidale gedachten. Daardoor kan hij niet werken. Hij is snel geïrriteerd en reageert zich af op zijn kinderen. (1)

Zijn behandelend internist-nefroloog heeft hem verteld dat een transplantatie met een nier van een levende donor de meest ideale behandeling is. "Indien deze niet voorhanden is zal hij voorbereid worden voor dialyse".(6) Betrokkene heeft nooit aan zijn nefroloog gevraagd aan welke nierziekte hij lijdt. Zijn moeder is in 1960 overleden nadat haar nieren tijdens een zwangerschap niet meer functioneerden. Zijn vader is op 58-jarige leeftijd overleden aan een nierziekte. Zijn oom kreeg nierinsufficiëntie als gevolg van diabetes en is in 2001 overleden.(9)

Betrokkene heeft tevergeefs aan zijn broer en zus gevraagd of zij een nier aan hem wilden afstaan. Zijn toekomstbeeld is ingestort. Hij heeft een depressieve stoornis. Hij slaapt slecht, is 's nachts vaak wakker en piekert dan over zijn gezondheid. Hij is overdag moe en moet twee tot drie keer per dag een tot twee uur bijslapen.

Betrokkene heeft weinig vertrouwen in de westerse geneeskunde en is bang voor dialyse. Daarom is hij twee weken in India geweest voor consultatie van een ayurvedische arts. Op diens advies gaat hij proberen twee jaar een streng dieet te volgen. Volgens deze arts kan dit tot verbetering van de nierfunctie leiden. Hij

gaat, op advies van de verzekeringsarts, eens per twee tot drie weken naar een psychiater. Dat doet hem goed.(1)

De verzekeringsarts ZW-Arbo oordeelt dat de belastbaarheid van betrokkene beperkt is op het gebied van fysieke inspanning, duur- en piekbelastingen, persoonlijk en sociaal functioneren. Door zijn beperkte energie is er sprake van een urenbeperking in verband met "de slechte nierfunctie en het extra uren moeten slapen overdag." De ZW-Arboarts concludeert dat betrokkene niet geschikt is voor eigen werk en momenteel ook niet voor re-integratie naar passend werk. "Ik accepteer dat hij zijn energie naast durende depressie en zeer beperkte <15% nierfunctie steekt in het proberen te volgen van een dieet, met mogelijkheid tot verbetering van de nierfunctie, beter functioneren."(1)

Onderzoek en oordeel primaire verzekeringsarts

Betrokkene verschijnt samen met zijn echtgenote op het spreekuur van de verzekeringsarts.(5,9) De verzekeringsarts rapporteert dat het onderzoek bestaat uit bestudering van de dossiergegevens en een beoordelingsgesprek met betrokkene. Hij vermeldt de aanwezigheid van de echtgenote niet. Hij rapporteert onder andere: "Claimklachten en ervaren belemmeringen: Betrokkene kan niet werken omdat hij slecht slaapt en daardoor wakker wordt als een wrak". Over de huidige klachten en functioneren noteert de arts onder andere: "Heeft ook malende gedachten over zijn ziekten, zijn toekomst, hoe het verder met zijn kinderen moet, waardoor hij slecht slaapt." "Betrokkene heeft een geringe inspanningstolerantie. Kan zich max. 2 uur inspannen en dan móet hij slapen. Kan 1 km lopen, max. Zware fysieke inspanning is niet mogelijk." "Er wordt per 24 uur zo'n 15 uur in bed doorgebracht." "Hobby was fietsen, gaat niet meer. Komt 1 x d.d. buiten." Psychisch onderzoek: "cliënt reageert op adequate wijze. Ten aanzien van aandacht, concentratie en overige cognitieve functies zijn geen bijzonderheden waarneembaar. Tijdens het gesprek zijn er geen aanwijzingen voor psychopathologie en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. De gedachtegang is niet vertraagd, en inhoudelijk consistent."

In zijn beschouwing stelt de arts dat de claim van betrokkene dat hij geheel niet belastbaar is niet gevolgd kan worden. "Uit de anamnese komt naar voren dat betrokkene een geringe inspanningstolerantie heeft, maar ook dat hij wel tot fysieke activiteit in staat is. Er worden geen cognitieve beperkingen naar voren

gebracht." "De geringe inspanningstolerantie is plausibel en verklaarbaar door het onderliggende lijden, te weten DM [diabetes mellitus] en een preterminale nierinsufficiëntie." "Betrokkene is aangewezen op fysiek niet inspannend werk, dus beperkingen ten aanzien van lopen, tillen/dragen, zware lasten hanteren, etc." "Vanwege het risico op hypo's is er een beperking in verhoogd persoonlijk risico. Vanwege de DM moeten onregelmatige diensten vermeden worden." De verzekeringsarts verwacht dat op lange termijn de medische situatie wezenlijk zal verbeteren en de functionele mogelijkheden wezenlijk zullen toenemen. Hij schrijft dat hij met cliënt de relevante onderdelen van de beschouwing, conclusie en planning heeft besproken en dat deze zich daarin kon vinden.

Conclusie: "Er is sprake van verminderde benutbare mogelijkheden als rechtstreeks gevolg van ziekte of gebrek. Hierdoor is cliënt aangewezen op werkzaamheden conform de opgestelde functionele mogelijkhedenlijst. Cliënt kan deze mogelijkheden duurzaam benutten."(2) Wat betreft werktijden legt de verzekeringsarts in de functionele mogelijkhedenlijst vast dat betrokkene 4 uur per dag, 20 uur per week overdag en/of 's avonds kan werken.(3) Betrokkene wordt voor minder dan 35% arbeidsongeschikt verklaard en krijgt geen WIA-uitkering.(4)

Aanvullende informatie van betrokkene en diens echtgenote

Betrokkene vertelt dat de primaire verzekeringsarts te kennen gaf het niet eens te zijn met de mening van de ZW-Arboarts dat hij te ziek is voor re-integratie. Zowel betrokkene al zijn echtgenote konden zich niet vinden in deze visie van de verzekeringsarts.(9)

De echtgenote van betrokkene vertelt dat de verzekeringsarts bij aanvang van de keuring alleen haar man een hand heeft gegeven. Daarom dacht zij eerst dat hij haar misschien niet had gezien. In de spreekkamer heeft zij zich alsnog voorgesteld. Tijdens het gesprek richtte de verzekeringsarts zich alleen tot haar man en negeerde haar. Zij vertelde dat haar man heel summier over zijn nierziekte en psychische problematiek sprak. Omdat zij weet dat haar man vaak dingen verzwijgt als het om zijn ziekte gaat, nam zij het gesprek over. Zij vertelde aan de verzekeringsarts hoe zij heeft gezien dat haar man de laatste twee jaar steeds zieker is geworden. Hij is altijd een actieve man geweest, die zich nu te ziek voelt om arbeid te verrichten. Veel van de familieleden weten niet dat hij nierpatiënt is, hij wil hier niet over praten. Zijn broer en zus weten het

wel, maar wilden geen donor voor hem zijn. Zij zag dat haar man doordat hij geen donor kan vinden depressief is geworden en doodsangsten heeft gekregen. Zij vertelde dat zijn gedrag vanaf dat moment is veranderd. Hij is agressiever en wordt sneller boos op haar en hun dochters. Sinds hij onder behandeling van een psychiater is ziet zij een lichte verbetering in zijn gedrag. Zij vertelde de verzekeringsarts ook dat haar man zich moeilijk kan concentreren, waardoor hij nauwelijks nog de krant leest en op TV alleen nog naar het nieuws kijkt. Ook kan hij zich dingen die zij of zijn dochters hem verteld hebben vaak niet meer herinneren. Verder is hij trager geworden in zijn handelen. Zo nu en dan gaat hij mee om boodschappen met haar te doen, maar hierna is hij volledig uitgeput. Zij geeft hem heel veel steun, maar hij ziet dat niet. Zij vertelde de verzekeringsarts ook dat zij bang is haar man te zullen verliezen als er geen verbetering in zijn lichamelijke situatie optreedt. Hij heeft haar als donor afgewezen omdat zij met hepatitis C besmet blijkt te zijn. Zelf is zij inmiddels ook depressief geworden door zijn nierziekte en verlies van haar baan.

Omdat zij het gevoel kreeg dat de verzekeringsarts haar verhaal niet geloofde vroeg zij hem om medische informatie op te vragen bij de internist-nefroloog en psychiater van haar man. Haar man steunde dit verzoek. Naar aanleiding van haar informatie stelde de verzekeringsarts volgens haar geen enkele vraag aan haar man. Ze vertelt dat ze toen een machteloos gebaar heeft gemaakt en dat zij en haar man er verder het zwijgen toe deden. Na afloop van de keuring was zij erg emotioneel en boos.(9)

Visie betrokkene op resultaat beoordeling.

Betrokkene is het niet eens met de beslissing, daarom tekent hij bezwaar aan. Zijn gemachtigde stelt dat betrokkene meer beperkingen heeft dan is vastgesteld in de functionele mogelijkhedenlijst. Hij wijst op de discrepantie tussen de bevindingen van de verzekeringsarts bij de WIA-beoordeling en de verzekeringsarts bij de ziektewetbeoordeling. Hij stelt dat bij de WIA-beoordeling nauwelijks aandacht is besteed is aan de dagelijks ervaren moeheid als gevolg van de nierinsufficiëntie en aan de psychische problematiek, die eveneens voor vermoeidheid zorgt, in het geheel niet. "De heer en mevrouw [...] voelen zich geenszins serieus genomen." Als voorbeeld daarvan noemt hij dat in de rapportage de aanwezigheid van de echtgenote niet wordt vermeld. Hij schrijft verder dat de verzekeringsarts "meldt dat geen cognitieve beperkingen naar

voren zijn gebracht, terwijl dit door mevrouw juist werd benadrukt en uitgelegd aan de hand van hun beider dagelijkse ervaringen en klachten." En ondanks het feit dat zij en haar man daarom hebben gevraagd is geen medische informatie bij de behandelende sector opgevraagd.(5)

Onderzoek en oordeel bezwaarverzekeringsarts

Het onderzoek van de bezwaarverzekeringsarts bestaat uit dossierstudie en de hoorzitting. Hij rapporteert: "Cliënt heeft nog steeds moeite de diagnose te accepteren, zijn coping is inadequaat." "Overigens gaat de nierfunctie verder achteruit, zijn klaring is nu nog 12. Hij heeft uiteraard al langer een indicatie voor dialyse maar hij houdt het zelf af. Hij is in ieder geval nu wel overtuigd van de noodzaak van een shunt, waarvoor de operatie gepland staat." "Betrokkene maakt tijdens de hoorzitting een sombere indruk."

De bezwaarverzekeringsarts stelt de diagnoses: Terminale nierinsufficiëntie (U600), Diabetes mellitus type 2 (E602) en Aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken (P 6129).

"Beoordeling in bezwaar leidt tot de volgende afweging. In de primaire rapportage wordt wel vermeld dat cliënt onder behandeling is van een psychiater, er is echter niet op doorgevraagd en in de FML is er amper naar verwezen. Dit kan als een tekortkoming worden gekwalificeerd en resulteert in enige toevoegingen in persoonlijk en sociaal functioneren. Belangrijker is evenwel zijn terminale nierinsufficiëntie die thans met een klaring van 12 ml/min een indicatie vormt voor dialyse....." Rekening houdende met de benodigde tijd voor dialyse "resteert in werktijden in theorie een restcapaciteit van 2 x 4 uur per week, waarbij moet worden opgemerkt dat, zolang cliënt geen dialyse ondergaat er feitelijk een situatie van geen benutbare mogelijkheden bestaat op grond van sterk wisselende mogelijkheden bij een infauste levensprognose op een termijn van een jaar. Aangezien een eventuele transplantatie niet in de afweging van de duurzaamheid mag worden betrokken is verbetering uitgesloten."

"Conclusie: Er zijn medische argumenten om af te wijken van het primaire oordeel."(7)

De bezwaarverzekeringsarts vult de functionele mogelijkhedenlijst aan met beperkingen op het gebied van persoonlijk functioneren ("cliënt is aangewezen op werk zonder veelvuldige deadlines of productiepieken" en "waarin geen hoog

handelingstempo is vereist”), sociaal functioneren (“brengt anderen in verwarring door onduidelijke, onvoorspelbare of onconventionele wijze van gevoelsuitingen”) en werktijden (“kan gemiddeld ongeveer 10 uur per week werken. Toelichting: 8 uur per week”).(10)

Resultaat beoordeling na bezwaar

Het bezwaar is gegrond verklaard. Betrokkene heeft recht op een volledige IVA-uitkering op grond van een arbeidsongeschiktheid van 80-100%.(8)

COMMENTAAR

Aan de hand van deze casus gaan we in op de rol van de partner van betrokkene bij de beoordeling. Wij richten ons daarbij op de vraag in hoeverre de verzekeringsarts bij de beoordeling gebruikt maakt van de informatie die de echtgenote verstrekt (heteroanamnese) en wat de invloed daarvan op zijn oordeelsvorming is.

Wanneer betrokkene zelf niet alle relevante informatie in een beoordelingsgesprek adequaat naar voren brengt kan een meegekomen partner daarbij een belangrijke rol spelen. Volgens het *Verzekeringsgeneeskundige Protocol Chronische Nierschade* moet de verzekeringsarts, behalve naar de directe gevolgen van de nierschade, ook vragen naar symptomen van relevante comorbiditeit en de beperkingen die daaruit voortvloeien. Hij moet de mededelingen van de cliënt beoordelen op hun plausibiliteit en consistentie.(11) De echtgenote van betrokkene zegt dat ze de verzekeringsarts heeft verteld dat haar man niet over zijn nierziekte wil praten. Naar aanleiding hiervan, en mogelijk ook naar aanleiding van signalen van betrokkene zelf, had de arts er rekening mee moeten houden dat de inlichtingen van betrokkene over zijn klachten niet volledig waren. Dit had een reden kunnen zijn om informatie in te winnen bij derden. Een tweede reden daarvoor is het feit dat de verzekeringsarts met betrokkene van mening verschilt over zijn mogelijkheden om te werken. “Als de mogelijkheden van cliënt niet voldoende duidelijk worden op grond van de meegeleverde stukken en/of het beoordelingsgesprek en/of als de verzekeringsarts en cliënt de mogelijkheden verschillend inschatten, dan overweegt de verzekeringsarts informatie in te winnen bij derden.”(11). Eén van die derden is de echtgenote van betrokkene. De *Standaard*

onderzoeksmethoden noemt de partner als een van de personen die informatie kunnen geven over het 'actueel en mogelijk functioneren in de thuis- en de leer- en/of werksituatie'. Het doel van het inwinnen van die informatie is om de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt mede in beeld te brengen en te beoordelen. "De verzekeringsarts toetst de mededelingen van de cliënt aan informatie die hij van deze derden krijgt, stelt zijn beeldvorming zo nodig bij."(12)

Uit de aanvullende informatie bij deze casus komt naar voren dat de echtgenote van betrokkene tijdens het gesprek van de primaire verzekeringsarts met haar man het woord neemt omdat zij vindt dat haar man onvoldoende vertelt hoe zijn situatie is. Zij probeert de verzekeringsarts duidelijk te maken wat de lichamelijke en psychische (emotionele en cognitieve) klachten van haar man zijn, hoe ernstig deze zijn en wat de gevolgen daarvan zijn voor zijn functioneren. Omdat zij daarbij emotioneel wordt en bang is dat de arts vindt dat zij overdrijft vraagt zij hem informatie op te vragen bij de nefroloog en de psychiater van haar man.

Volgens de aanvullende informatie reageert de primaire verzekeringsarts niet op de echtgenote. In zijn rapportage staat niets over de inbreng van de echtgenote. Er zijn geen aanwijzingen dat hij naar aanleiding van die inbreng zijn beeld heeft bijgesteld en haar informatie bij zijn oordeelsvorming heeft betrokken. Hij stelt haar en haar man geen aanvullende vragen naar aanleiding van die informatie. Ook gaat hij niet in op het verzoek om informatie op te vragen bij de behandelaars van haar man. De primaire verzekeringsarts stelt een functionele mogelijkhedenlijst (FML) op zonder beperkingen op cognitief en emotioneel gebied. Ook stelt hij dat betrokkene 20 uur per week kan werken. Hij beargumenteert niet waarom hij op deze punten afwijkt van wat betrokkene en zijn echtgenote naar voren brengen. Waaraan heeft hij bijvoorbeeld de overtuiging van betrokkene dat hij helemaal niet kan werken getoetst? En kan hij, uitsluitend op basis van zijn waarnemingen in een gesprek, stellen dat er geen sprake is van psychopathologie of cognitieve beperkingen? Hij vermeldt dat cliënt zich kon vinden in de relevante onderdelen van beschouwing, conclusie en planning die hij met cliënt heeft besproken. Maar cliënt en diens echtgenote ontkennen dit.

Na onderzoek concludeert de bezwaarverzekeringsarts dat er sprake is van een situatie van geen benutbare mogelijkheden, die vanwege de onzekerheid van een transplantatie als duurzaam moet worden beschouwd. Desondanks heeft hij een FML vastgesteld. Daarin wordt, anders dan bij de primaire beoordeling, wel enigszins rekening gehouden met de depressieve stoornis en wordt de arbeidsduur aangepast aan de tijd die nodig is voor dialyse. Maar ook de bezwaarverzekeringsarts neemt geen cognitieve beperkingen aan. Hij besteedt in zijn beschouwing ook geen aandacht aan deze claimklacht. De vermelding van dergelijke klachten door de betrokkene en diens echtgenote had tot nader onderzoek en nadere afweging moeten leiden. Zeker in het licht van het *Verzekeringsgeneeskundige Protocol Chronische Nierschade*, volgens welke chronisch nierlijden gepaard kan gaan met beperkingen "in het concentreren, het verdelen van aandacht en het herinneren. Het protocol stelt verder: "Problemen met de planning kunnen het doelmatig handelen beperken. In de predialysefase hangt de mate van cognitief disfunctioneren samen met de ernst van de chronische nierschade."(11)

Conclusie

Heteroanamnese, in de vorm van luisteren naar de spontane opmerkingen van de partner van betrokkene en haar zo nodig nader ondervragen, had in deze casus aanvullende informatie kunnen opleveren over de lichamelijke en psychische klachten en beperkingen van betrokkene. Wanneer deze informatie door de primaire verzekeringsarts was meegewogen had dat tot nader onderzoek, een betere argumentatie en mogelijk een ander oordeel kunnen leiden, met name over de ernst van de energetische beperkingen, de cognitieve klachten en de gevolgen van de depressieve klachten. Deze informatie had bij kunnen dragen aan de toetsing van de plausibiliteit van het standpunt van betrokkene dat hij niet in staat is te werken. Bij twijfel over de verkregen informatie van de echtgenote had de verzekeringsarts informatie kunnen opvragen bij andere derden, waaronder de behandelaars. Voorwaarde is wel dat betrokkene toestemming geeft om de informatie van zijn echtgenote en andere derden op te vragen en te gebruiken.

Bronnen

- (1) Rapportages verzekeringsarts ZW-Arbo april 2010 - mei 2011 (bijlage 1)
- (2) Medisch onderzoeksverslag december 2011 (bijlage 2)
- (3) Kritische FML, december 2011
- (4) Beslissing op aanvraag WIA-uitkering, januari 2012
- (5) Bezwaarschrift en aanvullende gronden bezwaar, februari en maart 2012
- (6) Brief internist-nefroloog, juni 2010
- (7) Medische rapportage in bezwaarschriftprocedure, mei 2012 (bijlage 3)
- (8) Beslissing op bezwaar, mei 2012
- (9) Verklaringen betrokkenen en diens echtgenote in interviews, december 2012 en januari 2013 (bijlage 4)
- (10) Kritische FML, februari 2012
- (11) Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische Nierschade
- (12) Standaard onderzoeksgegevens LISV