
Het Chronisch vermoeidheidssyndroom

De beoordeling door verzekeringsartsen



Inspectie Werk en Inkomen
*Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid*

Het Chronisch vermoeidheidssyndroom

De beoordeling door verzekeringsartsen

Colofon

Programma	Inkomenszekerheid
Nummer	R 10/08, november 2010
ISSN	1383-8733
ISBN	978-90-5079-239-4

Voorwoord

Op verzoek van de minister heeft de inspectie een onderzoek gedaan naar de claimbeoordeling CVS door verzekeringsartsen.

De inspectie bedankt UWV, de patiëntenorganisaties en derden deskundigen voor hun betrokkenheid en medewerking bij het onderzoek.

De inspectie stelt vast dat deze claimbeoordeling wordt uitgevoerd in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving. De inspectie heeft ook vastgesteld dat de beoordeling een bandbreedte heeft. De inspectie vindt het van belang dat over deze bandbreedte wordt gesproken en is verheugd dat alle betrokken partijen zich bereid hebben verklaard aan deze discussie te willen bijdragen.

mr. J.A. van den Bos
inspecteur-generaal
Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Inhoud

Colofon—2

1 Inleiding—7

- 1.1 Aanleiding—7
- 1.2 Doelstelling—7
- 1.3 Onderzoeksvragen—7
- 1.4 Onderzoeksaanpak—8
- 1.5 Leeswijzer—9

2 Bevindingen onderzoek IWI—11

- 2.1 Hoeveel claimbeoordelingen CVS zijn er per jaar—11
- 2.2 Wat zijn de resultaten van de claimbeoordeling—12
- 2.3 Welke regels / standaarden zijn van toepassing bij de claimbeoordeling—14
- 2.4 Stand van zaken bij de voorgenomen herziening van het protocol CVS en de mediprudentie over CVS—15
 - 2.4.1 Herziening protocol CVS—15
 - 2.4.2 Mediprudentie—16
- 2.5 Stand van zaken ten aanzien van de toegezegde acties door UWV—16
- 2.6 Kwaliteitsborging—18
 - 2.6.1 Opleidingen—18
 - 2.6.2 Aanvullende instructie—18
 - 2.6.3 Terugkoppeling bezwaarzaken—19
 - 2.6.4 Intercollegiale toetsing en vakoverleg—19
 - 2.6.5 Dossiersteekproeven—19
- 2.7 Inhoud claimbeoordeling—20
 - 2.7.1 Houding verzekeringsartsen ten opzichte van CVS—20
 - 2.7.2 Verzekeringsartsen over het protocol CVS—20
 - 2.7.3 Bevindingen cliënten op claimbeoordeling CVS—21
 - 2.7.4 Toepassing protocol CVS—23
 - 2.7.5 Verschillen in de claimbeoordeling per vestiging—26
 - 2.7.6 Heronderzoek—27
 - 2.7.7 Algemene kwaliteit medische claimbeoordeling—27

3 Conclusies—29

4 Reacties UWV, patiëntenorganisaties en nawoord IWI—33

- Bijlage 1: Ontwikkelingen van 1994 tot heden—35
- Bijlage 2: Regels en standaarden van toepassing bij de claimbeoordeling—39
- Bijlage 3: Het proces van de medische claimbeoordeling—43
- Bijlage 4: Aandachtspunten dossieronderzoek—45
- Bijlage 5: Literatuur—47
- Bijlage 6: Geraadpleegde deskundigen—49
- Bijlage 7: Reacties UWV, NVVG en patiëntenorganisaties—51

Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen—71

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft de inspectie naar aanleiding van zijn toezeggingen aan de Kamer tijdens het Algemeen Overleg van 17 maart 2010 bij brief van 2 april 2010 gevraagd een onderzoek uit te voeren.

Op 2 april 2010 heeft de minister aan de Kamer het volgende meegedeeld:
'Ik heb de IWI intussen gevraagd zorgvuldig onderzoek te doen naar deze materie. De onderzoeksvraag luidt: 'Op welke wijze vindt de beoordeling door de verzekeringsartsen bij de diagnose ME/CVS plaats en hoe wordt toepassing gegeven aan het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS?' ...
Mevrouw Ortega-Martijn (ChristenUnie) heeft mij in het overleg gevraagd of bij het IWI-onderzoek de vraag wordt meegenomen of de huisarts of specialist er bij betrokken is. Mijn antwoord op deze vraag is, dat de IWI in het onderzoek ook zal kijken welke informatie hierover in het protocol is opgenomen'.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is de minister inzicht te bieden in de wijze waarop de claimbeoordeling CVS door het UWV wordt uitgevoerd. Dit stelt de minister in staat om zo nodig maatregelen te nemen om de uitvoering van de claimbeoordeling CVS bij te stellen en de Kamer te informeren.

1.3 Onderzoeksvragen

Vanuit deze doelstelling heeft de inspectie zijn onderzoeksvragen opgesteld. De vraag van de minister naar de toepassing van het protocol CVS is door IWI verruimd naar de vraag naar de uitvoering van toepasselijke regels en standaarden, omdat bij de claimbeoordeling ME/CVS meer regels van toepassing zijn dan alleen het protocol CVS.

Centrale vragen

Op welke wijze vindt de claimbeoordeling door verzekeringsartsen bij de diagnose CVS plaats en hoe worden de hierop van toepassing zijnde regels en standaarden in de praktijk uitgevoerd?

Deelvragen:

Inventariserend

- Hoeveel claimbeoordelingen ME/CVS zijn er per jaar?
- Wat zijn de resultaten van de claimbeoordeling?
- Welke regels / standaarden zijn van toepassing bij de claimbeoordeling?
- Wat is de stand van zaken bij de voorgenomen herziening van het protocol CVS en de mediprudentie over CVS?
- Wat is de stand van zaken ten aanzien van de toegezegde acties door UWV?
- Welke (kwaliteits)borging is er vanuit de uitvoering op het claimbeoordelingsproces?

Inhoud claimbeoordeling

- Hoe worden de van toepassing zijnde regels/standaarden uitgevoerd, met bijzondere aandacht voor twee onderdelen: de vaststelling van functionele mogelijkheden en het inwinnen van medische informatie bij de behandelend artsen?
- Zijn er verschillen in de claimbeoordeling per vestiging?
- Indien er verschillen zijn in de uitvoering -tussen locaties/artsen- van de claimbeoordeling, met welke factoren hangt dit samen?
- Hoe beoordelen cliënten de claimbeoordeling?

1.4 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode mei tot en met begin augustus 2010. Het onderzoek heeft vanwege de vraagstelling van de minister alleen betrekking op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. De arbeidsdeskundige beoordeling is buiten beschouwing gelaten. IWI geeft een generaliseerbaar beeld door gebruik te maken van uiteenlopende bronnen en door de bevindingen voor de verschillende onderzochte cases in onderlinge samenhang te beschouwen.

Vooronderzoek

Het onderzoek is gestart met een oriëntatiefase, waarin IWI gesprekken heeft gevoerd met de ter zake deskundige medewerkers van het ministerie, medewerkers van het UWV, de belangenorganisaties van patiënten, de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en deskundigen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van het protocol CVS. Specifiek met betrekking tot opleidingen heeft IWI gesproken met een aantal deskundigen vanuit de opleidingsinstituten en UWV. Tijdens deze gesprekken heeft IWI informatie verzameld over het te onderzoeken onderwerp. IWI deed daarnaast deskresearch en maakte gebruik van diverse bronnen zoals onder andere het NVVG-rapport van maart 2010 aangaande de actualisering van het protocol CVS en materiaal dat door de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (verder de Steungroep) werd aangereikt.

Om een beeld te krijgen hoe cliënten de afhandeling van de claimbeoordeling CVS waarderen, is door IWI voor de 516 cliënten die in de periode 2007 tot en met 2009 zijn gekeurd voor de Wia of de Wajong, nagegaan of zij klachten hebben ingediend bij het UWV, of zij bezwaar hebben aangetekend tegen de primaire beschikking, of zij in beroep zijn gegaan tegen de beschikking in bewaar en of zij hoger beroep hebben aangetekend tegen de uitspraak van de rechtbank.

Om de vraag te beantwoorden hoe de van toepassing zijnde regels en standaarden worden uitgevoerd, heeft IWI mede gebruik gemaakt van een audit door UWV naar de claimbeoordeling CVS. Daarnaast heeft UWV op verzoek van IWI een audit uitgevoerd naar dossiers met de diagnosecode voor malaise en vermoeidheid (A102) om te achterhalen of het voorkomt, dat achter deze code in werkelijkheid een geval van CVS schuilgaat.

Veldonderzoek

IWI heeft onderzoek uitgevoerd bij vier van de in totaal 27 vestigingen van UWV. Op deze vestigingen deed IWI per vestiging twee dagen veldonderzoek (dossieronderzoek en interviews). De selectie voor de vestigingen is gebaseerd op een verscheidenheidsselectie. IWI heeft uit alle UWV vestigingen een selectie genomen, waarvan te verwachten is dat relevante kenmerken in verschillende mate vertegenwoordigd zijn. De selectiecriteria voor het bepalen van de vier te onderzoeken vestigingen zijn:

- Een procentueel laag aantal bezwaar en beroepszaken bij claimbeoordelingen CVS (twee vestigingen);
- Een procentueel hoog aantal bezwaar en beroepszaken bij claimbeoordelingen CVS (twee vestigingen).
- Minimaal 12 beoordelingen over een periode van 3 jaar.

Interviews met professionals

IWI heeft bij die vier vestigingen circa 30 semi-gestructureerde interviews gehouden met primaire verzekeringsartsen, bezwaarverzekeringsartsen, stafverzekeringsartsen, senior bezwaarverzekeringsartsen en management, met als doel om inzicht te krijgen in het handelen van (bezwaar)verzekeringsartsen bij claimbeoordelingen ME/CVS. Daarbij is doorgaans ook ingegaan op de door IWI bestudeerde dossiers en de resultaten uit de telefonische enquêtes met cliënten.

Dossieronderzoek

IWI heeft per geselecteerde vestiging vier dossiers ingezien waarbij de claimbeoordeling CVS in 2008 of 2009 heeft plaatsgevonden. De dossiers zijn doorgenomen aan de hand van een checklist met als doel om mede op basis hiervan inzicht te krijgen in het proces en de uitvoering van de claimbeoordeling.¹ IWI heeft verder gebruik gemaakt van informatie en medische onderzoeksverslagen die via de patiëntenorganisaties zijn aangereikt. Deze dossiers zijn door de inspectie nader beoordeeld en geanalyseerd.

Telefonische interviews met cliënten

IWI heeft met 16 cliënten telefonisch semi-gestructureerde interviews gehouden over hun bevindingen met en oordelen over de medische claimbeoordeling CVS.

Hoor en wederhoor

De beperkte onderzoeksperiode heeft er verder toe geleid dat er anders dan voor IWI gebruikelijk geen afzonderlijke nota van bevindingen is opgesteld. In plaats daarvan heeft IWI de voorlopige bevindingen aan diverse belangstellenden gepresenteerd en de gelegenheid gegeven daarop te reageren.

De bevindingen van IWI over de vestigingen van UWV zijn in een mondeling eindgesprek en door middel van een verslag per vestiging teruggekoppeld. UWV heeft deze verslagen kunnen commentariëren. Waar toepasselijk is dit commentaar verwerkt.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van het rapport is als volgt. Na de inleiding volgt in hoofdstuk twee de bevindingen van het onderzoek van de inspectie. Dit hoofdstuk gaat in op de geformuleerde deelvragen: de aantallen en resultaten van de claimbeoordeling CVS, de kwaliteitsborging van UWV en de bevindingen over de uitvoering en de inhoud van de claimbeoordeling. Het rapport sluit af met conclusies, een korte weergave van de reacties van UWV, NVVG en de patiëntenorganisaties op de concept rapportage en een nawoord van IWI.

De bijlagen bevatten onder meer informatie over het proces van de claimbeoordeling, toepasselijke ontwikkelingen, het juridisch kader en de integrale teksten van de reacties op de concept rapportage.

¹ IWI selecteerde dossiers waarvan de behandelend (bezwaar)verzekeringsartsen tijdens het vestigingsbezoek door IWI beschikbaar waren voor interviews. IWI maakte geen inhoudelijke voorselectie van de te onderzoeken dossiers.

2 Bevindingen onderzoek IWI

2.1 Hoeveel claimbeoordelingen CVS zijn er per jaar

Betrouwbare epidemiologische gegevens over CVS zijn schaars. De waargenomen prevalentie hangt onder andere af van de toegepaste definitie, de gebruikte onderzoeksmethode en de onderzochte populatie.² De in buitenlands onderzoek gevonden prevalenties in de algemene populatie liggen meestal tussen de 225 en 425 gevallen per 100 000 mensen. In Nederland zijn er vermoedelijk tussen de 30 000 en 40 000 patiënten met CVS. Deze cijfers zijn gebaseerd op extrapolaties van onderzoek onder huisartsen. De schattingen van de incidentie in Nederland lopen uiteen van 2900 tot 9800 nieuwe gevallen per jaar.

Het protocol CVS schrijft voor dat CVS volgens de diagnosecoderingssystematiek moet worden gecodeerd onder N690. Het onderzoek naar de claimbeoordelingen CVS is daarom gebaseerd op het UWV bestand uitgevoerde (eerste) claimbeoordelingen Wia en Wajong, waarbij aan de claimbeoordeling de hoofd of de neven diagnosecode N690 is toegekend. UWV heeft daarnaast separaat informatie over herbeoordelingen verstrekt. Claimbeoordelingen ZW zijn buiten beschouwing gelaten.

Volgens de opgave van UWV zijn in 2009 voor de WAJONG 81 claimbeoordelingen CVS uitgevoerd en voor de WIA 129. UWV heeft circa 700 verzekeringsartsen in dienst. Gegeven de aantallen kan worden geconcludeerd dat de kans dat een verzekeringsarts een CVS beoordeling in een jaar uitvoert beperkt is.

Andere coderingen

De bestanden die zijn gebruikt bij dit onderzoek en bij het onderzoek zijn gebaseerd op de diagnosecode N690. Ook de door UWV uitgevoerde audit is op deze diagnosecode gebaseerd. Bij nadere bestudering van de dossiers bleken in de steekproef enkele dossiers toch een andere codering te hebben en/of bleek er inhoudelijk weliswaar een samenhang met CVS te zijn maar geen sprake van een 'zuivere' CVS-situatie (bijvoorbeeld andere hoofddiagnoses).

Zowel op basis van de interviews als op grond van bevindingen van onder andere de Gezondheidsraad kan worden aangenomen dat de codering niet sluitend is. Ook andere codes zoals A102 ('Moeheid') of P609 ('Overige somatoforme stoornissen') komen voor. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat men 'fout' codeert. Er zijn immers ook andere verklaringen, zoals classificatieperikelen of het feit dat de verzekeringsarts tot een andere diagnose komt dan de behandelende sector. Daarnaast kan de diagnose N690 ook als tweede, derde of vierde diagnose worden genoteerd.

Bij de interviews door IWI geven de verzekeringsartsen aan CVS in principe onder N690 te coderen. Als structureel CVS-gevallen onder een andere codering worden weggeschreven, zou er een vertekend beeld kunnen ontstaan als IWI alleen naar de code N690 zou kijken. Om een indruk te krijgen ten aanzien van de vraag of UWV structureel andere coderingen gebruikt bij CVS en of daardoor duidelijke vertekeningen ontstaan, heeft UWV op verzoek van IWI een nader onderzoek ingesteld naar de diagnosecode A102. De resultaten van dit onderzoek zijn:

- het komt inderdaad voor, dat achter de code A102 een CVS 'schuilgaat';

² De prevalentie van een aandoening is het aantal gevallen per duizend of per honderdduizend op een specifiek moment in de bevolking.

- in de audit door UWV trof men dit aan in 12 van de 60 A102-dossiers (20 procent);
- er blijkt uitsluitend sprake van andere diagnose coderingen, niet van gemiste CVS-diagnoses;
- de kwaliteit van de gevalsbehandeling is over deze gehele steekproef niet anders dan bij andere kwaliteitsonderzoeken; bij alle gevallen met een 'verborgen' CVS werd de kwaliteit door UWV als 'voldoende' aangeduid.

UWV maakt bij de uitkomsten van het eigen onderzoek de volgende kanttekeningen:

- De coderingssystematiek is verwarrend;
- Er worden geen CVS-gevallen 'weggeschoven' onder de diagnose A102 (met de veronderstelde bedoeling om dan het protocol CVS niet toe te hoeven passen).
- UWV wijst op paragraaf 3.4. (in het bijzonder 3.4.3.) van het advies CVS van de Gezondheidsraad uit 2005 waarin de classificatieperikelen rond CVS worden benoemd en geïllustreerd. Het rapport van de Gezondheidsraad gaat in deze paragraaf in op de intrinsieke problemen bij het classificeren van onverklaarde syndromen en op de verschillende opvattingen ten aanzien van de achtergrond en oorsprong (bijvoorbeeld neurologisch of psychologisch) van CVS.

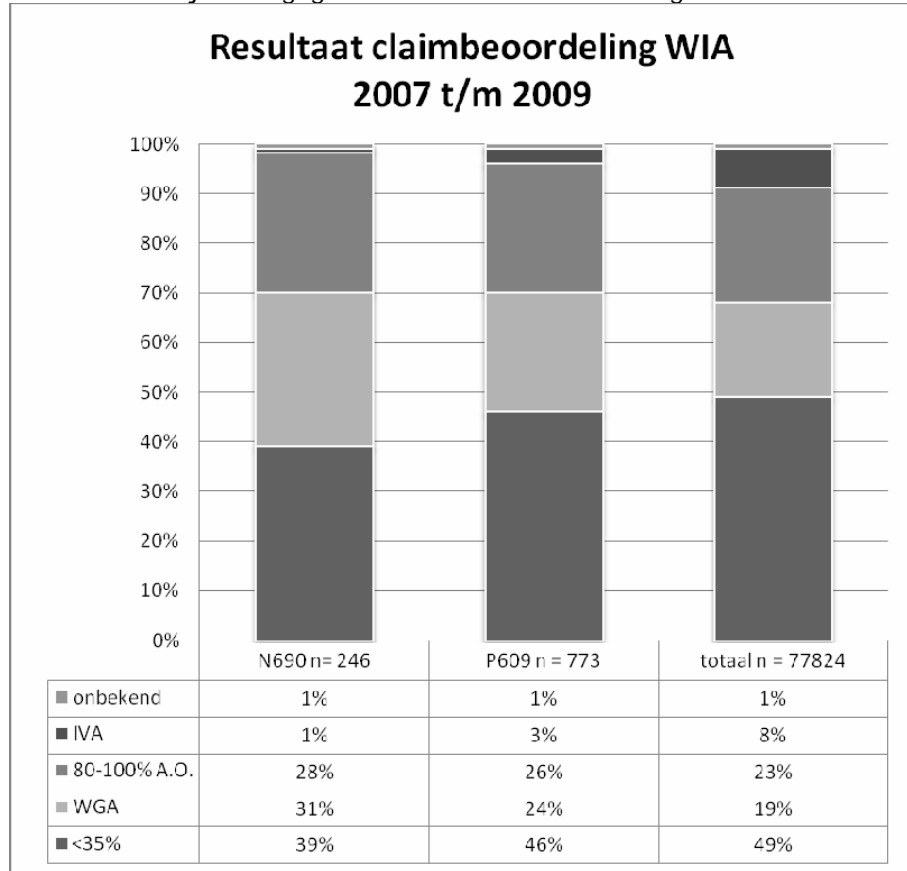
IWI heeft geen aanwijzingen gevonden – op basis van de gesprekken en dossiers – dat er bewust CVS gevallen worden weggeschoven naar een andere code. Ook de omgekeerde situatie dat niet-CVS gevallen op CVS code zijn gecodeerd komt voor. IWI heeft geen separaat (dossier)onderzoek uitgevoerd om vast te stellen of er in die situatie sprake is van een andere beoordeling.

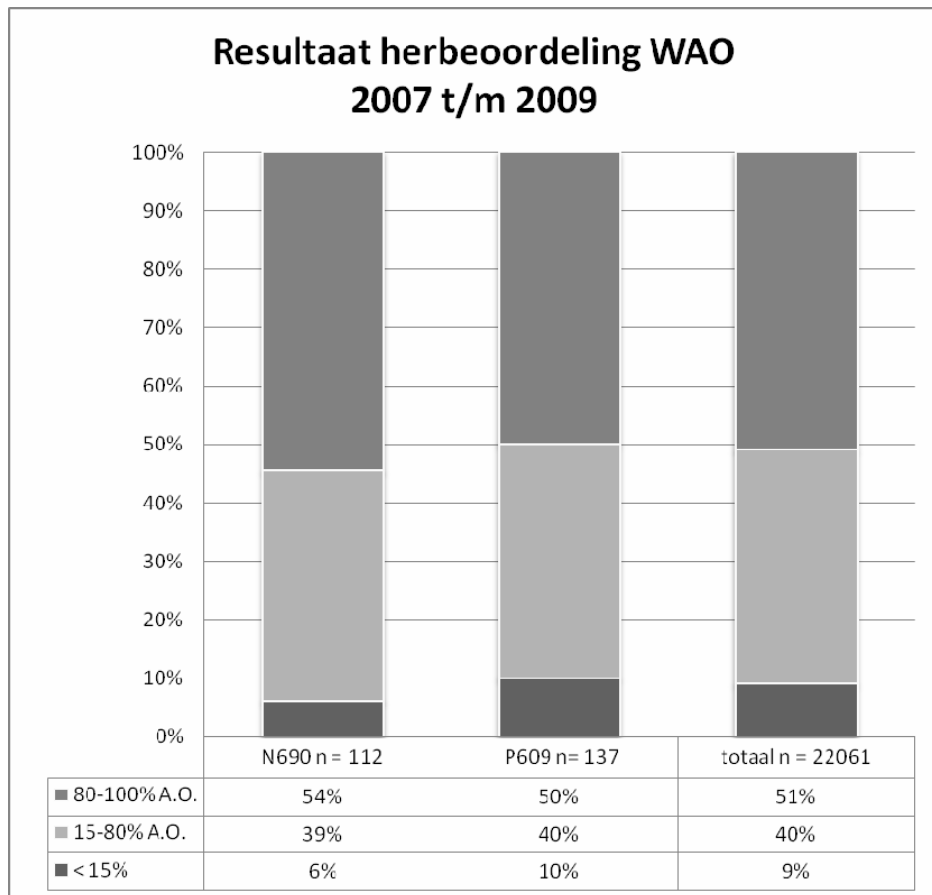
2.2 Wat zijn de resultaten van de claimbeoordeling

Bij de claimbeoordeling wordt het arbeids(on)geschiktheidspercentage vastgesteld. Om inzicht te geven in de resultaten van de claimbeoordeling heeft IWI het bestand dat gebruikt is bij de audit UWV over de jaren 2007, 2008 en 2009 uitgesplitst naar vier arbeidsongeschiktheidsklassen voor de Wia en drie arbeidsongeschiktheidsklassen voor de herbeoordelingen WAO.

Daarnaast heeft IWI onderzocht of de resultaten van de claimbeoordelingen met code N690 vergelijkbaar zijn met resultaten van de claimbeoordelingen met een andere diagnosecode. Hiervoor heeft IWI voor dezelfde periode het bestand van claimbeoordelingen Wia en herbeoordeling WAO met code P 609 (Overige somatoforme stoornissen) vergeleken. De vergelijking met P 609 en niet met A 102 is gemaakt omdat uit de audit van UWV alleen de resultaten van P609 bekend zijn. Volgens heeft IWI de resultaten van de claimbeoordelingen met code N690 vergeleken met het totaal van claimbeoordelingen Wia en herbeoordelingen WAO in de periode 2007 t/m half 2009.

De resultaten zijn weergegeven in de onderstaande diagrammen.





Percentage afwijzingen claimbeoordelingen CVS

In 2008 is het protocol CVS ingevoerd. Om te bepalen of deze invoering het resultaat van de claimbeoordeling beïnvloedt, heeft IWI voor de Wia en Wajong het percentage afwijzingen (< 35%) per jaar berekend. Onderstaande tabel laat zien dat er voor invoering van het protocol procentueel meer afwijzingen hebben plaatsgevonden dan na invoering van het protocol. Ook is het aantal beoordelingen sterk gestegen.

Jaar ³	Wia			WAJONG		
	Aantal	Afwijzing	Percentage	Aantal	Afwijzing	Percentage
2007	79	39	49%	55	7	13%
2008	120	32	27%	52	6	12%
2009	129	49	38%	81	5	6%

2.3

Welke regels / standaarden zijn van toepassing bij de claimbeoordeling

Voor de toepassing van de verschillende wettelijke arbeidsongeschiktheidsregelingen (WAO, Wia, WAZ en Wajong) is de kernvraag die beantwoord moet worden of, en in hoeverre een zieke werknemer of zelfstandige, of een jonggehandicapte arbeidsongeschikt is. De algemene definitie van het arbeidsongeschiktheids criterium is vastgelegd in de artikelen 18 van de WAO, artikelen 4 en 5 van de Wia, artikel 2 van de Waz en artikel 2 van de Wajong: de arbeidsongeschiktheid moet rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen het gevolg zijn van ziekte, gebrek, zwangerschap of

³ Het aantal claimbeoordelingen wijkt af van het aantal dat opgenomen is in de tabel omdat de periode van het audit onderzoek UUV niet gelijk loopt met de periode van het IWI onderzoek.

bevalling. Tevens wordt in deze artikelen de mogelijkheid geopend om ter uitvoering van deze artikelen nadere en zonodig afwijkende regels te stellen.

In het nieuwe Schattingsbesluit (Stb. 2000, 307) zijn nadere regels gesteld en is onder meer een codificatie van de al bestaande Lisv standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM) uit 1996 en de Lisv richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (Maoc).

De verzekeringsartsen hebben bij claimbeoordeling CVS naast de arbeidsongeschiktheidswetten vooral te maken met het Schattingsbesluit en het protocol CVS. Het protocol CVS is opgesteld door de Gezondheidsraad, heeft een wettelijke basis en is op 1 januari 2008 in werking getreden. Het behandelt in deel A het onderzoek van de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft en in deel B de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts te vervullen heeft. Het protocol CVS is bedoeld als hulpmiddel voor verzekeringsartsen bij de claimbeoordeling. De Centrale Raad van Beroep heeft bevestigd dat het protocol geen checklist is, waarvan alle punten bij de claimbeoordeling aan de orde moeten komen. Overigens is ook in het protocol CVS zelf vermeld dat er gemotiveerd van kan worden afgeweken.

Een uitgebreide beschrijving van de geldende regelgeving is opgenomen in bijlage 2 van dit rapport.

2.4 Stand van zaken bij de voorgenomen herziening van het protocol CVS en de mediprudentie over CVS

2.4.1 Herziening protocol CVS

In 2007 is door de Gezondheidsraad het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS opgesteld. Het protocol CVS is als Ministeriële Regeling bij het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten met ingang van 1 januari 2008 verplicht gesteld voor de beoordeling in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten (zie voor inhoud en achtergrond van dit protocol en het Schattingsbesluit bijlage 2).

De NVVG, ondersteund door het ministerie van SZW, heeft een project 'actualisering protocol Chronische vermoeidheidssyndroom' uitgevoerd (eind 2009 - begin 2010).

De aanleiding voor dit onderzoek bestond uit signalen vanuit de uitvoering (verzekeringsartsen) en van cliënten. Diverse verzekeringsartsen gaven aan dat het protocol CVS op onderdelen onwerkbaar was of zelfs in strijd met bestaande wet en regelgeving en jurisprudentie. Cliënten vonden sommige onderdelen van het protocol CVS eenzijdig. Verder gaven cliënten aan dat het protocol soms niet of verkeerd werd toegepast.

Het NVVG-onderzoek maakte zichtbaar dat er onder verzekeringsartsen duidelijke verschillen bestaan over enkele professionele uitgangspunten bij de toepassing van het protocol CVS.

Daarbij constateert de NNVG dat er niet zoveel debat wordt gevoerd, maar overwegend stellingen worden ingebracht. Soms ervaren verzekeringsartsen bij het doen van de beoordeling een gevoel van machteloosheid. Het protocol CVS bevat volgens hen een aantal onevenwichtige formuleringen.

Het rapport eindigt met de aanbevelingen om het protocol te actualiseren (in samenwerking met de komende multidisciplinaire richtlijn) en duidelijk te maken in welke mate het protocol de beoordelingen wel en niet kan ondersteunen. Verder wordt aanbevolen om de mogelijkheden te onderzoeken om de communicatie tussen arts en cliënt te verbeteren. Begin september 2010 was nog niet bekend welke vervolgstappen worden genomen.

Een meer uitgebreide beschouwing over de herziening van het protocol is opgenomen in bijlage 1.

2.4.2 *Mediprudentie*

In het NVVG rapport 'actualisering protocol CVS' wordt aangegeven dat de controverse in de verzekeringsgeneeskundige uitgangspunten ten aanzien van de beoordeling van CVS, mede geslecht kan worden op basis van mediprudentie en de discussie hierover. Het begrip mediprudentie is voortgekomen uit het 3B-advies van de Gezondheidsraad (2005). Op het 3B-advies volgde het Gezondheidsraadadvies 'Verzekeringsgeneeskundige Mediprudentie' in 2006. In dit advies werd het begrip mediprudentie nader uitgewerkt. Mediprudentie richt zich op alle casuïstiek en dus niet alleen op CVS of andere moeilijk objectiveerbare aandoeningen.

Mediprudentie is een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages. In feite gaat het om een vorm van medische casuïstiek die eerst en vooral tot doel heeft de consensusvorming te bevorderen, in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep, over wat in concrete, individuele gevallen een *juiste beoordeling* is. De adviezen over Mediprudentie werden door de NVVG nader uitgewerkt. Hierover verscheen het rapport 'Mediprudentie in de startblokken' in 2009.

Binnen UWV beschouwt men de ontwikkeling van mediprudentie als essentieel onderdeel van het kwaliteitssysteem. Op jaarbasis is binnen UWV per verzekeringsarts 20 uur voor onderlinge toetsing en 20 uur voor casuïstiekbesprekingen genormeerd. Mediprudentie moet binnen deze context worden ontwikkeld. Op dit moment is als norm gesteld dat iedere onderlinge toetsingsgroep (OT-groep) op jaarbasis één casus mediprudentie aanlevert. Op diverse plaatsen binnen UWV zijn mediprudentie-groepen bezig. Uitvoerende verzekeringsartsen dragen rapportages aan voor bespreking, completering en becommentariëring. In de periode 2009 tot mei 2010 werden 42 mediprudentie casussen uitgewerkt. Hiervan betroffen zes een CVS casus.

In de praktijk is het een zoektocht om tot mediprudentie te komen. Dit bleek ook bij de eerdere vingeroefeningen door de Gezondheidsraad.

2.5 **Stand van zaken ten aanzien van de toegezegde acties door UWV**

UWV heeft op basis van een brief van 8 maart 2010 van de minister aan de Kamer twee toezeggingen gedaan: het verzorgen van nadere instructie over de toepassing van het protocol CVS en het hebben van overleg met ontevreden cliënten van met name één vestiging van UWV. In de audit van UWV naar de toepassing van het protocol CVS is verder de aanbeveling gedaan om de toepassing van het protocol meer herkenbaar te maken in de verzekeringsgeneeskundige rapportages.

Uit recente jurisprudentie werd duidelijk dat er (bezwaar)verzekeringsartsen zijn die het protocol CVS niet volgen (onder meer RSV 2009, 220, Rechtbank Almelo, 08 /

1279 d.d. 9-2-2010). In deze jurisprudentie zijn de beslissingen van UWV vanwege een motiveringsgebrek vernietigd en is bepaald dat UWV met inachtneming van de overwegingen van de rechtbank nieuwe beslissingen moet nemen. De centrale staf van UWV heeft langs diverse lijnen de verzekeringsartsen aangegeven dat het protocol CVS moet worden gevolgd. In het onderzoek van de inspectie zijn management, stafverzekeringsartsen, bezwaarverzekeringsartsen en primaire verzekeringsartsen op dit punt bevraagd. Uit de gesprekken met de diverse functionarissen, uit agenda's van overlegvergaderingen en uit divers mailverkeer is duidelijk geworden dat vanuit de centrale staf van UWV expliciet aandacht is gevraagd voor de CVS-problematiek. De centrale staf van UWV heeft ook een leidraad met instructies opgesteld (zie 2.6.2)

Ten aanzien van de ontevreden cliënten van één kantoor heeft de Steungroep een aantal voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. UWV heeft daar de klachten aan gehoord. In het verlengde van de laatste bijeenkomst is een mediation-procedure in gang gezet. Via de Steungroep hadden acht cliënten een klacht ingediend en daarbij om mediation verzocht. Deze cliënten hebben de gelegenheid gekregen, ook als de gevalsbehandeling was afgerond en soms een bezwaar- en beroepsprocedure was doorlopen, deel te nemen aan een mediationtraject met externe mediators. Dit heeft geresulteerd in acht casussen over de periode van 2002 tot heden. Dit mediationtraject, waarbij medewerkers van de Steungroep zijn betrokken als gemachtigde van de cliënten, is in twee casussen nog gaande. Voor vier cliënten heeft het geleid tot een nieuwe beoordeling. In één geval leidde deze van geen uitkering naar een WAO-uitkering op basis van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid in twee gevallen van geen uitkering naar een uitkering op basis van volledige arbeidsongeschiktheid (Wajong en WAO) en in één geval van een uitkering op basis van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid naar een uitkering op basis van volledige arbeidsongeschiktheid (WIA). De overige twee verzoeken tot mediation zijn ingetrokken. Door de ene cliënt omdat het haar te lang duurde, en zij liever door wilde gaan met een beroepsprocedure. De andere cliënt heeft zijn verzoek ingetrokken omdat de betreffende verzekeringsarts niet meer bij UWV werkzaam is.

Naast de individuele mediationtrajecten vindt ook regelmatig algemeen overleg plaats tussen de Steungroep en de regio-stafverzekeringsarts en de manager Sociaal Medische Zaken van het betreffende kantoor en het Hoofd Mediation van UWV. Afsproken is om de mediations na afloop gezamenlijk te evalueren.

De aanbeveling uit de eerder genoemde audit van UWV dat de toepassing van het protocol meer herkenbaar wordt gemaakt in de medische rapportages zal volgens de medisch adviseur van UWV door de hieronder genoemde ontwikkelingen niet worden opgevolgd. Mede ingegeven door het afnemende aantal beschikbare verzekeringsartsen en de langer benodigde tijd voor de inhoudelijke beoordeling wordt in het kader van SMZ Nieuw van UWV een nieuwe wijze van rapporteren ontwikkeld. De nieuwe werkwijze beoogt de administratieve lastendruk ten aanzien van het rapporteren door verzekeringsartsen te verminderen. UWV wil het medisch onderzoeksverslag beperken tot de essentie van de beoordeling. Uitgebreider rapporteren (door expliciet te refereren aan de diverse protocollen) sluit niet aan op deze benadering.

2.6 Kwaliteitsborging

2.6.1 Opleidingen

Basisopleiding: De specifieke protocollen komen hier niet aan bod. UWV is momenteel bezig de basisopleiding te vernieuwen om een omslag te maken naar competententiegericht opleiden. Die omslag is nog niet uitgekristalliseerd.

Beroepsopleiding verzekeringsartsen: in de beroepsopleiding staat het CVS niet op zich, maar wordt in de groep "moeilijk objectiveerbare klachten" (MOK) besproken. Dit omdat dat volgens de opleider, de 'Netherlands School of Public & Occupational Health' (NSPOH), meer aansluit bij de complexiteit van deze kwesties. Er wordt één dag besteed aan moeilijk objectiveerbare klachten met accent op de actualiteit. Op dit moment gaat dat om diagnoses als: whiplash en CVS met verwijzing naar de protocollen.

Voor de huidige groepen is één dagdeel 'cliëntenperspectief' ingevoegd.

Scholing protocol CVS door UWV: de opleiding is op een zogenaamde getrapte wijze aangepakt. Dit houdt in dat eerst aan een groep stafverzekeringsartsen een opleiding gegeven is. Nadien hebben deze stafverzekeringsartsen op de diverse kantoren de opleiding verzorgd voor de daar werkzame verzekeringsartsen.

De verzekeringsartsen hebben een bewijs van deelname gekregen als zij alle drie onderdelen van de nascholing hebben gevolgd. De opleiding heeft nog geen expliciete follow-up of actualisering gehad.

Verder is ME/ CVS in 2009 zijdelings aan de orde gekomen in een mini symposium over kanker. Het verband met ME/ CVS was de op individueel niveau moeilijk vast te stellen verschillen in vermoeidheid. Aan dit symposium hebben ongeveer 50 van de 700 verzekeringsartsen van UWV deelgenomen.

De onderzoeksbevindingen ten aanzien van de (kennis van) toepasselijke wetten, regels, richtlijnen en standaarden zijn op alle door IWI onderzochte vestigingen gelijklopend. De verzekeringsartsen zijn allen inhoudelijk op de hoogte van de toepasselijke regels en standaarden.

Expliciet is getoetst hoe de scholing in de toepassing van het protocol CVS is verlopen en of de artsen op het betreffende kantoor (allen) aan deze scholing hebben deelgenomen. Dit is zonder uitzondering het geval .

Diverse geïnterviewde verzekeringsartsen gaven aan dat zij bij het beoordelen van cliënten met CVS nadrukkelijk wel het protocol CVS benutten. Men ziet het protocol als hulpmiddel, handreiking, overzicht of als beschrijving van de stand van zaken in de wetenschap. In bezwaarprocedures zeggen de bezwaarverzekeringsartsen het protocol richter te benutten. Doorgaans is duidelijk waar het bezwaar zich op richt en wordt het protocol erbij gepakt om dit te toetsen.

2.6.2 Aanvullende instructie

Op één specifiek kantoor is bij een bijeenkomst op 21 mei 2008 door de medisch adviseur UWV gesproken over het protocol CVS omdat de verzekeringsartsen binnen dat kantoor de toepassing van het protocol ter discussie stelden.

Naar aanleiding van dit gesprek zijn de volgende conclusies getrokken. Deze zullen de leidraad zijn voor het hanteren van het protocol CVS door de artsen op dat kantoor.

- 1 Het protocol CVS wordt niet afgewezen. Er wordt niet uitgedragen dat het protocol niet gevolgd wordt.
- 2 Het Schattingsbesluit en de jurisprudentie (uitspraken CRvB) zijn en blijven leidend bij de beoordelingen, ook bij CVS.
- 3 Bij het volgen van het protocol kan er - meer dan nu in het protocol gesuggereerd wordt – beargumenteerd afgeweken worden. De eigen bevindingen van de arts spelen hierbij een belangrijke rol.
- 4 Het blijft de eigen verantwoordelijkheid/ autonomie van de arts hoe om te gaan met het protocol.
- 5 Een herziening van het protocol op korte termijn is gewenst met daarbij aandacht voor activerend beleid in de periode van arbeidsongeschiktheid in de eerste twee jaar om adequater de re-integratie-inspanningen te kunnen toetsen.

Deze leidraad is ook op de andere vestigingen van UWV verspreid.

2.6.3 Terugkoppeling bezwaarzaken

De bevindingen uit bezwaar worden op 3 niveaus teruggekoppeld naar het primaire proces: op individueel niveau, een kopie van het rapport van de bezwaarverzekeringsarts gaat naar de verzekeringsarts, al dan niet begeleid met een notitie. Als de verzekeringsarts het niet eens is met de bezwaarverzekeringsarts wordt dit op staf (senior) niveau besproken. Op sommige locaties worden de bevindingen in bezwaar op een geaggregeerd niveau in kaart gebracht.

2.6.4 Intercollegiale toetsing en vakoverleg

Op jaarbasis is binnen UWV 20 uur per verzekeringsarts voor onderlinge toetsing en 20 uur voor casuïstiekbesprekingen genormeerd. De bezwaarverzekeringsartsen sluiten voor intercollegiale toetsingen en vakoverleggen aan bij de primaire verzekeringsartsen. Ook casuïstiekbesprekingen zijn gemengd. In de informatiebulletins 'BijBlijven' van UWV wordt onder andere aandacht gevraagd voor de omgang met protocollen. Deze bulletins worden door UWV als verplichte vakliteratuur voor de beoordelende professionals beschouwd.

2.6.5 Dossiersteekproeven

Per vestiging worden aselechte steekproeven getrokken uit alle claimbeoordelingen. De stafverzekeringsarts van de vestiging controleert de getrokken dossiers. De stafverzekeringsarts vult overigens aselekt per individuele verzekeringsarts de steekproef aan om een representatief oordeel over de kwaliteit van de rapportages te kunnen geven.

Bij de controles en de review worden checklists gebruikt. De checklists met beoordelingsaspecten worden in het KwaliteitsRegistratieSysteem (KRS) ingevuld, door de centrale én de perifere staf. Elk dossier wordt getoetst op de algehele kwaliteit van de gevalbehandeling; dat betekent dat beoordeeld wordt of uit de rapportage blijkt dat volgens "the state of the art" gehandeld is, of er gebruik gemaakt is van de meest recente inzichten betreffende de diverse stoornissen. Daarbij wordt door de perifere en centrale staf gekeken of inzichten uit de standaarden, protocollen en richtlijnen bekend zijn en gebruikt worden bij de beoordeling.

In het voorjaar van 2010 zijn voor het incidenteel monitoren van het gebruik van het gedachtegoed van de diverse specifieke protocollen (waaronder het protocol CVS) "kwaliteitsindicatoren protocollen" ontwikkeld. Hierin worden een aantal belangrijke aspecten per protocol benoemd, zodat duidelijk wordt welk aspect van het protocol niet bekend lijkt bij de beoordeelde verzekeringsarts in een specifieke casus. Er wordt niet getoetst of het protocol (of het stramien) expliciet genoemd of gevolgd is.

De resultaten van de controles en de review worden één op één teruggekoppeld naar de desbetreffende verzekeringsarts c.q. stafverzekeringsarts. Daarnaast vindt per kwartaal terugkoppeling plaats naar het Districtmanagement en jaarlijks op kwaliteitsdagen ook naar de staf.

Voor bezwaarverzekeringsartsen geldt een vergelijkbare systematiek van dossiercontroles.

2.7 Inhoud claimbeoordeling

2.7.1 Houding verzekeringsartsen ten opzichte van CVS

De artsen zijn gevraagd naar de algemene houding ten opzichte van somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke aandoeningen en CVS in het bijzonder. IWI heeft geen aanwijzingen dat verzekeringsartsen cliënten waarbij de diagnose CVS is gesteld anders beschouwen dan cliënten met andere diagnoses. Het gegeven dat er bij CVS geen gangbaar fysisch-diagnostisch⁴ onderzoekscriterium is op grond waarvan deze diagnose kan worden bevestigd of verworpen, maakt dat verzekeringsartsen de claimbeoordeling bij cliënten met CVS complex vinden.⁵ Niettemin doet de verzekeringsarts een individuele beoordeling en onderzoekt hij of er sprake is van medische beperkingen.

Net zo min als dat bij andere diagnoses het geval is zal de verzekeringsarts bij voorbaat beperkingen aannemen. Ook het omgekeerde, géén beperkingen aannemen als de diagnose CVS is gesteld, is onder verzekeringsartsen geen gangbare opvatting. Uit Nederlands onderzoek in 2003 bleek dat driekwart van de bedrijfs- en verzekeringsartsen CVS als een ziekte of gebrek beschouwde.⁶

2.7.2 Verzekeringsartsen over het protocol CVS

Het protocol CVS is een hulpmiddel voor verzekeringsartsen bij de beoordeling van cliënten met CVS. Vanaf het begin dat dit protocol beschikbaar is, is het omstreden. De verzekeringsartsen die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd, kennen de discussies die rondom het protocol spelen.

⁴ Het totaal van medisch onderzoek (zoals laboratoriumonderzoek, lichamelijk onderzoek, röntgenonderzoek, etc.) wat meetbare resultaten oplevert.

⁵ Overigens geven diverse verzekeringsartsen daarbij ook aan dat er nog vele andere aandoeningen zijn waarbij het moeilijk is de ernst van de beperkingen te bepalen. In dit verband worden ook aandoeningen als angststoornissen of schizofrenie genoemd. De overeenkomst is doorgaans dat er geen exacte maat, norm of parameter is, waarmee de ernst en de gevolgen voor functioneren kan worden bepaald.

⁶ De door IWI geïnterviewde verzekeringsartsen gaven aan dat men in het verleden (doorgaans sprak men over 5-6 jaar gelden) vaker collegae kende die vanwege het (al dan niet vermeende gebrek) aan objectieve stoornissen, moeite hadden met de acceptatie van ME/ CVS als ziekte. Op een enkele vestiging gaf men aan dat deze denklijn vooral onder oud-USZO verzekeringsartsen gangbaar was. Op één vestiging na, herkenden de verzekeringsartsen zich zelf, maar ook hun directe collegae niet in deze denklijn.

Protocol CVS uit balans, maar over het algemeen geen fundamentele kritiek

De interviews bevestigen de bevindingen van de in 2009-2010 uitgevoerde inventarisatie door de NVVG. De kritiek loopt grofweg uiteen van inhoudelijke bezwaren tot opmerkingen van redactionele aard.

Op drie van de vier door IWI onderzochte UWV-vestigingen, is er weliswaar kritiek op het protocol, maar deze kritiek is niet van zwaar inhoudelijke aard. Althans niet in de zin dat men zich niet aan de uitgangspunten van het protocol kan conformeren. Kern van de algemene kritiek is dat het protocol, in de beleving van verzekeringsartsen, sterk de nadruk legt op CVS als ernstig invaliderende ziekte. Daar waar in andere protocollen zoals somatische aandoeningen als borstkanker of COPD (een aandoening van longen en luchtwegen) niet in dergelijke termen wordt gesproken, spreekt het protocol CVS letterlijk van CVS als 'reële en invaliderende aandoening'. Een zinsnede als "... Bij CVS kan sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden, conform de criteria van het Schattingsbesluit..." wordt door de bevraagde verzekeringsartsen niet in andere protocollen teruggevonden. In die zin beschouwt men het protocol CVS als uit balans.

Meer inhoudelijke kritiek op de uitgangspunten in het protocol trof de inspectie aan op één van de onderzochte vestigingen. Hier is de algemene opvatting van de meeste verzekeringsartsen die IWI heeft geïnterviewd, dat het protocol CVS in strijd is met het Schattingsbesluit en de gangbare jurisprudentie. Op deze vestiging wordt het protocol CVS actief en open ter discussie gesteld. Een discussie die ook met de medisch adviseur en de centrale bezwaarverzekeringsarts wordt gevoerd. Kern van de inhoudelijke kritiek is dat het Schattingsbesluit uitgaat van het arbeidsongeschiktheids criterium waarbij het verlies aan verdien capaciteit een 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg' moet zijn van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling. Bij CVS zijn bij gangbaar fysisch-diagnostisch onderzoek geen onderscheidende of specifieke stoornissen te objectiveren die de klachten kunnen verklaren. Men stelt dat hiermee een 'diagnose' overblijft, die slechts gebaseerd is op subjectieve klachten.

Dit is naar het oordeel van deze groep verzekeringsartsen in strijd met het 'objectiveringsbeginsel'. Andere steen des aanstoets is de lijn in het protocol dat bij CVS 'per definitie' sprake is van medische beperkingen. Men refereert hier o.a. aan de zinsnede in onderdeel 6.2 van de toelichting op het protocol: 'Omdat CVS een aandoening is die, *per definitie*, het functioneren ernstig beperkt, is de vaststelling dat inderdaad sprake is van CVS, voor de beoordeling van functionele mogelijkheden van groot belang'.

2.7.3 *Bevindingen cliënten op claimbeoordeling CVS*

Klachten, bezwaar en beroep

Om een beeld te krijgen hoe cliënten de afhandeling van de claimbeoordeling CVS waarderen, is door IWI voor de 516 cliënten die in de periode 2007 tot en met 2009 zijn gekeurd voor de Wia of de Wajong, nagegaan of zij klachten hebben ingediend bij het UWV, of zij bezwaar hebben aangetekend tegen de primaire beschikking, of zij in beroep zijn gegaan tegen de beschikking in bewaar en of zij hoger beroep hebben aangetekend tegen de uitspraak van de rechtbank.

In totaal zijn er 13 klachten geregistreerd. Verder hebben 147 cliënten bezwaar aangetekend (ongeveer 30% van alle cliënten), 35 van deze cliënten zijn in beroep gegaan bij de rechtbank en daarvan hebben 6 cliënten hoger beroep aangetekend.

Er zijn 29 bezwaren gegrond verklaard. De rechtbank heeft in 6 gevallen het beroep gegrond verklaard. In hoger beroep is 1 geval ongegrond verklaard, 1 hoger beroepszaak is ingetrokken en 4 hoger beroepszaken zijn nog onder de rechter. De percentages bezwaar en beroep tussen kantoren verschillen aanzienlijk. Bij de meest kritische kantoren die wij hebben onderzocht, ligt het percentage op 50, terwijl bij de twee andere kantoren we percentages van 5 en 20 aantreffen.

Door de manier van registratie door UWV van klachten en bezwaren is niet op te maken of er bezwaar is gemaakt tegen de toepassing van het protocol. Registratie van bezwaar vindt plaats op basis van de inhoud van het bezwaar en niet op basis van procesmatige omissies. De bezwaren die door het UWV gegrond zijn verklaard hebben over het algemeen betrekking op de volledige dan wel gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid.

Bezwaar en beroep bij CVS vergelijkbaar met het totaal

IWI heeft de percentages bezwaar- en beroepszaken bij claimbeoordeling CVS en de daarbij behorende percentages van gegrond verklaarde zaken vergeleken met de percentages voor alle arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen. Zowel de percentages voor de hoeveelheid als voor het aantal gegrond verklaringen wijken niet substantieel af. Een zelfde beeld geldt voor het aantal klachten.

Telefonische interviews

IWI heeft telefonisch gesprekken gevoerd met 16 cliënten. Dit betreft 14 Wia en 2 Wajong beoordelingen. Van deze 16 cliënten hadden er 5 een afwijzing ontvangen. Van de groep hadden 7 cliënten bezwaar aangetekend en 1 cliënt is in beroep gegaan. Vier van de 7 bezwaarzaken zijn gegrond verklaard. De beroepszaak loopt nog. De aard van de bezwaren is divers.

IWI heeft gevraagd naar: de kennis van de verzekeringsarts over de ziekte ME/CVS, het stellen van de diagnose, de informatievraag bij de behandelende sector, het medisch onderzoek van de verzekeringsarts, de bespreking van de functionele mogelijkheden lijst, de advisering over een behandeling en het ter sprake brengen van het protocol ME/CVS.

Niet elke vraag kon door iedereen beantwoord worden. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat de keuringen geruime tijd geleden zijn uitgevoerd. Daarnaast bleken een aantal begrippen niet voor iedereen duidelijk. Elf cliënten gaven aan dat de artsen over voldoende kennis beschikken over CVS. Nagenoeg alle cliënten hadden diverse artsen geraadpleegd (huisarts, bedrijfsarts en meerdere specialisten). Elf cliënten gaven aan dat men het onderzoek als voldoende had ervaren en voldoende het verhaal had kunnen doen. Veel cliënten konden niet aangeven of de verzekeringsarts aanvullend informatie had ingewonnen. Uit de dossiers bleek dat veel cliënten de informatie hadden meegenomen. Het merendeel van de cliënten gaf aan dat FML was besproken. Door de verzekeringsartsen is nagenoeg niet gesproken over eventuele behandelingen. Dat is verklaarbaar omdat het merendeel van de cliënten al geruime tijd onder behandeling is. Drie cliënten gaven aan dat het protocol CVS door de verzekeringsarts ter sprake is gebracht. Vier cliënten gaven aan dat het onderzoek van de (bezwaar)verzekeringsartsen onvoldoende was en ook onvoldoende hun verhaal konden toelichten.

De inspectie constateert dat in meerderheid de cliënten tevreden zijn, maar dat er grote onderlinge verschillen bestaan. Naast cliënten die heel positief zijn over de claimbeoordeling is er ook een beperkte groep die uitgesproken negatief is.

IWI heeft informatie van de Steungroep ontvangen omtrent de bevindingen van cliënten. De uitkomsten van dit onderzoek worden opgenomen in een nog te publiceren rapport van de Steungroep. In totaal hebben 88 cliënten met de diagnose CVS aan het onderzoek meegedaan.

De resultaten omtrent de kennis van verzekeringsartsen over CVS en de kwaliteit van het medisch onderzoek zijn negatiever dan uit ons onderzoek naar voren komt.

De inspectie heeft geen onderzoek gedaan naar deze verschillen, maar constateert dat de scope en de onderzoeksmethodiek van elkaar afwijken. Door de Steungroep is onder andere gekeken naar de rol van bedrijfsartsen en zijn de beoordelingen vanuit de herbeoordelingsoperatie meegenomen.

2.7.4 *Toepassing protocol CVS*

Onderzoek door de verzekeringsarts (Deel A protocol CVS)

Oriëntatie aanwezige gegevens

In het protocol is in deel A (Onderzoek) allereerst, onder 'Oriëntatie op aanwezige gegevens', een reeks vragen geformuleerd aan de hand waarvan de verzekeringsarts zich een beeld kan vormen van relevante aspecten van de voorgeschiedenis van de werknemer. Niet alle vragen zijn in alle gevallen van even groot belang. De verzekeringsarts zal zich volgens het protocol, afhankelijk van zijn bevindingen, in bepaalde aspecten van de voorgeschiedenis meer of minder verdiepen.

In de onderzochte medische onderzoeksverslagen is doorgaans niet expliciet op de diverse in het protocol CVS geformuleerde vragen ingegaan. Veel vragen zijn blijken de interviews impliciet aan de orde gekomen en impliciet meegewogen in de oordeelsvorming. Daarnaast zijn diverse aspecten bij de toets op het Re-integratieverslag (RIV-toets) aan de orde geweest.⁷

Beoordelingsgesprek en medisch onderzoek

In het beoordelingsgesprek worden het uitgangspunt van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de claim en de argumenten daarvoor, geformuleerd, onderzocht en getoetst. De anamnese (inzicht in de medische voorgeschiedenis) is erop gericht duidelijkheid te krijgen over wat er medisch gezien aan de hand is. Informatie over klachten en functioneringsproblemen is van belang voor zowel beoordeling als diagnostiek. Een diagnose is een noch noodzakelijke, noch voldoende voorwaarde voor een aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het protocol CVS schrijft op dit punt onder andere voor dat de verzekeringsarts door middel van eigen anamnestic onderzoek nagaat of de diagnose CVS op de werknemer van toepassing is.

IWI heeft op drie van de vier vestigingen niet in de onderzochte medisch onderzoeksverslagen kunnen vaststellen dat de verzekeringsarts eigenstandig tot het oordeel kwam dat er sprake is van CVS. Vaak onderschrijft de verzekeringsarts impliciet de in het Poortwachtertraject gestelde diagnose. Men toetst de diagnose niet expliciet aan de hand van de in het protocol CVS opgenomen criteria (de CDC-94 criteria). Noch blijkt uit de dossiers dat men expliciet co-morbiditeit (het tegelijkertijd hebben van twee of meer aandoeningen of stoornissen) onderzoekt of wellicht

⁷ Uit de interviews komt geen eenduidig beeld naar voren ten aanzien van de betrokkenheid van de verzekeringsarts bij de RIV-toets. Als de bedrijfsarts Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden aangeeft en/of bij een vroegde Wia (IVA)-aanvraag is dit doorgaans het geval. De RIV-toets wordt doorgaans primair door de arbeidsdeskundige uitgevoerd. Er kunnen bij de verschillende kantoren verschillende werkwijzen bestaan. Zo wordt er op één van de kantoren gesproken over een gelijktijdige RIV-toets en Wia-claimbeoordeling (althans door de verzekeringsarts). Overigens is de uitvoering van de RIV-toets geen object van onderzoek.

een andere diagnose stelt. Impliciet gebeurt dit wel. Op één vestiging wordt in de onderzochte rapportages echter wel expliciet aan de in het protocol CVS genoemde CDC-94 criteria getoetst en wordt beargumenteerd waarom er al dan niet sprake is van CVS.

Overleg met derden

De meeste dossiers bevatten informatie van behandelaars en informatie van de arbdienst. In sommige gevallen wordt duidelijk dat aanvullende informatie op verzoek van de cliënt of uit nadere informatiebehoefte van de verzekeringsarts, is opgevraagd. Op dit punt is er geen structureel onderscheid tussen de vier onderzochte kantoren.

Uit de interviews met verzekeringsartsen op één kantoor blijkt dat men hier kritischer omgaat met inzichten van (reguliere) behandelaars. Deze verzekeringsartsen stellen –overigens niet ten onrechte– dat de positionering en taakstelling van de verzekeringsarts een andere is dan die van de behandelaar, waardoor de verklaringen vanuit de curatieve hoek minder bruikbaar zijn in een verzekeringsgeneeskundige context. Van de verzekeringsarts moet niet worden verwacht dat deze zijn oordeel louter baseert op de inzichten uit de behandelende sector. De verzekeringsarts komt tot een eigen oordeel.

Tenslotte veronderstelt het protocol CVS regelmatig actief en rechtstreeks overleg met behandelaars.⁸ Hiervan heeft IWI op de vestigingen weinig voorbeelden aangehouden en blijkt uit de interviews dat de verzekeringsarts rechtstreeks overleg meestal niet noodzakelijk acht, om tot een oordeel te komen over de arbeidsgeschiktheid.⁹

Onderzoek door derden

In de onderzochte dossiers kwam niet prominent naar voren dat er structureel expertises of vergelijkbare activiteiten werden uitgevoerd bij cliënten met CVS. Er waren wel voorbeelden waarbij een psychiatrische of psychologische expertise is uitgevoerd. Uit de interviews kwam naar voren dat men in voorkomende gevallen wel eens een expertise laat doen door erkende autoriteiten of specialisten op het gebied van CVS.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling (deel B protocol CVS)

Het protocol CVS beschrijft vier beoordelende taken van de verzekeringsarts:

- De beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis;
- De beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden;
- De beoordeling van het te verwachten beloop;
- De beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

De beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis

In de onderzochte medisch onderzoeksverslagen wordt doorgaans geen expliciet oordeel afgegeven over de sociaal-medische voorgeschiedenis. Men zal dus niet snel in dossiers een oordeel terugvinden over bijvoorbeeld de instandhoudende factoren of de wijze van begeleiden en dergelijke in het voortraject (Poortwachtertraject).

⁸ De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden. Indien de patiënt ten tijde van de beoordeling in behandeling is, overlegt de verzekeringsarts met de behandelaar. Hij informeert naar de aard van de behandeling, de behandeldoelen en het beloop van het behandelproces (onder 4 van onderdeel A van het protocol).

⁹ Los van nut en noodzaak zijn er ook praktische belemmeringen. De beschikbaarheid voor overleg van curatief werkende artsen of behandelaars is vaak beperkt. Ook zijn er curatieve artsen/behandelaars die alleen willen reageren op een schriftelijk verzoek tot informatie. Tot slot zou het plannen en organiseren van rechtstreeks overleg, gegeven de beperkte beschikbaarheid en bereikbaarheid, tot grote vertragingen in het beoordelingsproces leiden.

Hieruit concludeert IWI niet dat de verzekeringsarts zich geen oordeel *vormt*. De rapportage evenwel geeft meer blijk van een registratie van het voorafgaande. Overigens komt dit aspect - de beoordeling van de voorgeschiedenis - primair aan de orde bij de RIV-toets.

De beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden

Uit de interviews blijkt dat de verzekeringsartsen voor het beoordelen van de functionele mogelijkheden veel waarde hechten aan het dagverhaal van de cliënt. In de verzekeringsgeneeskundige rapportages is het dagverhaal doorgaans opgenomen. Uit de onderzochte medisch onderzoeksverslagen wordt meestal niet expliciet duidelijk hoe men nu tot een weging komt, welke argumenten doorslaggevend zijn om de claim van de cliënt te honoreren of af te wijzen. De interviews geven op dit punt meer inzicht. Men zoekt naar interne consistentie. Komt bijvoorbeeld het verhaal van de cliënt overeen met de eigen waarneming van de verzekeringsarts. Passen de gedragingen en handelingen van de cliënt bij de klachten die hij aangeeft.¹⁰

Het protocol CVS benoemt specifieke aandachtspunten bij de beoordeling van functionele mogelijkheden. In de toelichting op het protocol worden deze verder uitgewerkt. In het medisch onderzoeksverslag wordt niet expliciet bij deze aandachtspunten stilgestaan. Anderzijds geldt ook hier, dat, mede op basis van de interviews, veel aspecten indirect en impliciet aan de orde komen tijdens de beoordeling. Veel van de aspecten worden ook 'meegenomen' bij het uiteindelijk opstellen van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Het is niet vereist om het protocol tot op de letter te volgen of om expliciet over de diverse kernaspecten van het protocol te rapporteren.

Zoals eerder aangegeven wordt duidelijk dat er niet een één op één vertaling is te maken van de verzekeringsgeneeskundige rapportage naar de beperkingen die op de FML worden aangegeven. Anderzijds blijkt uit de FML vaak wel dat men stil staat bij de aandachtspunten die het protocol CVS benoemt, of althans beperkingen aangeeft op de in het protocol benoemde domeinen.

De beoordeling van het te verwachten beloop

In het protocol CVS wordt op dit punt ingezoomd op een al dan niet adequate behandeling en cognitieve gedragstherapie (CGT) in het bijzonder. Als in de voorafgaande jaren CGT heeft plaatsgevonden en na twee jaar nog sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid, dan is de prognose niet gunstig. Patiënten die niet of niet adequaat behandeld zijn, hebben bij een adequate behandeling een relatief goede prognose.

Een expliciete afweging van de prognose en het beloop al dan niet in het licht van een adequate behandeling, wordt in de rapportages niet gemaakt. Vaak wordt teruggevallen op een standaardzin, waarin men aangeeft dat nog er nog verandering/verbetering kan optreden.

De beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

In het protocol CVS wordt verondersteld dat -afhankelijk van de voorgeschiedenis- de verzekeringsarts pogingen in het werk stelt om -als dat nog niet is gebeurd- een adequate behandeling in gang te doen zetten. Als het herstel stagneert en/of er nog

¹⁰ Zoekt iemand actief naar behandeling. Is iemand bereid behandeling te ondergaan. Sluit het beeld van het gezinsleven en het sociale leven aan bij de klachten. Vaak ook komen begrippen als 'verlies van autonomie' en 'lijdensdruk' in de interviews naar voren. Er is sprake van verlies van autonomie als een cliënt evident geen mogelijkheden heeft om zijn situatie te beïnvloeden. Bij een cliënt die stelt tot niets te kunnen komen, maar met regelmaat een sportschool bezoekt en voetbalt, lijkt er geen sprake van verlies van autonomie.

behandelopties zijn wordt de verzekeringsarts verondersteld contact te zoeken met behandelaar(s) of begeleiders, zoals de bedrijfsarts en met deze te overleggen over het medisch plan van aanpak. De verzekeringsarts dient een heronderzoek te plannen in lijn met de uitgezette acties en de uitvoering van het medisch plan van aanpak bij een herbeoordeling te evalueren.

Uit de verzekeringsgeneeskundige rapportages en de interviews blijkt dat overleg met behandelaars of bedrijfsartsen over een vervolg(behandeling) o.i.d. –zoals in het protocol CVS wordt verondersteld- in de praktijk vrijwel niet plaatsvindt. Desgevraagd geven de verzekeringsartsen aan dat hier de noodzaak voor hen toe ontbreekt: er zijn doorgaans geen zinvolle (aanvullende) behandelingen beschikbaar of noodzakelijk.

2.7.5 *Verschillen in de claimbeoordeling per vestiging*

Er zijn onder verzekeringsartsen verschillen in professionele opvattingen ten aanzien van bijvoorbeeld de interpretatie van het Schattingsbesluit. Deze verschillen blijken uit de interviews, de verzekeringsgeneeskundige rapportages en diverse andere bronnen, zoals het NVVG-rapport en eerdere onderzoeken. Een minderheid van de verzekeringsartsen wijst CVS als ziekte af; een nog grotere minderheid heeft expliciet andere opvattingen over de toepassing van wet- en regelgeving.

De medische onderzoeksverslagen op één van de kantoren vallen positief op in de volledigheid, de expliciete toets van de diagnose CVS aan de criteria in het protocol CVS en transparantie van de argumentatie. Misschien juist daardoor ontstaat het beeld dat men op deze vestiging andere conclusies verbindt c.q. anders –zo men wil 'strenger'- omgaat met het aannemen van beperkingen. De relatief kritische benadering op juist dit kantoor blijkt ook uit medische onderzoeksverslagen (van overigens diverse kantoren) die IWI via de Steungroep ontving. Het is van belang dat men zich realiseert dat deze constatering niet onomstotelijk tot de conclusie kan leiden dat het uiteindelijke keuringsresultaat (de hoogte van de uitkering) structureel verschilt.¹¹ Dit is niet onderzocht. Het moet dus bij de constatering blijven dat op één van de onderzochte kantoren een opvallende en kritische argumentatie- en redeneertrend is aangetroffen in de dossiers (die overigens strookt met de bevindingen uit de interviews op dit kantoor).

De verzekeringsartsen ter plaatse realiseren zich dat hun benadering van de CVS-problematiek zich onderscheidt van anderen. Men heeft actief de discussie met de centrale staf van UWV gezocht en gevoerd. Door recente jurisprudentie zijn de verzekeringsartsen zich er van bewust dat zij het protocol CVS niet kunnen negeren.

De verzekeringsartsen op deze vestiging stellen dat zij niet alleen kritisch staan ten aanzien van het aannemen van beperkingen bij CVS. Ook bij andere aandoeningen die gepaard gaan met niet goed meetbare klachten, geven de verzekeringsartsen uit deze specifieke regio aan zeer terughoudend te zijn met het aannemen van beperkingen. Dit zou bijvoorbeeld ook gelden voor situaties als 'moeheid na kanker' of 'moeheid na doorgemaakt hartinfarct'. Juist deze kritische houding maakt dat deze verzekeringsartsen er moeite mee om voor CVS naar hun gevoel een uitzondering te maken.

Verschillen in opvattingen of meningen hoeven niet te leiden tot andere beoordelingen of eindresultaten van de keuring, al was het alleen maar omdat bij een claimbe-

¹¹ De claimbeoordeling is hiervoor te complex en kent vele variabelen. Zo kan bijvoorbeeld de inbreng van de arbeidsdeskundige het keuringsresultaat nog wezenlijk beïnvloeden. Ook hoeft een andere professionele opvatting niet per definitie te leiden tot een andere inschatting van de mogelijkheden. Het vergt een breder onderzoekdesign om tot definitieve conclusies te komen over structurele verschillen in keuringsresultaten.

oordeling doorgaans niet alleen een medisch onderzoek, maar ook een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsheeft. Tot slot zij hier opgemerkt dat IWI het onderzoek heeft beperkt tot 4 kantoren. Het is dus niet uitgesloten dat vergelijkbare professionele opvattingen (ten aanzien van CVS) ook op andere kantoren voorkomen.¹²

2.7.6 *Heronderzoek*

In het algemeen hebben heronderzoeken (niet alleen met betrekking tot CVS) in de bedrijfsvoering van UWV geen prioriteit, hetgeen er doorgaans op neer komt dat UWV een heronderzoek inplant op aangeven van de cliënt (de zogenaamde 'vraag-gestuurde herbeoordeling'). Als er een heronderzoek zou plaatshebben, is het geen regel dat dit onderzoek bij dezelfde verzekeringsarts plaatsheeft. De primaire verzekeringsarts verliest dus als regel het zicht op het vervolg.

Overigens wordt in het protocol verondersteld dat het soms noodzakelijk is om een CVS-client meermalen te beoordelen om tot een eindoordeel te komen. In de regel gebeurt dit niet. De verzekeringsartsen geven aan dat de behoefte voor vervolgeboordelingen beperkt is. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat bij een Wia-beoordeling een cliënt inmiddels twee jaar (al dan niet gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is. In de Poortwachterperiode is de situatie doorgaans min of meer uitgekristalliseerd.

2.7.7 *Algemene kwaliteit medische claimbeoordeling*

Een absoluut oordeel over 'de' kwaliteit van de claimbeoordeling (bij CVS) is moeilijk te geven omdat een eenduidig normenkader, waaraan de kwaliteit kan worden gemeten, ontbreekt. UWV spreekt in dit kader over een bandbreedte. De inspectie heeft bij één van de 16 onderzochte dossiers vastgesteld dat de grens van de bandbreedte is overschreden. Daarbij was de argumentatie dat CVS klachten geen aanleiding geven tot het vaststellen van beperkingen aangezien er geen afwijkingen konden worden vastgesteld op basis waarvan deze klachten te verklaren en daarmee plausibel zijn.

In het *Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten* is vastgelegd dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet voldoen aan de vereisten van:

- Toetsbaarheid: onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies moeten schriftelijk worden vastgelegd;
- Reproduceerbaarheid: een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden; en
- Consistentie: de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dienen vrij te zijn van innerlijke tegenspraak.

Toetsbaar, reproduceerbaar, consistent

De rapportages zijn doorgaans beschrijvend van aard. Op zichzelf genomen is doorgaans goed te volgen waaruit het onderzoek van de verzekeringsarts heeft bestaan. Zo beschouwd is de claimbeoordeling reproduceerbaar en toetsbaar. Ten aanzien van de consistentie stelt IWI soms vraagtekens bij de prognose die wordt afgegeven. Niet zelden zijn er blijkens de rapportage jarenlang forse beperkingen in het functioneren, terwijl dan toch wordt gesteld dat 'wezenlijke verbetering in de loop van een jaar te verwachten zijn'. Ten aanzien van de vier verzekeringsgeneeskun-

¹² Later werd door de Steungroep een vergelijkbaar dossier van een andere vestiging aangereikt. Deze vestiging maakte geen deel uit van het IWI onderzoek.

dige beoordelingstaken rapporteert men niet expliciet. Impliciet is dat vaak, op basis van interviews, wel te reconstrueren.

Argumentatie

De argumentatie waarop de verzekeringsarts zich baseert, waaróm hij tot een bepaald oordeel komt, waaróm hij bepaalde beperkingen aannemelijk acht, wordt zelden expliciet in de rapportage uitgewerkt. Als alleen de rapportages worden bekeken, neemt de verzekeringsarts vaak een stelling of standpunt in, zonder dit scherp te onderbouwen of te beargumenteren. De relatie tussen de bevindingen en conclusies in de rapportage enerzijds en anderzijds de beperkingen die al dan niet worden aangenomen in de FML is doorgaans niet expliciet uitgewerkt.¹³ Uit aanvullende interviews overigens blijkt doorgaans dat de argumenten er wel zijn. Zo beschouwd blijkt uit het medisch onderzoeksverslag slechts een deel van het geheel.

Op één kantoor worden in de verzekeringsgeneeskundige rapportages verder uitgewerkte, vaak met medische en juridische argumenten doorspekte betogen gevonden.

¹³ Of het realistisch is om bij iedere beperking op de FML te verwachten dat de verzekeringsarts iets argumenteert ligt in het midden. Anderzijds ontbreekt vaak de min of meer logische koppeling tussen rapportage en FML. Dit kan inhouden dat de resultante van de beoordeling (die immers wordt gebaseerd op de FML) niet hoeft te stroken met de rapportage. IWI kan zich voorstellen dat dit voor cliënten een complex te doorgronden geheel oplevert.

3 Conclusies

De inspectie komt op basis van haar onderzoek tot de volgende conclusies.

Claimbeoordeling door verzekeringsartsen

Het onderzoek door de verzekeringsarts bestaat uit een gesprek en -afhankelijk van de situatie en de aard van de arbeidsongeschiktheid- een lichamelijk onderzoek. Bij Wia beoordelingen beschikt de verzekeringsarts over (medische) informatie van de bedrijfsarts. Verder kan de verzekeringsarts informatie opvragen bij de behandel­aar(s) of een specialistische expertise laten uitvoeren. In enkele gevallen vindt een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in meerdere stappen plaats en wordt een cliënt meerdere keren opgeroepen.

De verzekeringsarts legt zijn bevindingen en conclusies vast in het medisch onder­zoeksverslag. De specifieke functionele beperkingen legt de verzekeringsarts vast in de zogenaamde Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Deze lijst kent een zestal rubrieken (persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, specifieke vereisten aan de arbeidsomstandigheden, dynamische handelingen, statische handelingen en werktij­den) van functioneren, waarbinnen de verzekeringsarts diverse aspecten kan beper­ken.

Antwoord op de centrale vraag: toepassing protocol

De uitvoering van de claimbeoordeling CVS is in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving en binnen de beroepsgroep gebruikelijke normen, standaarden en richtlijnen. De verzekeringsartsen passen het protocol CVS bij de claimbeoorde­ling toe. De inspectie constateert dat het protocol een handreiking is waarvan gemo­otiveerd mag worden afgeweken. Van deze mogelijkheid is in enkele gevallen gebruik gemaakt.

Dit protocol is niet onomstreden. Diverse verzekeringsartsen geven aan dat het pro­to­col CVS op onderdelen onwerkbaar is of zelfs in strijd met bestaande wet en re­gel­geving en jurisprudentie. Cliënten vinden sommige onderdelen van het protocol CVS eenzijdig. De werking van het protocol CVS is hierdoor minder richtinggevend dan beoogd.

Aantallen en codering

UWV gebruikt voor de registratie van de claimbeoordelingen diagnosecodes. Claim­beoordelingen CVS worden geregistreerd onder de code N690. Het aantal geregi­streerde claimbeoordelingen CVS per jaar is laag. De kans dat een verzekeringsarts een CVS beoordeling in een jaar uitvoert, is beperkt.

Inzicht in het exacte aantal claimbeoordelingen CVS ontbreekt. Als verklaringen zijn daarbij genoemd verschrijvingen en de verwarrende coderingssystematiek. In brede zin is de CAS-coderingssystematiek complex en geeft aanleiding tot verwarring. Uit informatie van UWV blijkt dat claimbeoordelingen met een andere diagnosecode 20 procent CVS gevallen bevatten. Dit heeft consequenties voor de betrouwbaarheid van statistische gegevens.

De inspectie heeft geen aanwijzingen dat CVS gevallen worden weggeschreven onder een andere code om hiermee de diagnose CVS en/of het protocol CVS te omzei­len.

Resultaten claimbeoordeling

De resultaten van de claimbeoordeling CVS zijn in de periode 2007 t/m 2009 qua patroon vergelijkbaar met die van vergelijkbare en het totale aantal claimbeoordelingen. Na invoering van het protocol CVS is procentueel het aantal afwijzingen Wia verminderd.

Claimbeoordelingen CVS leiden niet tot meer dan gemiddelde aantallen klachten en bezwaar en beroepszaken (circa 30%). Ook de uitkomsten van deze procedures zijn niet afwijkend van het gemiddelde. Door de wijze van registreren door UWV is er weinig inzicht in de specifieke punten waarop deze procedures betrekking hebben.

Opleiding en instructie

De inspectie heeft vastgesteld dat alle verzekeringsartsen een uitgebreide instructie over het protocol CVS hebben gevolgd en dat zij genoeg kennis te hebben van de toepasselijke wetten, regels en standaarden.

De kennis van de verzekeringsartsen wordt in algemene zin up to date gehouden door instrumenten als intercollegiale toetsing, vakoverleg, vakbulletins en terugkoppeling van de resultaten van dossiercontroles en bezwaar en beroepszaken.

Professional judgement; bandbreedte

Een verzekeringsgeneeskundige beoordeling is het werk van een professional en laat, onverlet de toepasselijke regelgeving, ruimte voor 'professional judgement'. Deze 'professional judgement' heeft in zijn aard een bepaalde bandbreedte. Het karakter van medische richtlijnen en dus ook verzekeringsgeneeskundige protocollen (hulpmiddelen en geen bindend voorschrift) en de discussies over het protocol CVS hebben ook invloed op de bandbreedte. Bij CVS is sprake van een ruime bandbreedte.

Het karakter van het protocol CVS en de aanwezige bandbreedte weerspiegelen zich in de door de inspectie waargenomen uitvoering:

In de medische onderzoeksrapportages wordt zelden expliciet aan het protocol gerefereerd of in termen van het protocol gerapporteerd. Noch expliciete oordeelsvorming, noch scherp omschreven onderbouwing en argumentatie hiervoor, worden doorgaans expliciet teruggevonden. Veel aspecten uit het protocol komen indirect en impliciet aan de orde tijdens de beoordeling. Op één van de door de inspectie onderzochte vestigingen wordt in de medische onderzoeksverslagen wel expliciet aan het protocol gerefereerd en vindt de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming met referte aan het protocol plaats.

Inhoudelijk zijn de verschillende professionele opvattingen over het aannemen van beperkingen bij CVS in dit onderzoek bevestigd. Met name de verzekeringsartsen op één vestiging nemen een relatief kritische houding aan bij het aannemen van beperkingen bij CVS. Een kritische houding in de praktijk – waargenomen op basis van interviews en dossiers- hoeft niet te leiden tot overschrijding van de bandbreedte die een verzekeringsarts bij de beoordeling heeft. De inspectie heeft bij betreffende vestiging in één van de vier dossiers vastgesteld dat de bandbreedte is overschreden.

Het verkleinen van de bandbreedte

Het beoordelen van functionele mogelijkheden is een complexe zaak. Medisch wetenschappelijk onderzoek op dit punt staat in de kinderschoenen. Noch voor CVS, noch voor de meeste andere aandoeningen is er op dit punt sprake van een exacte wetenschap.

Richtlijnen en protocollen kunnen bijdragen aan het uniformeren van de claimbeoordeling en het verkleinen van de inter-dokter-variantie. De stand der wetenschap is echter nog niet zo ver dat exacte en eensluidende antwoorden op alle complexe aspecten van een claimbeoordeling (bij CVS, maar ook in het algemeen) zijn te geven.

Daarnaast gaat de arbeidsongeschiktheidswetgeving uit van een individuele claimbeoordeling waarbij in zijn aard ruimte moeten blijven voor een individuele inschatting van mogelijkheden, toegesneden op de specifieke situatie van de individuele cliënt.

Bij de claimbeoordeling CVS dienen de beginselen van rechtsgelijkheid en rechtszekerheid zo optimaal mogelijk te worden nageleefd. Het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing voor het beoordelen van functionele mogelijkheden enerzijds en de ruimte voor een individuele beoordeling anderzijds, maakt dat het een illusie is dat er op korte termijn protocollen of richtlijnen komen, die verschillen in beoordeling uitsluiten.

De inspectie signaleert dat er door diverse partijen over dit onderwerp al lang wordt geschreven en gesproken. Dit heeft niet geleid tot een sluitende opvatting over de beoordeling van mogelijkheden tot functioneren bij CVS.

Van belang is de erkenning dat er verschillende opvattingen bestaan over de uitvoering van de medische claimbeoordeling en de wil van UWV om intern de verschillen te verkleinen. Dit beperkt de kans op overschrijding van de bandbreedte.

Interne uitwisseling van werkwijzen en opvattingen tussen vestigingen kan er aan bijdragen deze verschillen te verkleinen.

4 Reacties UWV, NVVG en patiëntenorganisaties en nawoord IWI

Reacties

De inspectie heeft de concept rapportage voorgelegd aan de Raad van Bestuur van UWV, de NVVG, de ME/CVS Vereniging, de ME/CVS Stichting Nederland en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. De Steungroep en de Stichting hebben gezamenlijk gereageerd, daarnaast heeft de Steungroep ook een afzonderlijke reactie gegeven. Verder hebben ook UWV, de Vereniging en de NVVG gereageerd. In dit hoofdstuk komt de kern van deze reacties aan de orde. De reacties zijn opgenomen als bijlagen. Daarnaast zal de inspectie op haar website een verwijzing naar de uitgebreide bestuurlijke reactie van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid plaatsen. De kern van de reacties wordt gevolgd door een kort nawoord van IWI.

Reactie Uitvoeringsinstelling Werknemersverzekeringen

UWV geeft aan dat de concept rapportage een herkenbaar beeld geeft voor de beoordeling van CVS door verzekeringsartsen en dat de bevindingen van de Inspectie in overeenstemming zijn met de eigen kwaliteitswaarnemingen.

UWV wil graag een inhoudelijke bijdrage leveren aan de verbeteringen van het protocol CVS.

UWV wijst op de complexiteit van de diagnostische rubricering in het classificatiesysteem.

UWV vraagt zich af wat de inspectie bedoelt met 'ruime bandbreedte' bij CVS.

Reactie ME/CVS Vereniging

De Vereniging vindt het onderzoek niet representatief omdat de inspectie uitgegaan is van de bestanden van UWV. De Vereniging vraagt zich daarbij ook af welke instantie de dossiers voor het veldonderzoek heeft geselecteerd. De Vereniging vindt dat een vervolgonderzoek nodig is.

De Vereniging onderschrijft wel grotendeels de bevindingen van de inspectie bij dit onderzoek. De Vereniging pleit wel voor een consequent gebruik van de termen ME en CVS.

De Vereniging eindigt met een aantal aanbevelingen waarvoor de inspectie kortheidshalve naar desbetreffende bijlage verwijst.

Gezamenlijk reactie van de ME/CVS Stichting Nederland en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid

De Stichting en het Steunpunt geven aan dat een aantal belangrijke knelpunten naar voren zijn gekomen, maar betreuren dat er geen ruimte is geweest voor een onderzoek met meer diepgang en representativiteit. De Stichting en het Steunpunt pleiten voor een nader onderzoek waarbij meer aandacht wordt geschonken aan de gegevens en standpunten van patiënten(organisaties).

Volgens de Stichting en het Steunpunt maakt het rapport duidelijk dat er ruimte is voor onjuiste opvattingen bij de claimbeoordeling.

De Stichting en het Steunpunt komen met aanbevelingen voor de zorgvuldigheid en volledigheid van het onderzoek van de verzekeringsarts, de argumentatie en trans-

parantie van de medische rapportages en de Functionele Mogelijkheden Lijst, de ontwikkeling van een normenkader voor de kwaliteit van medische claimbeoordeling en de herziening van het protocol CVS.

De Stichting en het Steunpunt geven aan dat een verkeerd beeld van de ziekte ontstaat als de inspectie schrijft dat bij CVS per definitie geen specifieke afwijkingen worden gevonden.

Reactie Steunpunt ME en Arbeidsongeschiktheid

Het Steunpunt heeft in aanvulling op de gezamenlijke reactie met de Stichting een samenvatting van een uitgebreide bestuurlijke reactie uitgebracht. De strekking van deze samenvatting komt overeen met de gezamenlijke reactie met de Stichting. De uitgebreide bestuurlijke reactie van het Steunpunt is een uitwerking van de in de samenvatting genoemde punten. Bij dit rapport is de samenvatting van de bestuurlijke reactie van het Steunpunt gevoegd. De inspectie zal op haar website een verwijzing naar de uitgebreide bestuurlijke reactie van het Steunpunt plaatsen. De uitgebreide bestuurlijke reactie van het Steunpunt eindigt met een aantal aanbevelingen, waarvoor de inspectie korthedshalve naar haar website verwijst.

Reactie NVVG

Volgens de NVVG maakt het rapport duidelijk dat de beoordeling van cliënten met CVS op een professionele en verantwoorde wijze gebeurt. Het is volgens de NVVG ook duidelijk dat het protocol CVS sterk kaderend werkt, maar dat de werking minder richtinggevend is dan beoogd.

Het IWI-rapport zal volgens de NVVG bijdragen aan een vruchtbare discussie over het protocol CVS. De NVVG merkt daarbij wel op dat volstreekte uniformiteit in beoordeling niet haalbaar is en dat overeenstemming over de diagnose, therapie en mogelijkheden tot functioneren bij CVS moeilijk te verkrijgen is.

Nawoord IWI

IWI geeft met dit rapport inzicht in de claimbeoordeling CVS door verzekeringsartsen. De inspectie komt op basis van haar onderzoek tot het kwalitatieve oordeel dat er bij de claimbeoordelingen sprake is van een bandbreedte. Het rapport geeft niet aan –anders dan de interpretatie van de Stichting en het Steunpunt- dat er ruimte is voor uitgangspunten die in strijd zijn met wet- en regelgeving. De inspectie heeft vastgesteld dat een eenduidig normenkader ontbreekt en het daarom niet zeker is dat vergelijkbare situaties altijd gelijk worden beoordeeld. De inspectie vindt het van belang dat over deze bandbreedte wordt gesproken en is verheugd dat alle betrokken partijen zich bereid hebben verklaard aan deze discussie te willen bijdragen.

Ten aanzien van de representativiteit van het onderzoek heeft de inspectie in het rapport al aangegeven een generaliseerbaar beeld te willen geven. De bestudeerde dossiers zijn door de inspectie geselecteerd. Binnen deze selectie zijn per vestiging vier dossiers onderzocht waarvan de behandelend verzekeringsartsen beschikbaar waren.

De zinnen in het rapport dat bij CVS per definitie geen afwijkingen worden gevonden heeft de inspectie genuanceerd door de aanpassing dat er geen gangbaar onderzoek is die de klachten kunnen verwerpen of bevestigen.

Bijlage 1

Ontwikkelingen van 1994 tot heden

Historie

CVS is een syndroomdiagnose die eind jaren 80 werd geïntroduceerd als werkdefinitie voor wetenschappelijk onderzoek naar myalgische encefalomyelitis (ME). Er zijn verschillende definities voor CVS opgesteld. De definitie die in 1994 is opgesteld door Centers for Disease Control and Prevention (CDC) is opgenomen in de aanhef van het protocol CVS. Tegenwoordig wordt de ziekte vaak benoemd als ME/CVS of CVS/ME.

In 2002 ontving de Gezondheidsraad een verzoek om onderzoek te verrichten naar CVS. Input daarvoor was mede het knelpuntenoverzicht dat opgesteld was door de patiëntenorganisaties. De Gezondheidsraad kwam in 2005 met haar rapport. Belangrijke conclusies uit deze rapportage zijn later opgenomen in het protocol CVS. Zo stelt de Gezondheidsraad: 'Het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) is een reële, ernstig invaliderende aandoening die beperkingen oplegt aan het persoonlijk, beroepsmatig en sociaal functioneren en samengaat met een verminderde kwaliteit van leven'. Dit uitgangspunt is in vrijwel dezelfde bewoordingen terug te vinden in het protocol CVS.

Het onderwerp CVS heeft al geruime tijd de belangstelling van een groot publiek. Dit mede door de inspanningen van de patiëntenorganisaties.

Een van de rechtsvoorgangers van de inspectie heeft in 1998 een onderzoek gepresenteerd over de verschillen in implementatie, interpretatie en uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium (geïllustreerd aan de hand van ME). Er werd toen gesignaleerd dat er belangrijke verschillen bestonden in de interpretatie van de kern van de richtlijn dat verzekeringsartsen de consistentie van stoornissen, beperkingen en handicaps dienen te beoordelen. Daarbij werden twee hoofdstromingen onderkend.

- De finale benadering: Een stroming die de nadruk legt op de beoordeling van de consistentie van het *geheel* aan waarnemingen (klachten, gesprek met de cliënt, lichamelijk onderzoek, informatie van derden).
- De causale benadering: Een stroming die de reeks van stoornissen, beperkingen en handicaps centraal stelt. Het ene onderdeel van de reeks moet logischerwijs aansluiten op het volgende onderdeel. Daarbij is de redenering dat zonder een stoornis de keten niet compleet is en er geen sprake kan zijn van consistentie. De nadruk wordt ook meer gelegd op de vraag of de arbeidsongeschiktheid een rechtstreeks en objectief gevolg is van ziekte.

Deze laatste benadering kan samengaan met tot de opvatting dat het begrip 'objectief' zou zo moeten worden uitgelegd dat alleen ongeschiktheid als gevolg van ziekte aangenomen zou mogen worden indien lichamelijke afwijkingen aangetoond kunnen worden, of een eenduidige diagnose kan worden gesteld. De onjuistheid van deze opvatting is benadrukt door het toenmalige TICA en de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Deze discussie was de aanleiding voor het opstellen van de Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (1996), later gecodificeerd in het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten (2000).

Herziening protocol CVS

In 2007 is door de Gezondheidsraad het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS opgesteld. Het protocol CVS is als Ministeriële Regeling bij het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten met ingang van 1 januari 2008 verplicht gesteld voor de beoordeling in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten (zie voor inhoud en achtergrond van dit protocol en het Schattingsbesluit bijlage 2).

De NVVG, ondersteund door het ministerie van SZW, heeft een project 'actualisering protocol Chronische vermoeidheidssyndroom' uitgevoerd (eind 2009 - begin 2010) dat antwoord moest geven op de volgende vragen:

- 1 Welke controverses bestaan binnen de verzekeringsgeneeskunde ten aanzien van het beoordelen van cliënten die lijden aan CVS en welke rol speelt het protocol daar bij?
- 2 Is actualiseren van het protocol een manier om de controverses te verminderen?

De aanleiding voor dit onderzoek bestond uit signalen vanuit de uitvoering (verzekeringsartsen) en van patiëntenorganisaties. Diverse verzekeringsartsen gaven aan dat het protocol CVS op onderdelen onwerkbaar was of zelfs in strijd met bestaande wet en regelgeving en jurisprudentie. Patiëntenorganisaties vonden sommige onderdelen van het protocol CVS eenzijdig. Verder gaven cliënten aan dat het protocol soms niet of verkeerd werd toegepast.

De Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid schrijft:

"Patiëntenorganisaties hebben zowel positieve waardering voor, als kritiek op het protocol. Blijkens een publicatie van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid geldt die waardering het feit dat het protocol er geen twijfel over laat bestaan dat CVS een erkende ziekte is, die het functioneren ernstig beperkt en in bepaalde gevallen tot volledige arbeidsongeschiktheid kan leiden, de aandacht voor de onderlinge verschillen tussen CVS- patiënten, de benadrukking dat hun mogelijkheden en beperkingen individueel vastgesteld moeten worden en de aandacht in het protocol voor vermindering van de arbeidsduur en het belang van rustpauzes.

De kritiek van cliëntenzijde heeft betrekking op de slechte en eenzijdige wetenschappelijke onderbouwing van het protocol en het onevenredig grote accent op psychosociale factoren. Daardoor geeft het protocol een verkeerd beeld van de ziekte en van de patiënten, namelijk dat het probleem hoofdzakelijk in gedachten en gedrag zou liggen. Ook worden de mogelijk positieve effecten van cognitieve gedragstherapie in het protocol veel groter voorgesteld dan op grond van onderzoek en ervaringen te verantwoorden is en heeft het protocol geen oog voor de mogelijke schadelijke gevolgen van 'CGT voor CVS'. De patiëntenorganisaties vinden het niet terecht dat alle andere behandelingen dan 'CGT voor CVS' bij voorbaat als inadequaat worden bestempeld. Een belangrijk punt van kritiek is dat het protocol geen concrete aanwijzingen geeft voor het toetsen van beperkingen bij ME/ CVS en zelfs bepaalde methoden daarvoor, zoals neuropsychologisch onderzoek, onbeargumenteerd afwijst. Verder ontbreekt bij de vermelde aandachtspunten met betrekking tot de functionele mogelijkheden volgens de Steungroep een aantal voor ME/ CVS essentiële zaken.

Het protocol stelt dat het feit dat geen lichamelijke afwijkingen zijn gevonden niet betekent dat er niets aan de hand is. Het zou volgens de Steungroep echter niet overbodig geweest zijn om in verband hiermee nader in te gaan op het begrip 'stoornissen'.

De Steungroep is ondanks haar kritiek van mening dat het protocol in de praktijk een kans moet krijgen en dat eventuele herziening zorgvuldig plaats zal moeten vinden op basis van wetenschappelijke evidence en systematische evaluatie van

praktijkervaringen. Zij heeft daaraan met het project 'Protocol in praktijk' een bijdrage geleverd. Het eindverslag van dit project wordt binnenkort gepubliceerd."

Het NVVG-onderzoek maakte zichtbaar dat er onder verzekeringsartsen duidelijke verschillen bestaan over enkele professionele uitgangspunten bij de toepassing van het protocol CVS.

Daarbij constateert de NNVG dat er niet zoveel debat wordt gevoerd, maar overwegend stellingen worden ingebracht. Soms ervaren verzekeringsartsen bij het doen van de beoordeling een gevoel van machteloosheid. Het protocol CVS bevat volgens sommige verzekeringsartsen een aantal onevenwichtige formuleringen.

Het rapport eindigt met de aanbevelingen om het protocol te actualiseren (in samenwerking met de komende multidisciplinaire richtlijn) en duidelijk te maken in welke mate het protocol de beoordelingen wel en niet kan ondersteunen. Daarnaast wordt aanbevolen om te bezien of de bestaande standaarden verduidelijking behoeven, actie te ondernemen om de bestaande controverses binnen de beroepsgroep te laten bediscussiëren en om de mogelijkheden te onderzoeken om de communicatie tussen verzekeringsartsen en cliënten met moeilijk objectiveerbare aandoeningen te verbeteren. Begin september 2010 was nog niet bekend welke vervolgstappen worden genomen.

Multidisciplinaire richtlijn

Het ZonMW heeft de opdracht van het ministerie van VWS gekregen een programma gericht op het CVS op te zetten, uit te voeren en te evalueren.¹⁴ De programmeeropdracht is gericht op ontwikkeling en toetsing van interventies voor de behandeling, begeleiding en beoordeling van personen met CVS en moet leiden tot concrete resultaten voor patiënten. Deze opdracht vloeit voort uit het advies van de Gezondheidsraad van 2005. Onderdeel van dit programma is de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de diagnosestelling, indicatiestelling, behandeling, begeleiding en beoordeling van mensen met CVS.

Er is een conceptrichtlijn opgesteld waarover in de Kerngroep echter geen overeenstemming kon worden bereikt. Najaar 2010 vindt overleg plaats over een mogelijke 'doorstart'.

¹⁴ De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie is een zelfstandig bestuursorgaan en heeft twee hoofdopdrachtgevers: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Bijlage 2

Regels en standaarden die van toepassing zijn bij de claimbeoordeling

Niet specifieke regels

Voor de toepassing van de verschillende wettelijke arbeidsongeschiktheidsregelingen (WAO, Wia, WAZ en Wajong) is de kernvraag die beantwoord moet worden of, en in hoeverre een zieke werknemer of zelfstandige, of een jonggehandicapte arbeidsongeschikt is. De algemene definitie van het arbeidsongeschiktheids criterium is vastgelegd in de artikelen 18 van de WAO, artikelen 4 en 5 van de Wia, artikel 2 van de Waz en artikel 2 van de Wajong: de arbeidsongeschiktheid moet rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen het gevolg zijn van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling. Tevens wordt in deze artikelen de mogelijkheid geopend om ter uitvoering van deze artikelen nadere en zonodig afwijkende regels te stellen.

De eerste keer dat het noodzakelijk bleek van de nadere regelingsbevoegdheid gebruik te maken was in 1994, toen het Schattingsbesluit (Stb. 1994, 596) werd getroffen. De aanleiding voor deze nadere regeling was de wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA, Stb. 1993, 412). Met deze wet werden in het arbeidsongeschiktheids criterium verschillende wijzigingen doorgevoerd, die erop gericht waren de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van karakter te doen veranderen: niet langer moest datgene wat iemand niet meer kan allesbepalend zijn, voortaan zou datgene wat iemand nog wél kan centraal moeten komen te staan. Dit uitgangspunt heeft tot aanpassingen geleid zowel aan de arbeidskundige, als aan de medische kant van het wettelijk arbeidsongeschiktheids criterium. Het Schattingsbesluit uit 1994 is ingetrokken met het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong (Stb.1997, 801). Dat besluit is in 2000 weer ingetrokken met het *Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten*. Dit nieuwe Schattingsbesluit (Stb. 2000, 307) is onder meer een codificatie van de al bestaande Lisv standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM) uit 1996 en de Lisv richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (Maoc, 1996). Aanleiding voor het tot stand komen van deze laatste Richtlijn was discussie en onvrede over de beoordeling van cliënten met 'moeilijk objectiveerbare''aandoeningen, waaronder ME/CVS.

De nota van toelichting bij het Schattingsbesluit uit 2000 vermeldt het volgende: 'Uitgangspunt is het wettelijk kader dat zowel het aanwezig zijn van ziekte of gebrek vereist alsmede een causale relatie met het verlies aan verdien capaciteit. De verzekeringsonderzoeker onderzoekt of er feitelijk stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan in een consistent geheel, waarbij het kunnen aangeven van de oorzaak voor de ziekte of de diagnose een belangrijke bouwsteen vormt voor de oordeelsvorming. Het afwijzen van een aanvraag uitsluitend op grond van het ontbreken van een diagnose of het niet aantoonbaar zijn van een ziekteverwekker is echter evenzeer onjuist als het toekennen van een uitkering alleen omdat wel een diagnose of ziekteverwekker is gevonden. In gevallen waar de medische oorzaken van de beperkingen niet goed kunnen worden vastgesteld, moeten wel extra eisen gesteld worden aan het in kaart brengen van de klachten en beperkingen van betrokkene. Op die manier wordt aan het objectiveringsvereiste voldaan, aangezien de subjectieve beleving van betrokkene ten aanzien van zijn beperkingen alléén uiteraard niet voldoende is voor het aannemen van arbeidsongeschiktheid.'

De nota van toelichting vervolgt: 'om te kunnen spreken van een kwalitatief goede claimbeoordeling dient aan de volgende eisen te worden voldaan. Ten eerste is daar de vaststelbaarheid van de stoornissen, beperkingen en handicaps. De verzeke-

ringsarts dient van het bestaan daarvan te zijn overtuigd. De verzekeringsarts gaat daarbij uit van de beleving van de cliënt, maar stelt zelf vast. De gezondheidsbeleving van betrokkene alleen kan nooit doorslaggevend zijn. Er is altijd een verschil in perceptie mogelijk, waarbij de verzekeringsarts de situatie van de cliënt als ernstiger dan wel als minder ernstig kan inschatten dan de cliënt zelf doet. Uiteindelijk echter is het de verzekeringsarts die verantwoordelijk is voor de vraag of ongeschiktheid als gevolg van ziekte is vastgesteld.

De tweede voorwaarde is dat het vaststellen van de ongeschiktheid medisch dient te zijn, hetgeen wil zeggen op in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde wijze. Dit vereist dat onderzoeksmethoden toegepast dienen te worden die in de verzekeringsgeneeskunde onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd zijn. De gebruikte onderzoeksmethoden dienen gerelateerd te zijn aan het doel van het onderzoek, het vaststellen van de 'ongeschiktheid als gevolg van ziekte'. De belangrijkste methode daartoe is het beoordelingsgesprek met de cliënt. Een derde voorwaarde is dat het oordeel van de verzekeringsarts objectief moet zijn. Objectief in dit verband wil zeggen gebaseerd op de feiten, niet beïnvloed door vooroordelen. Objectiviteit wordt hier geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie.'

De uitvoeringspraktijk heeft verder de medische beoordelingspraktijk voorzien van diverse *standaarden en richtlijnen* (cba.uwv.nl/richtlijnen-en-standaarden) waarbij de inspectie voor de claimbeoordeling CVS specifiek noemt:

- De Lisv standaard Communicatie met behandelaars van december 1996;
- Het rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde Lisv 1999;
- De Lisv standaard Verminderde arbeidsduur van januari 2000;
- De Lisv standaard Onderzoeksmethoden van oktober 2000 .

Specifieke regels

Ingevolge bepalingen uit de materiewetten maakt de verzekeringsarts bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid zo veel mogelijk gebruik van de bij ministeriële regeling vastgelegde wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen.

Ingevolge artikel 2 van de *Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten* (Stcrt. 2006, 33, hierna: de Regeling) maakt de verzekeringsarts als hulpmiddel bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in de Wajong, Waz of WAO of volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid of gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid als bedoeld in de Wia, waarbij sprake is van de in artikel 3 genoemde diagnoses, gebruik van de in de bijlagen bij deze regeling vastgelegde wetenschappelijke inzichten met betrekking tot die diagnoses.

Ingevolge artikel 3, eerste lid, aanhef en onder i, van de Regeling wordt bij de beoordeling van CVS met ingang van 1 januari 2008 gebruik gemaakt van bijlage 9 bij deze regeling.

In bijlage 9 van de Regeling is het *protocol CVS* (Stcrt.2007, 146) opgenomen. Het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met CVS. Het behandelt in deel A het onderzoek van de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B aan de orde de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts te vervullen heeft bij een werknemer met CVS, namelijk de beoordeling van:

- sociaal-medische voorgeschiedenis;
- functionele mogelijkheden;
- te verwachten beloop;
- behandeling en begeleiding.

Bij de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van een werknemer met CVS geeft het protocol CVS de verzekeringsarts houvast door, aansluitend bij het Gezondheidsraadadvies over CVS, vast te stellen dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is of, in de woorden van de minister van VWS in een brief aan de Tweede kamer: *'een weliswaar onverklaarde, maar toch ernstige aandoening, die serieus genomen moet worden.'*

Het protocol CVS zegt daar verder over: 'Omdat CVS een aandoening is die, per definitie, het functioneren ernstig beperkt, is de vaststelling dat inderdaad van CVS sprake is, voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van groot belang. De verzekeringsarts realiseert zich dat CVS weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat er op individueel niveau grote verschillen zijn, in aard, ernst en beloop van de aandoening en in de wijze waarop patiënten met hun klachten en beperkingen omgaan. De beperkingen zijn in het algemeen zowel fysiek als cognitief van aard. Hij 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.' (toelichting bij onderdeel 6.2 van het protocol CVS).

Het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS is beoogd als hulpmiddel voor verzekeringsartsen bij de claimbeoordeling van cliënten met CVS. Hoewel het protocol een ministeriële regeling betreft die onder andere gebaseerd is op de Wia, mag er van het protocol CVS gemotiveerd worden afgeweken. Dit past in algemene zin bij de aard en het karakter van richtlijnen voor (medische) professionals (en is overigens ook in het protocol vermeld).

De Centrale Raad van Beroep¹⁵ heeft over de betekenis van de in de Regeling opgenomen protocollen overwogen: 'dit betekent niet dat de (bezwaar-) verzekeringsarts alle in het Protocol genoemde aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden had moeten behandelen en bespreken in zijn rapportage. Dat de in de Regeling opgenomen verzekeringsgeneeskundige protocollen als hulpmiddel moeten worden aangemerkt, betekent niet dat aan die protocollen geen betekenis zou kunnen toekomen bij de beoordeling van een besluit als hier aan de orde. De vraag welke betekenis daarbij in een concreet geval toekomt aan een protocol, zal moeten worden beantwoord aan de hand van de feiten en omstandigheden van het geval en de aard en inhoud van het voorschrift van het protocol waarop belanghebbende zich beroept.'

¹⁵ CRvB 08/5356 WAO en CRvB 08/2538 WAO.

Bijlage 3

Het proces van de medische claimbeoordeling

IWI beschrijft (op basis van de Wia) op hoofdlijnen het proces van arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling. We gaan er hierbij vanuit dat er sprake is van een werknemer met een dienstverband bij een werkgever.¹⁶ De werkgever heeft op grond van het Burgerlijk Wetboek gedurende twee jaar een loondoorbetalingsverplichting. In deze periode ('de Poortwachterperiode'), worden werkgever en werknemer geacht alle inspanningen te ondernemen die nodig zijn om succesvol terug te keren in het arbeidsproces. Als er na deze periode van twee jaar nog steeds een gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid dreigt, kan de werknemer een Wia-aanvraag doen.

Voordat een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling wordt uitgevoerd, toetst UWV of werkgever en werknemer in de periode van twee jaar voorafgaand aan het moment van arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling voldoende re-integratieinspanningen hebben geleverd. Deze toets vindt plaats aan de hand van de Beleidsregels beoordelingskader Poortwachter. In de praktijk beoordeelt UWV de re-integratieinspanningen aan de hand van het re-integratieverslag (RIV), waarin de inspanningen van werkgever en werknemer moeten zijn vastgelegd. In jargon spreekt men van de zogenaamde RIV-toets. Deze beoordeling wordt uitgevoerd door de arbeidsdeskundige. In een aantal situaties wordt de verzekeringsarts ingeschakeld.

Als UWV oordeelt dat er voldoende inspanningen door werkgever en werknemer zijn ondernomen, volgt de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling.¹⁷

De beoordeling van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid of de mate van gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid, bedoeld in de Wia, worden gebaseerd op een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek.

Het onderzoek door de verzekeringsarts bestaat uit een gesprek en -afhankelijk van de situatie en de aard van de arbeidsongeschiktheid- een lichamenlijk onderzoek. Bij de beoordeling beschikt de verzekeringsarts over (medische) informatie van de bedrijfsarts. Verder kan de verzekeringsarts informatie opvragen bij de behandelaar(s) of een specialistische expertise laten uitvoeren. In enkele gevallen vindt een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in meerdere stappen plaats en wordt een cliënt meerdere keren opgeroepen.

De verzekeringsarts legt zijn bevindingen en conclusies vast in het medisch onderzoeksverslag. De specifieke functionele beperkingen legt de verzekeringsarts vast in de zogenaamde Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Deze lijst kent een zestal rubrieken van functioneren, waarbinnen de verzekeringsarts diverse aspecten kan beperken.¹⁸ Onder de FML liggen normwaarden voor normaal functioneren (i.e. in

¹⁶ Er zijn diverse andere mogelijkheden (een zelfstandige, een werknemer zonder dienstverband (Ziektewet, WW) of een jeugdgehandicapte (Wajong). In essentie verloopt het beoordelingsproces voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen identiek.

¹⁷ Bij onvoldoende inspanningen wordt de aanvraag voor een bepaalde periode opgeschort, zodat werkgever en werknemer de tijd krijgen de omissies te herstellen. De werkgever krijgt een zogenaamde loonsanctie opgelegd: hij moet het loon van zijn zieke werknemer langer doorbetalen dan de twee jaar op grond van het BW.

¹⁸ Persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, specifieke vereisten aan de arbeidsomstandigheden, dynamische handelingen, statische handelingen en werktijden.

een gezonde situatie). De beperkingen worden dus ten opzichte van deze normaalwaarden gegeven.

De FML vormt het vertrekpunt voor het arbeidsdeskundig onderzoek. Wat vereenvoudigd gesteld wordt de FML gematcht met een database (Claimbeoordelings- en Borgingssysteem, CBBS) van mogelijke functies. Dit levert functies op die een werknemer -gegeven de op de FML aangegeven beperkingen- theoretisch nog zou kunnen verrichten (theoretische schatting).

Ten slotte volgt een gesprek met de arbeidsdeskundige. Aan de hand van de individuele situatie van de cliënt, de onderzoeksbevindingen van de verzekeringsarts en de resultaten van de theoretische schatting, komt de arbeidsdeskundige tot een finale inschatting van het verlies aan verdien capaciteit dat de cliënt door zijn ziekte heeft. Om dit verlies aan verdien capaciteit te berekenen wordt de cliënt vergeleken met een gezonde verder vergelijkbare werknemer (maatman). Het verlies aan verdien capaciteit is de basis voor een eventuele IVA of WGA uitkering. De arbeidsdeskundige legt zijn oordeel en bevindingen vast in een rapportage. De beoordeling door de arbeidsdeskundige kan van wezenlijke invloed zijn op het eindresultaat. In het IWI onderzoek is de arbeidsdeskundige beoordeling zoals eerder vermeld buiten beschouwing gebleven.

De cliënt krijgt inzage in de onderliggende rapportages en kan hierop reageren. De mening van de cliënt wordt in de rapportage vastgelegd.

Een cliënt kan door het sturen van een bezwaarschrift formeel in bezwaar gaan tegen de beslissing van UWV. Bij een bezwaarprocedure krijgt de cliënt de gelegenheid zijn verhaal te doen (hoorzitting) en wordt -afhankelijk van de aard van het bezwaar- het verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek door een tweede verzekeringsarts en/of een tweede arbeidsdeskundige (resp. bezwaarverzekeringsarts en bezwaararbeidsdeskundige) herhaald.

Als een cliënt zich niet kan vinden in het eindresultaat van de bezwaarprocedure kan hij in beroep gaan. De rechter oordeelt dan over de vraag of UWV de juiste beslissing op de juiste gronden heeft genomen. Als een cliënt (of UWV) zich niet kan schikken naar het besluit van de rechter kan cliënt (of UWV) in hoger beroep gaan bij de *Centrale Raad van Beroep*. Naast de cliënt kan ook diens werkgever bezwaar maken en (hoger) beroep aantekenen tegen een besluit van UWV.

Bijlage 4

Aandachtspunten dossieronderzoek

Aandachtspunten verzekeringsgeneeskundige CVS

Dossiernummer:

Diagnose: getoetst? Lege arte vastgesteld. codering	
Beoordeling functionele mogelijkheden	
Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is?	
Zo ja: heeft hij op grond hiervan overtuigend beargumenteerd of en, zo ja, welke beperkingen bij betrokkene aanwezig zijn?	
op welke gronden (<i>evidence</i> , consensus, normen, wettelijke regels) baseert hij zich hierbij en zijn deze houdbaar?	
Zo nee, wat schort eraan? Hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen (additionele informatie verzamelen, tijd nemen voor reflectie, intercollegiaal overleg, expertise aanvragen, deskundigheid bevorderen)?	
Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling op hoofdlijnen aan betrokkene meegedeeld en wordt uit het verslag duidelijk hoe deze daarop gereageerd heeft? Heeft hij eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken en wordt duidelijk hoe hij tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is?	
Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis	
Is sprake van stagnatie van herstel en werkhervatting bij een aandoening waarbij in de regel het werk ruim binnen de termijn van twee jaar wordt hervat?	
Zo ja: is de stagnatie geanalyseerd?	
is de uitkomst van de analyse betrokken bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode?	
is de uitkomst besproken met betrokkene en zo nodig met bedrijfsarts of behandelaar(s)?	
Beoordeling te verwachten beloop	
Is aannemelijk gemaakt wat de prognose is ten aanzien van de beperkingen en wanneer een herbeoordeling nodig is?	
Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling	
Heeft een adequate beoordeling plaatsgevonden van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding?	

<p>Heeft de verzekeringsarts zo nodig overlegd met betrokke- ne en diens behandelaar(s) over het opstellen van een me- disch plan van aanpak? Dilemma's</p>	
<p>Staat de verzekeringsarts in deze casus voor dilemma's? Zo ja, heeft hij ze expliciet benoemd? Heeft hij zijn keu- ze(n) goed beargumenteerd? Komen uit de casus dilemma's voort voor andere betrokken instanties?</p>	
<p>Protocol</p>	
<p>Is er zichtbaar gerefereerd aan het protocol. Vastgelegd is of het protocol expliciet wordt genoemd in de rapportage van de VA, dan wel of onderdelen van het protocol letterlijk in de rapportage zijn aangehaald.</p>	
<p>Protocol in twijfel getrokken: vastgelegd is of de verzeke- ringsarts in zijn rapportage aangeeft dat hij expliciet twij- fels uit over het protocol of dit expliciet afwijst</p>	
<p>Diagnose CVS in twijfel getrokken</p>	
<p>Kenmerken protocol: CGT, informatie inwinnen behande- laar, herbeoordeling bij opgaande herstellijn e/o een alsnog ingestelde GCT</p>	
<p>Bezwaarzaak: ja/nee</p>	
<p>Eindconclusie: Hier staat het oordeel van de onderzoeker op de kernvraag: zijn – op basis van alle voorgaande as- pecten en de algemene indruk over de kwaliteit van de gevalsebehandeling – inhoud en strekking van het protocol CVS herkenbaar terug te vinden in de verzekeringsgenees- kundige oordeelsvorming.</p>	

Bijlage 5

Literatuur

Jansen Y, Koolhaas M, Meijer Gd. Het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS, praktijkervaringen van patiënten/cliënten met de keuring (tussenverslag). Groningen: Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, 2009.

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische- vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.

Gezondheidsraad. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

Lisv. CAS Classificaties voor Arbo en SV. Utrecht: Voorlichtingscentrum Sociale Verzekeringen, 1997.

Blatter BM BRvdPDv. Bedrijfsen verzekeringsartsen over ME/CVS: visie en praktijk. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2005;13:265-70.

Gezondheidsraad. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.

Bont Ad, Meus C, Hazelaar G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering; Over verschillen in de implementatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van deproblematiek bij ME. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen, 1998.

ZonMw. Programma Chronisch Vermoeidheidssyndroom; met kennis behandelen, begeleiden, reactiveren. Den Haag: ZonMw, 2006.

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. 2005.

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.

Vorbereidingscommissie Mediprudentie. Mediprudentie in de startblokken. Utrecht: Stichting VGI, 2009.

Boer WELde, Faas WA, Broekhuizen MLA. Rapport actualisering protocol Chronisch Vermoeidheidssyndroom.: Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NvVG), 2010.

Ekeren GJv. Mediprudentie: waar staan we nu? 2010.

Kroneman H. Mediprudentie en UWV. 2010.

Sterk AHJM. Op weg naar MENU. 2010.

Beleidsregels beoordelingskader Poortwachter. Den Haag 2002.

Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. 2000.

Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten, bijlage 5, Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen. 2006.

UWV Divisie AG PC&K-SMH. Rapportage dossieronderzoek Chronische vermoeidheidssyndroom CVS Versie 1.0.: UWV, 2009.

Sogdrager B. Rust roest, een CIZ-arts uiteindelijk in het gelijk gesteld. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 2010;18:159-60.

Pridmore S, Skerritt P, Ahmadi J. Why do doctors dislike treating people with somatoform disorder? Australas Psychiatry 2004;12:134-8.

Lisv. Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Amsterdam: Landelijke Instituut Sociale Verzekeringen, 1996.

Lisv. Standaard Onderzoeksmethoden. Amsterdam: Landelijke Instituut Sociale Verzekeringen, 2000.

Khedo A. Klachtenbejegening verzekeringsartsen: Een onderzoek naar de klachten betreffende bejegening van de verzekeringsartsen van UWV. Hengelo: UWV, 2009.

Chew-Graham C, Dowrick C, Wearden A, et al. Making the diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalitis in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract 2010;11:16.

A.W.A.Elemans. Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten. GAVscoop 2009;13:75-8.

Bijlage 6

Geraadpleegde deskundigen

Mevrouw Woldberg	NSPOH
De heer Irsel	verzekeringsarts opleidingen UWV
De heer Van Donk	verzekeringsarts opleidingen UWV
De heer Koolhaas	Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid
Mevrouw De Meyer	
Mevrouw Jansen	
Mevrouw Rietdijk	Stichting ME/ CVS
De heer Klei	
De heer Den Broeder	ME/ CVS vereniging
Mevrouw Van der Veen	UWV Divisie SMZ BC&A
De heer De Wolf	UWV Divisie SMZ BC&A
De heer Veenboer	UWV Divisie SMZ BC&A
De heer Kroneman	UWV Medisch adviseur
De heer Faas	UWV Centrale senior bezwaar verzekeringsarts
De heer De Boer	Nederlandse vereniging voor verzekeringsgeneeskunde
De heer Westerbos,	Secretaris protocol CVS
De heer Elemans	Remédis verzekeringsartsen

Bijlage 7

Reacties UWV, NVVG en patiëntenorganisaties



Postbus 58285, 1040 HG Amsterdam

Aan de inspecteur-generaal van de Inspectie Werk en Inkomen,
de heer mr. J.A. van den Bos
Postbus 11563
2502 AN DEN HAAG

Datum

13 OKT. 2010

Van

H. Kroneman/R. van Deynen
T (020) 6872841

Ons kenmerk

SBK/81657

Uw kenmerk

2010/7447

Pagina

1 van 2

Onderwerp

Conceptrapportage "Het chronisch vermoeidheidssyndroom"

Geachte heer Van den Bos,

Met uw brief van 29 september 2010 stelt u ons in de gelegenheid te reageren op de conceptrapportage "Het chronisch vermoeidheidssyndroom". Van deze gelegenheid maken wij graag gebruik.

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de conceptrapportage over de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van cliënten met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) door verzekeringsartsen. De rapportage geeft op hoofdlijnen een herkenbaar beeld van de beoordeling van CVS door verzekeringsartsen. De constatering dat de uitvoering van de claimbeoordeling in overeenstemming is met het protocol CVS en de wet –en regelgeving, is voor ons aanleiding te concluderen dat een goede uitvoering kennelijk niet wordt beïnvloed door verschillen in opvattingen of oordelen over de bruikbaarheid en toepasbaarheid van het protocol CVS onder verzekeringsartsen. Daarnaast concluderen wij dat de bevindingen van de Inspectie in overeenstemming zijn met onze interne kwaliteitswaarnemingen.

Op grond van signalen uit de vakoverleggen van verzekeringsartsen is voor ons ook herkenbaar dat er nog verbeteringen nodig en mogelijk zijn op de inhoud van het protocol. In dit verband zien wij de noodzaak tot spoedige herziening van het protocol en wij leveren daaraan graag inhoudelijke bijdragen.

De opmerking t.a.v. de betrouwbaarheid van statistische gegevens bij CVS hangt samen met de complexiteit van diagnostische rubricering in het internationaal gebruikte classificatiesysteem van alle ziekten (ICD), waarbinnen het mogelijk is om CVS als verschillende aandoeningen aan te merken (zie in dat verband het rapport van de Gezondheidsraad CVS, 2005). Het is evident dat hierdoor de betrouwbaarheid van registratie wordt beïnvloed.

De Inspectie stelt dat sprake is van een 'ruime bandbreedte' bij CVS. Uit de conclusie blijkt niet duidelijk of dit geponeerd wordt als een algemeen feitelijk gegeven in de context van de korte inleiding op professioneel judgement en bandbreedte, of als een onderzoeksbevinding. Indien dat laatste het geval is, zijn wij van mening dat de gehanteerde onderzoeksopzet niet toereikend is om deze conclusie te rechtvaardigen en vragen ons in dit verband af welk criterium is gehanteerd bij de kwalificatie 'ruime' bandbreedte en wat daarbij als referentiewaarde heeft gefungeerd.



Ons kenmerk
SBK/81657

Pagina
2 van 2

Wij vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

A large, handwritten signature in black ink, which appears to be 'Dr. J.M. Linthorst', is written over the text of the signatory's name and title.

Dr. J.M. Linthorst
Voorzitter Raad van Bestuur

Bestuurlijke reactie NVVG

Dank U voor de gelegenheid namens de NVVG te reageren op het IWI-rapport “Het chronisch vermoeidheidssyndroom: de beoordeling door verzekeringsartsen”.

Het rapport maakt duidelijk, dat de beoordeling van cliënten met CVS op dit moment op een professionele en verantwoorde wijze gebeurt. Daarbij werkt het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS sterk kaderend, en blijkt de uitvoering hiermee in overeenstemming te zijn. Tegelijk is de werking van het protocol CVS minder richtinggevend dan beoogd.

Dit is voor de NVVG geen verrassende conclusie. De NVVG is verheugd, dat bij alle rapportages een oordeel tot stand kwam op basis van professioneel inhoudelijke afwegingen, al waren er tussen de verschillende verzekeringsartsen nog verschillen van inzicht over de mogelijkheden tot functioneren bij CVS. Ook goed is, dat de uitkomsten bij CVS een identiek patroon aan resultaten vertoont aan andere ziektebeelden.

Juist op basis van deze professionele argumenten moet het mogelijk zijn de discussie over CVS te voeren met professionals en patiënten, en op basis daarvan te komen tot actualisering van het protocol CVS. Zeker ook het IWI- rapport draagt – naast het rapport van de NVVG - bij aan een vruchtbare discussie. De NVVG zal met genoegen deze discussie organiseren en laten resulteren in een bijgestelde versie van het protocol CVS. De NVVG realiseert zich, dat ook dan de mogelijkheid van beargumenteerd afwijken blijft bestaan, en dat volstrekte uniformiteit in beoordeling, zeker bij een ziektebeeld als CVS, niet haalbaar is.

Aan de totstandkoming van een geactualiseerd protocol zal de realisatie van een multidisciplinaire richtlijn CVS zeker bijdragen. De problemen om tot een gedragen multidisciplinaire richtlijn te komen, maken duidelijk dat overeenstemming over de diagnose, therapie en de mogelijkheden tot functioneren bij CVS moeilijk te verkrijgen is. Als daaraan wordt gerelateerd, mag het verzekeringsgeneeskundigen protocol CVS eigenlijk een succes worden genoemd.



ME/CVS Vereniging – *de organisatie van de patiënten zelf-*

ME/CVS Vereniging
Igor Stravinskisingel
50
3069 MA
Rotterdam

010-4559538
bestuur@me-
cvsvereniging.nl
www.me-cvsvereniging.nl

Postgiro: 4286957
ME/CVS Vereniging,
Rotterdam
K.v.K.: 32108065

Aan: Inspectie Werk en Inkomen

Rotterdam, 18 oktober 2010

Geachte heer,

Hierbij ontvangt u ons definitieve commentaar op het concept rapport 'Het Chronisch vermoeidheidssyndroom. De beoordeling door verzekeringsartsen' van 30 september 2010.

Met vriendelijke groet,

Drs. Guido den Broeder
Voorzitter

Het Chronisch vermoeidheidssyndroom. De beoordeling door verzekeringsartsen.

Commentaar ME/ CVS Vereniging, 18 oktober 2010

Gaarne stellen wij voorop, dat de Inspectie ons inziens de gegeven opdracht naar eer en geweten heeft uitgevoerd. Binnen een kort tijdsbestek heeft men relevante informatie verzameld en enkele zwakke punten in de beoordelingssystematiek van UWV aangetoond.

Het is de Inspectie evenwel niet gelukt om met dit beperkte onderzoek de essentie van de problematiek in volle omvang bloot te leggen. Men is zich van de beperkte diepgang van het onderzoek bewust, zo is ons gebleken. Dit blijkt echter onvoldoende uit de rapportage, waardoor ten onrechte de indruk kan ontstaan dat het onderwerp thans afdoende is onderzocht.

De beperkingen van het onderzoek volgen uit de gekozen methodiek. Er is uitgegaan van gegevens van UWV, in plaats van de ervaringen van de patiënten. Dit leidt tot conclusies die niet stroken met onderzoeksresultaten van onder andere NIVEL (De Veer, 2008) en TNO (Blatter, 2003), noch met de evaluatie van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (2009) of een eerdere studie gepubliceerd door de ME Stichting (Diependaal, 1996).

Niet representatief

De door UWV verstrekte gegevens roepen grote vraagtekens op. Dit betreft met name het zeer kleine aantal geregistreerde gevallen onder N690, de CAS-code voor de postvirale hersenziekte Myalgische Encefalomyelitis (ME) waar CVS een werkdefinitie voor is. Een totaal van nog geen 200 beoordelingen per jaar op een aantal van zo'n 30.000 patiënten, waarvan een significant percentage volgens het NIVEL-onderzoek aangeeft problemen te hebben met de beoordeling, is dermate onwaarschijnlijk dat wij niet anders kunnen dan constateren dat UWV systematisch faalt in het toepassen van de juiste code. Van de statistieken over arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen die tot laat vorige eeuw door het Centraal Bureau voor de Statistiek werden gepubliceerd weten we dat het totaal aantal patiënten, dat onder de diagnose ME of CVS als cliënt bij UWV bekend was, toen de 1000 niet haalde. De introductie van het verzekeringsprotocol heeft daar dus weinig aan veranderd.

Het kleine percentage waarbij wel de code N690 is gebruikt, of eventueel de code A102 (vermoeidheid en malaise), kan moeilijk als representatief worden beschouwd. Bij deze cliënten is immers een belangrijke horde al genomen: er wordt erkend dat zij lijden aan de ziekte ME, of in elk geval (A102) daadwerkelijk ziek zijn. Veel patiënten melden echter dan hun conflict met UWV nu juist begint met een gebrek aan deze erkenning. Zij krijgen de code A000 (geen ziekte), of als ze geluk hebben de code van een toevallige comorbiditeit. Er zijn ons ook gevallen bekend waarbij in het geheel geen keuring of registratie plaatsvond.

Omdat de inspectie de gegevens van UWV als ingang koos, blijft deze problematiek grotendeels buiten beeld, en dat geldt ook voor de audit die UWV zelf heeft uitgevoerd. Uit de rapportage wordt voorts niet duidelijk wie de 16 dossiers uitkoos: UWV of de Inspectie.

Het onderzoek behandelt dus slechts gevallen waarin UWV erkent dat de cliënt aan een ernstige ziekte lijdt, behoudens het ene kantoor waarvan men concludeert dat de administratie opvallend nauwgezet is maar het daarna fout gaat. Daardoor dreigt ten onrechte het beeld te ontstaan dat dit ene kantoor de uitzondering op de regel is. Nog in 2010 echter heeft UWV, in een casus bij een heel ander kantoor, bij de Centrale Raad van Beroep gesteld dat de diagnose ME niet tot beperkingen leidt. Het betreft hier een casus waarbij het hoofdkantoor van UWV was betrokken.

Bevindingen

Ondanks dat de steekproef van de Inspectie (16 dossiers) niet als representatief kan worden beschouwd, komen uit dit onderzoek toch enkele zaken naar voren waar wij de aandacht op willen vestigen.

Ten eerste vinden wij, met de Inspectie, dat de rapportage van de verzekeringsarts te wensen overlaat. De cliënt moet kunnen begrijpen hoe de beoordeling tot stand is gekomen. Nu ontbreekt vaak de argumentatie van de arts. In plaats daarvan stuurt men een onoverzichtelijk plakwerk van in semi-juridische taal gegoten standaardfrases, waardoor de rapportage de gemiddelde cliënt in verwarring achterlaat. De aankondiging van UWV dat men de rapportage van de verzekeringsarts tot de essentie wil terugbrengen is niet automatisch de oplossing en lijkt eerder te zijn gemotiveerd door de wens de administratieve druk te verminderen.

Ten tweede vinden wij de resultaten van de claimbeoordeling opmerkelijk. Deze liggen ongeveer op het gemiddelde, terwijl ME/CVS door het NIVEL wordt omschreven als de aandoening die van alle die zij tot nu toe hebben onderzocht verreweg het ernstigste klachtenbeeld oplevert. Men zou verwachten dat in de resultaten terug te zien. Veel patiënten geven echter aan dat hun problematiek door UWV wordt onderschat. Dat zulks zo is, blijkt ook uit de rapportage van de Inspectie, daar waar staat vermeld dat UWV in de eerste twee jaar van de ziekte wil zien dat de patiënt wordt geactiveerd. Gezien de NIVEL-studie is het daarentegen juist van groot belang om de patiënt erop te wijzen tijdig te rusten, en daar zo nodig begeleiding bij te bieden.

Ten derde vinden wij de vermelde reactie van UWV opmerkelijk, dat men de toepassing van het protocol meer herkenbaar wil maken. Er is immers zowel door verzekeringsartsen als door patiëntenorganisaties juist grote kritiek op dit protocol. Het huidige protocol moet ons inziens in de eerste plaats worden herzien, en wel zodanig dat verzekeringsartsen en patiënten zich erin kunnen vinden. Pas dan zal het mogelijk zijn om de implementatie ervan te verbeteren.

Ten vierde wijzen wij op de grote rechtsongelijkheid die bestaat tussen patiënten. Men moet het treffen met het kantoor waar men onder valt en de toevallige verzekeringsarts die de beoordeling doet. Wij hebben hier vaker melding van gemaakt, maar kregen dan telkens de ontwijkende reactie dat het feit dat sommige ME/CVS-patiënten wel, en andere geen uitkering kregen slechts zou aantonen dat er een individuele afweging werd gemaakt. Deze rapportage toont ons inziens evenwel ondubbelzinnig aan, dat de mening van het kantoor of de arts over de ziekte eveneens een rol speelt.

De positie van de verzekeringsarts

In aanvulling op het bovenstaande willen wij graag benadrukken dat wij begrip hebben voor de moeilijke taak van de verzekeringsarts bij de beoordeling van patiënten met de diagnose ME of CVS. In veel gevallen is er in de aan de beoordeling voorafgaande periode nauwelijks relevante informatie verzameld, en contact met de curatieve sector levert vaak weinig op omdat men ook daar niet goed raad weet met de ziekte. Daardoor wordt men geconfronteerd met patiënten die weliswaar ernstige medische klachten hebben, maar nauwelijks zijn onderzocht. Als er wel onderzoeksresultaten zijn, kan de verzekeringsarts die niet interpreteren omdat een referentiekader ontbreekt.

De verzekeringsarts die het protocol ter hand neemt treft daar namelijk geen informatie aan over de ziekte, of relevant medisch onderzoek, maar leest dat de oorzaak onbekend is. Volgens hetzelfde protocol moet men echter toch aannemen dat er sprake kan zijn van volledige arbeidsongeschiktheid. En het protocol is weliswaar formeel bekrachtigd, maar de Centrale Raad van Beroep, in deze zaken de hoogste rechter, honoreert dat niet.

Het Verzekeringsprotocol CVS wordt ook door indicatie-artsen gebruikt, met een geheel eigen interpretatie. De Centrale Raad van Beroep sprak in 2009 in een indicatiezaak uit dat een ME-patiënte, zolang deze geen cognitieve gedragstherapie had gevolgd naar het model Nijmegen (dus met graduele oefentherapie), geen recht had op zorg. De indicatie-arts ging op de stoel van de behandelend arts zitten en werd daarin door de hoogste rechter bevestigd, nota bene nadat eerder een Tuchtcollege de arts had berispt. De verleiding voor de verzekeringsarts om voortaan hetzelfde te doen lijkt groot. De NIVEL-studie laat ondertussen zien dat CGT/GET bij ME/CVS de slechtst denkbare aanpak is.

Onjuist beeld van de ziekte

De leiding van UWV plaatst anno 2010 nog steeds niet enkel ME maar de hele groep van niet-aangeboren hersenaandoeningen ten onrechte onder de noemer psychisch, zoals onlangs bleek op vragen van de Vereniging Cerebraal en de ME/CVS Vereniging bij de bespreking van de nieuwe WAJONG. In de rapportage van de Inspectie spreekt UWV bij herhaling over 'onverklaarde klachten'. De Inspectie gaat zelf ook enkele malen in de fout door een dergelijke kwalificatie te gebruiken.

Wellicht is het gebruik van de term CVS hier mede debet aan, dat blijkt althans uit wetenschappelijk onderzoek dat is verricht naar de gevolgen van de voor de ziekte gekozen aanduiding (Jason, 2002). Als de diagnose ME is gesteld kan ons inziens niet worden gesproken van onverklaarde klachten of een moeilijk objectiveerbare aandoening. Bij de diagnose CVS dient nader medisch onderzoek plaats te vinden. Het gebruik van de term CVS lijkt soms meer een cultureel fenomeen te zijn geworden in plaats van een medische diagnose (Den Broeder, 2009).

Het verzekeringsprotocol kan natuurlijk niet op zichzelf staan. Artsen in elke sector moeten beter worden geïnformeerd over de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Wij verwachten, dat naarmate de kennis over ME/CVS in Nederland toeneemt, de verzekeringsgeneeskundige beoordeling beter zal gaan.

Producten als een richtlijn voor bedrijfsartsen en een diagnostisch protocol kunnen ervoor zorgen dat de verzekeringsarts over veel meer informatie beschikt over de patiënt die hij moet beoordelen. Een richtlijn voor bedrijfsartsen staat op de agenda van de NVAB; de ME/CVS Vereniging heeft het Fonds PGO om projectsubsidie gevraagd om hieraan te kunnen meewerken. Vorig jaar mei is in een petitie aan de Commissie VWS van de Tweede Kamer om onder meer zo'n diagnostisch protocol gevraagd (ErkenME, 2009). Hier is nog geen antwoord op gekomen.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van de rapportage van de Inspectie doen wij de volgende aanbevelingen.

1. Een vervolgonderzoek, eveneens door de Inspectie Werk en Inkomen, waarin dossiers worden gebruikt die door de patiëntenorganisaties worden aangereikt en tevens de gebrekkige registratie bij UWV nader wordt onderzocht.
2. Een consequent gebruik van termen: ME als het om de postvirale hersenziekte gaat, CVS als aan criteria wordt voldaan maar nog geen nadere ziektediagnose is gesteld.
3. Een herziening van het verzekeringsprotocol, zodanig dat er draagvlak ontstaat onder verzekeringsartsen en patiënten.
4. Een andere manier van rapporteren door de verzekeringsarts, zodat het voor de cliënt duidelijk wordt hoe men tot het oordeel is gekomen. Daarbij wordt de rapportage eerst in conceptvorm aan de cliënt voorgelegd zodat deze feitelijke onjuistheden kan corrigeren voordat een beslissing wordt genomen.
5. Meer communicatie tussen verzekeringsarts, bedrijfsarts en behandelend arts, in combinatie met het ontwikkelen van een richtlijn voor bedrijfsartsen en een diagnostisch protocol voor ME.

Drs. Guido den Broeder

Literatuur

- Diependaal IM (red.) (1996), "ME en Arbeidsongeschiktheid", ME Stichting
- Jason LA, Taylor RR, Plioplys S, Stepanek Z, Schlaes J (2002), "Evaluating attributions for an illness based upon the name: chronic fatigue syndrome, myalgic encephalopathy and Florence Nightingale disease", *Am J Community Psychol* 30 (1): 133-48
- Blatter B, Van den Berg R en Van Putten D (2003), "ME/CVS en werk", TNO-rapport 1810106/14358
- De Veer AJE, Francke AL (2008), "Zorg voor ME/CVS-patiënten. Ervaringen van de achterban van patiëntenorganisaties met de Gezondheidszorg", NIVEL, december
- Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (2009), "Tussenrapport Project Protocol in Praktijk", maart
- ErkenME (2009), "Myalgische Encefalomyelitis. Petitie aan de Commissie VWS van de Tweede Kamer der Staten-Generaal", 12 mei
- Den Broeder G, Arnoldus R (2009), "Reactie op 'Chronischevermoeidheidssyndroom: een psychoneuro-immunologisch perspectief' (2)", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, oktober, 51(10):p786-787

Aan:

De Inspecteur-generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Mr. J.A. van den Bos
Inspectie Werk en Inkomen
Postbus 11563
2502 AN Den Haag

Betreft:

Gezamenlijke bestuurlijke reactie van de ME/CVS Stichting Nederland en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid op het conceptrapport *Het chronisch vermoeidheidssyndroom. De Beoordeling door verzekeringsartsen van de Inspectie Werk en inkomen, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 30 september 2010*

Groningen, Hilversum, 18 oktober 2010

Geachte Inspecteur Generaal,

Wij waarderen het dat u ons in de gelegenheid hebt gesteld om te reageren op het conceptrapport 'Het chronisch vermoeidheidssyndroom'. Een aanzienlijk deel van onze achterban heeft met arbeidsongeschiktheid te maken. Voor hen is uw onderzoek van groot belang. Hierbij treft u onze gezamenlijke bestuurlijke reactie aan. Daarnaast zult u van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, die gespecialiseerd is op het gebied van arbeidsongeschiktheidskeuringen, nog een meer uitgebreide reactie ontvangen.

Wij hebben waardering voor het onderzoek van de Inspectie. Er komt een aantal belangrijke knelpunten met betrekking tot de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van ME/CVS-patiënten uit naar voren, die de signalen bevestigen die tot op heden bij ons binnenkomen. Wij vinden het echter jammer dat er geen ruimte is geweest voor een onderzoek met meer diepgang en representativiteit. Hieronder geven wij een puntsgewijze reactie. Bij enkele punten hebben wij aanbevelingen geformuleerd.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is qua opzet en tijd erg beperkt gebleven. Daardoor is naar onze mening de onderzochte groep patiënten niet representatief, is de essentie van de medische beoordeling buiten beeld gebleven en is er te weinig aandacht besteed aan de ervaringen van patiënten en de gegevens en standpunten van de patiëntenorganisaties. Wij bevelen een nader onafhankelijk onderzoek aan waarin deze aspecten worden meegenomen. Bij dit onderzoek zouden behalve het UWV ook de NIVG en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid betrokken moeten zijn.

Aantallen en registratie

De UWV-cijfers over geregistreerde cliënten met ME/CVS blijken extreem veel lager te zijn dan de incidentie- en prevalentiecijfers over ME/CVS van de Gezondheidsraad. Het onderzoek van de Inspectie geeft hier geen

plausibele verklaring voor. Wij bevelen op dit punt nader onderzoek en maatregelen met betrekking tot de codering aan. Dit kan een onderdeel zijn van het bovengenoemde vervolgonderzoek

Ruimte voor onjuiste opvattingen bij claimbeoordeling

Het rapport maakt duidelijk dat er binnen het UWV ruimte is voor uitgangspunten die in strijd zijn met de bedoeling en regelgeving van de overheid. Deze onjuiste uitgangspunten leiden ertoe dat functionele beperkingen van ME/CVS-patiënten bij de medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet of minder worden meegewogen. De conclusie van de Inspectie dat de uitvoering van de claimbeoordeling bij CVS in overeenstemming is met de geldende regels wordt mede daarom naar onze mening door het onderzoek niet gedragen. Ook op dit punt bevelen wij nader onafhankelijk onderzoek aan. In afwachting daarvan zouden binnen het UWV maatregelen genomen moeten worden om ruimte voor de invloed van dergelijke onjuiste opvattingen op de beoordeling weg te nemen.

Zorgvuldigheid en volledigheid van het onderzoek van de verzekeringsarts

Verzekeringsartsen blijken voor hun beoordeling weinig tot geen gebruik te maken van het opvragen van informatie van behandelaars en van expertises of aanvullend onderzoek. In lijn met een aantal professionele standaarden bevelen wij aan dat verzekeringsartsen bij lastige beoordelingen en bij twijfel over de plausibiliteit van geclaimde beperkingen, zoals bij ME/CVS in de praktijk vaak voorkomt, structureel meer bronnen raadplegen, zoals het consulteren van behandelend artsen en bedrijfsartsen, het afnemen van heteroanamnese en het laten doen van aanvullend onderzoek.

Argumentatie en transparantie

Volgens de Inspectie ontbreekt het in de medische rapportages meestal aan een inzichtelijke argumentatie voor het wel of niet toekennen van beperkingen. Het is een gemis dat de Inspectie hier in haar conclusies verder niet op ingaat. Wij bevelen aan om de kwaliteit van de medische rapportages en de Functionele Mogelijkhedenlijst te verbeteren door de medische rapportages en de FML zo in te richten dat ze de cliënten inzicht bieden in de beoordeling van hun beperkingen (Welke beperkingen heeft de cliënt naar voren gebracht? In hoeverre heeft de verzekeringsarts deze als plausibel beoordeeld en in hoeverre niet? Op grond van welke feiten en argumenten?). Verder bevelen wij aan rapportages standaard in conceptvorm aan cliënten voor te leggen, zodat zij feitelijke onjuistheden kunnen corrigeren voordat een beslissing wordt genomen. Ook zou bij vragen van de cliënt over de medische rapportage altijd de mogelijkheid moeten zijn tot communicatie met de verzekeringsarts ten behoeve van nadere, wederzijdse uitleg.

Kwaliteit van de medische claimbeoordeling en rechtszekerheid

Volgens de Inspectie ontbreekt het aan eenduidig normenkader voor de kwaliteit van de medische beoordelingen. De door de Inspectie

vastgestelde bandbreedte voor de medische claimbeoordeling bij ME/CVS is zo breed dat dit leidt tot willekeur en gebrek aan rechtszekerheid en rechtsongelijkheid. Wij bevelen aan om met alle betrokkenen (UWV, NVVG, patiënten-/cliëntenorganisaties) tot een normenkader voor kwaliteit van medische claimbeoordeling te komen en op basis van de uitkomsten daarvan het kwaliteitsbeleid van het UWV te verbeteren. Gezien de gereede kans dat ME/CVS-patiënten bij bepaalde kantoren of door bepaalde verzekeringsartsen onjuist zijn beoordeeld stellen wij voor dat het UWV dit onderzoekt en betrokkenen een herziening aanbiedt.

Verkeerd beeld van de ziekte

De Inspectie spreekt in haar verslag van het onderzoek op de UWV-kantoren over 'het gegeven dat er bij CVS per definitie geen specifieke afwijkingen worden gevonden bij fysisch-diagnostisch onderzoek.' Dit is een uiting van een verkeerd beeld van de ziekte ME/CVS, dat door de Inspectie helaas niet wordt rechtgezet. Het is weliswaar zo dat er nog geen algemeen erkende diagnostische test voor CVS bestaat en dat gangbare standaard medische onderzoeken vaak geen afwijkingen aan het licht brengen die de klachten kunnen verklaren. Maar het is niet waar dat er bij CVS per definitie geen afwijkingen gevonden kunnen worden, Integendeel. In het internationale CVS-onderzoek zijn wel degelijk significante afwijkingen gevonden. Ontkenning hiervan draagt bij aan een verkeerd beeld van de ziekte en van de patiënten, met gevolgen voor de medische claimbeoordeling.

Herziening van het protocol CVS

De Inspectie trekt geen conclusies over de inhoud van het protocol CVS. Wel is duidelijk dat het protocol onder een, qua omvang onbekend, deel van de verzekeringartsen weinig draagvlak heeft en dat er ook van patiëntenzijde kritiek op is. Wij denken dat een verbeterd protocol CVS niet alle knelpunten kan wegnemen. Maar een verbetering van het protocol zou daar wel aan kunnen bijdragen. Daarom bevelen wij aan dat het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS wordt herzien op een zodanige wijze dat het draagvlak onder verzekeringsartsen en onder patiënten wordt vergroot.

Hoogachtend,



Michael Koolhaas, voorzitter Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid

Michel Ham, voorzitter ME/CVS Stichting Nederland

Aan:

De Inspecteur generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Mr. J.A. van den Bos
Inspectie Werk en Inkomen
Postbus 11563
2502 AN Den Haag

Betreft:

**Bestuurlijke reactie Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid op
conceptrapport *Het chronisch vermoeidheidssyndroom. De beoordeling
door verzekeringsartsen, Inspectie Werk en inkomen, Ministerie van
Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 30 september 2010***

Groningen, 18 oktober 2010

Geachte Inspecteur Generaal,

Wij bedanken u voor de toezending van het conceptrapport 'Het chronisch vermoeidheidssyndroom'. Wij waarderen de geboden gelegenheid om daarop te reageren, temeer daar u schrijft grote waarde te hechten aan onze reactie. Voor onze achterban, de ME/CVS-patiënten in Nederland, heeft de medische claimbeoordeling vergaande consequenties. Uw onderzoek is voor hen dus van groot belang. Hierbij treft u de samenvatting van onze bestuurlijke reactie aan, aanvullend op een gezamenlijke reactie met de ME/CVS Stichting Nederland.

Samenvatting

Wij vinden het onderzoek van de Inspectie waardevol omdat het een aantal belangrijke knelpunten met betrekking tot de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van ME/CVS-patiënten aan het licht brengt. Het bevestigt daarmee de signalen die wij aan de politiek hebben afgegeven en die aanleiding waren voor het onderzoek. De waarde had echter groter kunnen zijn wanneer met het onderzoek met meer diepgang en meer representativiteit was bereikt. Wij betreuren het dat hier niet meer ruimte voor was. Het rapport geeft ons aanleiding om een aantal aanbevelingen te doen. Hieronder vindt u een samenvatting van de gesignaleerde knelpunten, onze reactie op de conclusies van de Inspectie en onze aanbevelingen.

- ***Beperkingen van het onderzoek:*** Het onderzoek is qua opzet en tijd erg beperkt gebleven. Met name omdat de WAO-herkeuringen en de ME/CVS-patiënten die van het UWV een andere diagnosecode hebben gekregen niet zijn meegenomen is naar onze mening de onderzochte groep

patiënten niet representatief. Verder is de essentie van de medische beoordeling buiten beeld gebleven, doordat niet is onderzocht hoe verzekeringsartsen de functionele mogelijkheden, waaronder de mogelijke arbeidsduur van ME/CVS-patiënten vaststellen en welke gegevens en argumenten daar een rol bij spelen. Ook is te weinig aandacht besteed aan de ervaringen van patiënten en de gegevens en standpunten van de patiëntenorganisaties.¹ Wij bevelen een nader onafhankelijk onderzoek aan waarin deze aspecten worden meegenomen. Bij dit onderzoek zouden behalve het UWV ook de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NIVG) en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid betrokken moeten zijn.

- **Aantallen en registratie:** De UWV-cijfers over geregistreerde cliënten met ME/CVS zijn extreem veel lager dan de incidentie- en prevalentiecijfers over ME/CVS van de Gezondheidsraad. Het onderzoek van de Inspectie geeft hier geen plausibele verklaring voor. Wij bevelen op dit punt nader onderzoek aan. Ook bevelen wij maatregelen aan om tegen te gaan dat verzekeringsartsen van het UWV bij ME/CVS een andere diagnosecode vermelden dan de officiële CAS-code N690 (gebaseerd op de ICD-10 van WHO)².
- **Te veel ruimte voor onjuiste opvattingen:** Binnen het UWV blijkt ruimte te zijn voor uitgangspunten die in strijd zijn met de bedoeling en regelgeving van de overheid, zoals de Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten 2000 (Nota van Toelichting) en het Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS. Dit stemt overeen met de bij ons gemelde ervaringen van patiënten. Het gaat daarbij vooral om de interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium, van de begrippen 'ziekte' en 'stoornis' en om het gebruik van begrippenkader van de ICF van de WHO.³ Deze onjuiste uitgangspunten leiden ertoe dat functionele beperkingen van ME/CVS-patiënten bij de medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet of minder worden meegewogen, zoals ook uit een door de Inspectie aangehaalde rapportage blijkt. De conclusie van de Inspectie dat de uitvoering van de claimbeoordeling bij CVS in overeenstemming is met de geldende regels wordt mede daarom naar onze mening door het onderzoek niet gedragen. Wij bevelen aan dit punt bij een vervolgonderzoek te betrekken. Bovendien bevelen wij aan dat binnen het UWV zo snel mogelijk maatregelen genomen worden om iedere ruimte voor de invloed van dergelijke onjuiste opvattingen op de beoordeling weg te nemen. Omdat het hierbij om grondslagen van de verzekeringsgeneeskunde gaat bevelen

¹ Zie hiervoor Y. Jansen, M. Koolhaas, G. de Meijer, Het verzekeringsgeneeskundige protocol CVS. Praktijkervaringen van cliënten met de keuringen. Tussenverslag Project Protocol in Praktijk. Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, 2009

² ME/CVS is door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) van de VN in de International Classification of Diseases and Health Related problems (ICD, meest recente versie ICD-10) geclassificeerd als neurologische aandoening (code G93.3)

³ ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health. Bohn Stafleu van Loghem, Houten 2002 ISBN 90 313 3913 X.

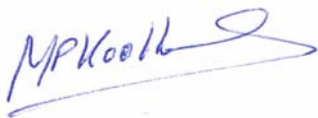
wij aan dat de beroepsorganisatie NVVG wordt betrokken bij een project om deze grondslagen nieuw leven in te blazen.

- ***Zorgvuldigheid en volledigheid van het onderzoek van de verzekeringsarts:*** Verzekeringsartsen blijken voor hun beoordeling weinig tot geen gebruik te maken van het opvragen van informatie van behandelaars en van expertises of aanvullend onderzoek. Dit bevestigt de uitkomst van ons eigen onderzoek. In lijn met een aantal professionele standaarden bevelen wij aan dat verzekeringsartsen bij lastige beoordelingen en bij twijfel over de plausibiliteit van geclaimde beperkingen, zoals bij ME/CVS in de praktijk vaak voorkomt, structureel meer bronnen raadplegen, zoals het consulteren van behandelend artsen en bedrijfsartsen, het afnemen van heteroanamnese en het laten doen van aanvullend onderzoek.
- ***Argumentatie en transparantie:*** In de medische rapportages ontbreekt het meestal aan een inzichtelijke argumentatie voor het wel of niet toekennen van beperkingen. Dit bevestigt onze indruk uit de vele rapportages die ME/CVS-patiënten ons toesturen voor advies. Wij vinden het een gemis dat de Inspectie hier in haar conclusies verder niet op ingaat. Het gebrek aan transparantie verzwakt de rechtspositie van de cliënten van het UWV aanzienlijk. Wij bevelen aan om de kwaliteit van de medische rapportages en de Functionele Mogelijkhedenlijst te verbeteren door de medische rapportages en de FML zo in te richten dat ze de cliënten inzicht bieden in de beoordeling van hun beperkingen (Welke beperkingen heeft de cliënt naar voren gebracht? In hoeverre heeft de verzekeringsarts deze als plausibel beoordeeld en in hoeverre niet? Op grond van welke feiten en argumenten?). Verder bevelen wij aan rapportages standaard in conceptvorm aan cliënten voor te leggen, zodat zij feitelijke onjuistheden kunnen corrigeren voordat een beslissing wordt genomen. Ook zou bij vragen van de cliënt over de medische rapportage altijd de mogelijkheid moeten zijn tot communicatie met de verzekeringsarts ten behoeve van nadere, wederzijdse uitleg.
- ***Kwaliteit van de medische claimbeoordeling en rechtszekerheid:*** Volgens de Inspectie ontbreekt het aan een eenduidig normenkader voor de kwaliteit van de medische beoordelingen. Dit kan leiden tot structurele twijfel over de kwaliteit van deze beoordelingen. De door de Inspectie vastgestelde bandbreedte voor de medische claimbeoordeling bij ME/CVS is zo breed dat deze leidt tot willekeur en gebrek aan rechtszekerheid en rechtsongelijkheid. Onze waarnemingen, op basis van meldingen en door patiënten toegestuurde rapportages, dat er wat betreft ME/CVS grote verschillen zijn tussen tenminste twee kantoren en de rest wordt door de Inspectie bevestigd. (Het ene kantoor is betrokken in het onderzoek van de Inspectie. Van het andere maakt de Inspectie in een voetnoot melding, naar aanleiding van een via de Steungroep ontvangen rapportage). Het onderzoek maakt aannemelijk dat er ook bij verzekeringsartsen binnen een kantoor verschil in opvatting kan bestaan over de beoordeling van beperkingen bij ME/CVS. De gangbare kwaliteitscontrole is volgens mededelingen van het UWV aan de Steungroep alleen al kwantitatief niet geschikt voor signalering van kwaliteitsgebrek in ME/CVS-dossiers. Deze dossiers komen niet in de steekproeven terecht. Wij bevelen aan om met

alle betrokkenen (UWV, NVVG, patiënten-/cliëntenorganisaties) tot een normenkader voor borging van de kwaliteit van medische claimbeoordeling te komen en op basis van de uitkomsten daarvan het kwaliteitsbeleid van het UWV te verbeteren. Gezien de gereede kans dat ME/CVS-patiënten bij bepaalde kantoren of door bepaalde verzekeringsartsen onjuist zijn beoordeeld stellen wij voor dat het UWV dit onderzoekt en betrokkenen een herziening aanbiedt.

- **Herziening van het protocol CVS:** De Inspectie trekt geen conclusies over de inhoud van het protocol CVS. Wel is duidelijk dat het protocol onder een, qua omvang onbekend, deel van de verzekeringsartsen weinig draagvlak heeft en dat er ook van patiëntenzijde kritiek op is. Wij denken niet dat een verbeterd protocol CVS alle knelpunten kan wegnemen. Maar een verbetering van het protocol zou daar wel aan kunnen bijdragen. Daarom bevelen wij aan dat het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS wordt herzien. Het is dan wel belangrijk dat dit gebeurt op een zodanige wijze dat het draagvlak onder verzekeringsartsen én onder patiënten wordt vergroot. Het heeft naar onze mening echter prioriteit dat er een eind gemaakt wordt aan de misvattingen op het gebied van verzekeringsgeneeskundige grondslagen die ertoe leiden dat door een deel van de verzekeringsartsen functionele beperkingen van ME/CVS-patiënten bij de medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet of minder worden meegewogen.

Tot zover de samenvatting van onze reactie op het conceptrapport *Het chronisch vermoeidheidssyndroom. De beoordeling door verzekeringsartsen*. De volledige reactie vindt u in de bijlage. In een separate bijlage vindt u onze reactie op de gerapporteerde feiten, met name uit hoofdstuk 2 over de onderzoeksbevindingen. Deze zijn niet eerder schriftelijk aan ons gepresenteerd. Anders dan het UWV hebben wij het moeten doen met een zeer globale mondelinge presentatie. Daarom waarderen wij de geboden gelegenheid om alsnog op de bevindingen te reageren.



Michael Koolhaas,
voorzitter Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid

Inlichtingen bij: Ynske Jansen: y.jansen@steungroep.nl

Bijlagen:

- Volledige reactie Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid
- Reactie op de feitenweergave

Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen

2010

- R10/08 Het Chronisch vermoeidheidssyndroom
De beoordeling door verzekeringsartsen
- R10/07 Armoedebestrijding
- R10/06 Risicobeheersing en re-integratiebudgetten UWV
- R10/05 Implementatie van eenmalige gegevensuitvraag
- Jaarplan 2011
- R10/04 Maatwerk bij meervoudigheid
Domeinoverstijgende dienstverlening aan mensen met meervoudige
problematiek
- R10/03 Dienstverlening op maat
Het voorkomen van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid in tijden
van crisis
- R10/02 UWV en Walvis
Negende rapportage
- R10/01 Arbeidsontwikkeling Wsw in beeld
- Jaarverslag 2009

2009

- R09/06 In dienst van de burger
- R09/05 Participatie in uitvoering
Stand van zaken uitvoering participatie zomer 2009
- R09/04 De Sociale Verzekeringsbank op weg naar 2013
Derde rapport: het verandertraject SVB Tien in 2008
- Meerjarenplan 2010-2013 en Jaarplan 2010
- R09/03 Beveiliging en privacy in de SUWI-keten
Een onderzoek naar de waarborgen van de informatiebeveiliging van
Suwinet-Inkijk bij gemeenten en zbo's
- R09/02 UWV en Walvis
Achtste rapportage
- Jaarverslag 2008
- R09/01 Buiten de bijstand
Onderzoek naar mensen die afzien van een WWB-uitkering of deze
niet krijgen toegekend

U kunt deze publicaties opvragen bij:

Inspectie Werk en Inkomen
Afdeling Strategie en communicatie

communicatie@iwiweb.nl
www.iwiweb.nl
Telefoon (070) 304 44 44
Fax (070) 304 44 45

Postbus 11563
2502 AN Den Haag

