

Thematische gevalsbeschrijving ME-CVS02B – Beoordeling participatiegedrag bij ME/ CVS

Versie voor MENU 22-03-2014

Trefwoorden

Adequate Behandeling

Behandelplan

Chronisch vermoeidheidssyndroom

Cognitieve gedragstherapie

Informatie Behandelende Sector

Participatiegedrag

Re-integratieinspanningen

Urenbeperking

Vignet

In hoeverre kan het systematisch betrekken van het participatiegedrag bij de beoordeling van een cliënte met CVS bijdragen aan de beoordeling van haar functionele mogelijkheden en aan het geven van advies over behandelmogelijkheden? Het protocol Participatiegedrag biedt houvast voor het beoordelen van participatiegedrag. Toepassing daarvan had er in deze casus toe kunnen leiden dat de primaire verzekeringsarts:

- contact had gezocht met de behandelaars van betrokkene om na te gaan of er onbenutte behandelmogelijkheden zijn;
- zijn mening over de behandeling had onderbouwd of bijgesteld;
- het tot stand komen van een realistisch medisch plan van aanpak met betrokkenheid van huisarts, specialisten en bedrijfsarts had gestimuleerd;
- de door hem vastgestelde beperkingen had heroverwogen;
- betrokkene een duidelijk advies had gegeven over hoe ze haar participatiegedrag kan verbeteren

Samenvatting gegevens uit rapportages en bezwaarschrift

Betrokkene is een, bij de eerste beoordeling 38-jarige, vrouw die meer dan 10 jaar fulltime werkte als verzorgster van exotische dieren. (1, 2)

Het betreft een beoordeling van het re-integratieverslag (maart 2010), een beoordeling in het kader van de WIA (mei 2011) en een beoordeling in het kader van een bezwaar tegen een WIA-beslissing (november 2011).

Situatie bij beoordeling

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

In de eerste 17 maanden van haar ziekte is gewerkt aan re-integratie in aangepast werk. Dat bestond uit lichte taken op haar afdeling, waaronder administratie. Maar concentreren bleef moeilijk. Daarbij heeft betrokkene eerst 50%, later 4 halve dagen en later 3 halve dagen per week gewerkt. Ook heeft ze vakantie opgenomen. Sinds augustus 2009 werkt ze helemaal niet meer. De bedrijfsarts geeft in zijn actueel oordeel van januari 2010 aan dat aangepast werk bij herhaling niet haalbaar bleek en dat alle items van de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) min of meer beperkt zijn in relatie tot de vermoeidheid. (2)

Beoordeling re-integratieverslag

Bij de beoordeling van het re-integratieverslag in maart 2010 rapporteert de verzekeringsarts: Medische gegevens: 2001 surmenage. Status na schildkliercarcinoom en operatie in 2003, nu goed ingesteld op Euthyrox. Volgens revalidatiearts waarschijnlijkheidsdiagnose CVS. "Ze is niet bij een neuroloog of psychiater geweest, bedrijfsarts is psychotherapeut

geweest, daar praatte ze wel veel mee." Betrokkene heeft een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) overwogen, op voorstel van de revalidatiearts. Daarvoor zou ze moeten stoppen met de vitamine B-12-injecties die haar klachten meer draaglijk maken. Dat was voor haar een reden om er van af te zien. Volgens betrokkene zijn de meningen over het effect van CGT enorm verdeeld.

De verzekeringsarts stelt de diagnose "8 P609 Ongedifferentieerde somatoforme stoornis/chronisch vermoeidheidssyndroom".

"Belanghebbende is uitgevallen in verband met klachten die passen bij het chronisch vermoeidheidssyndroom. "Het is waarschijnlijk dat de klachten toenemen door inactiviteit, en tegengegaan kunnen worden door (met mate) training op verschillend gebied. Het is dan ook antirevaliderend om te berusten in een toestand van niet werken, wat de bedrijfsarts in feite gedaan heeft." De verzekeringsarts acht haar geschikt "voor halve dagen licht, niet stresserend werk." Hij overlegt met bedrijfsarts. Die "geeft aan dat hij eigenlijk geen oordeel kon geven over haar belastbaarheid." "Hij heeft al van belanghebbende gehoord wat mijn oordeel over haar belastbaarheid was, begrijpt dat, gaat ermee aan de slag." (2)

De werkgever krijgt een derde jaar loondoorbetaling opgelegd omdat "er te weinig is gedaan aan re-integratie omdat de bedrijfsarts te afwachtend was". (1)

WIA-beoordeling primaire verzekeringsarts

Het onderzoek bestaat uit bestudering van het dossier en een beoordelingsgesprek met betrokkene. De klachten zijn niet veranderd ten opzichte van vorig jaar. Betrokkene vertelt dat ze niet werkt, ook niet meer gewerkt heeft, "dat hoefde niet" van haar werkgever. Ze heeft na de vorige beoordeling een CVS-centrum bezocht. Daar is ze verwezen naar een neuroloog. Dat onderzoek loopt nog. Ook loopt nog een bloedonderzoek naar de ziekte van Lyme. De behandeling bestaat uit vitamine B12-injecties, vitamine D en "Nog steeds fysiotherapie, bestaande uit massage, geen oefentherapie/training". Verder is betrokkene "via de huisarts bezig voor een psycholoog, heel recent, dat was een idee van de bedrijfsarts". De huisarts heeft een ander soort fysiotherapie geadviseerd. Dat heeft ze een of twee keer gedaan, totdat

het CVS-centrum haar adviseerde om de behandeling in afwachting van de lopende onderzoeken op te schorten. Overige medicatie: thyrox. De verzekeringsarts stelt opnieuw de diagnose: ongedifferentieerde somatoforme stoornis/chronisch vermoeidheidssyndroom. Hij vindt dat de klachtenpresentatie van betrokkene "ongewijzigd als extreem" overkomt. "Ze houdt veel klachten van vermoeidheid, bij uitblijven van een bevredigende medische verklaring". De verzekeringsarts vindt de behandeling en begeleiding "helaas bepaald niet optimaal" en stelt dat CGT en hervatting in geschikt werk zou kunnen leiden tot toename van conditie en afname van klachten. Ook vindt hij dat de aanpak van de fysiotherapeut ("massage in plaats van training") passiviteit in de hand zal werken. "Nogmaals werd met belanghebbende besproken dat met meer activiteit, lichamelijk en mentaal een betere conditie kon worden verkregen". Hij boordeelt betrokkene geschikt voor halve dagen fysiek niet te zwaar en stresserend werk (zonder nachtdienst). (3)

Visie betrokkene op de beoordeling

Betrokkene heeft bezwaar gemaakt omdat zij vindt dat onvoldoende rekening is gehouden met haar medische beperkingen. Zij acht zichzelf onder andere niet in staat om meer dan 2 uur per dag en 10 uur per week te werken. Haar gemachtigde stelt: "Belanghebbende ... heeft destijds ook geprobeerd haar belastbaarheid te vergroten door weer gedeeltelijk aan het werk te gaan. Ze wilde haar uren weer gaan opbouwen, doch dit heeft geleid tot de uiteindelijke uitval". Over CGT stelt hij dat er in en buiten Nederland grote twijfels zijn over de werkzaamheid van deze therapie. (5)

Bij het bezwaarschrift heeft betrokkene een rapport van de GGZ meegestuurd "waarin expliciet staat vermeld dat CGT is gestaakt omdat er geen positief resultaat werd behaald ondanks de positieve houding van belanghebbende". "Het oordeel van de primaire VA dat CGT wel tot een oplossing zou (kunnen) leiden is derhalve ongegrond gebleken." (6). Ten aanzien van werk meldt betrokkene tijdens de hoorzitting dat ze getracht heeft maximaal 4 uur te werken en om de dag te gaan werken. "Ook dit bleek te zwaar te zijn voor belanghebbende" (4)

Onderzoek en oordeel bezwaarverzekeringsarts (BVA)

Het onderzoek van de BVA bestaat uit bestudering van het dossier, aanwezigheid op hoorzitting en het lezen van de brieven van de huisarts en de GZ-psycholoog van betrokkene die tijdens de bezwaarprocedure zijn verkregen. De huisarts heeft brieven van cardioloog, neuroloog, revalidatiearts en internist bijgevoegd. De revalidatiearts verwijst betrokkene in zijn brief door naar een ergotherapeut voor verdere begeleiding ten aanzien van de belastbaarheid. "Het is duidelijk dat er sprake is van klachten passend bij het chronisch vermoeidheidssyndroom." "Betrokkene is onder begeleiding bij de huisarts, er zijn specialistische onderzoeken gedaan door cardioloog, neuroloog en internist zonder dat er een duidelijke verklaring werd gevonden voor de klachten en dus ook niet een aanknopingspunt voor behandeling". "Betrokkene heeft onder druk en lopende een bezwaarprocedure CGT gevolgd. Hieruit blijkt wel dat betrokkene een actief herstelgedrag heeft maar een dergelijke behandeling is niet zinvol als er procedures lopen. Wellicht is het een idee om als de procedures afgelopen zijn daar nog eens over na te denken al dan niet in combinatie met de behandeling voor graded activity." De BVA stelt de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom en status na schildkliercarcinoom. Hij stelt dat er geen redenen zijn om aanvullende beperkingen aan te nemen.

(1)

COMMENTAAR

In de medische rapportages met betrekking tot deze casus is fragmentarisch aandacht voor het participatiegedrag van betrokkene, zonder dat daar duidelijke conclusies aan worden verbonden. De casus geeft aanleiding tot de volgende vraag: In hoeverre kan het systematisch betrekken van het participatiegedrag bij de beoordeling van betrokkene bijdragen aan de beoordeling van haar functionele mogelijkheden en aan het geven van advies over behandelmogelijkheden?

Voor het antwoord baseren we ons vooral op het

verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag.¹ (7) Dat is gepubliceerd op 15 maart 2010. Het is begrijpelijk dat dit bij de RIV-toets van maart 2010 nog niet gebruikt is. Bij de primaire WIA-beoordeling in mei 2011 en bij de beoordeling in bezwaar in november 2011 had het gebruikt kunnen worden.

Het participatiegedrag van betrokkene

Participatiegedrag is in het protocol gedefinieerd als: *"het gedrag van de cliënt gericht op bevordering van zijn gezondheid ten behoeve van deelname aan het arbeidsproces"*. Het protocol onderscheidt twee aspecten van participatiegedrag: gedrag gericht op werkhervatting enerzijds en het volgen van een (adequate) behandeling anderzijds.

Het participatiegedrag van betrokkene bestond uit:

- werkhervatting in aangepast werk, uiteindelijk mislukt;
- dagelijks 's ochtends opstaan en lichte activiteiten verrichten;
- zich medisch laten onderzoeken (huisarts, cardioloog, neuroloog, revalidatiearts, internist, fysiotherapeut, bedrijfsarts,)
- meewerken aan behandeling/begeleiding (thyroxine, vitamine D, vitamine B12-injecties, fysiotherapie, CGT door GZ-psycholoog)

De fysiotherapie bestond eerst uit massage, daarna heeft betrokkene op advies van de huisarts een ander soort fysiotherapie geprobeerd, totdat het CVS-centrum haar adviseerde om deze behandeling, in afwachting van lopende onderzoeken (neurologisch, ziekte van Lyme), op te schorten. Van CGT ziet ze aanvankelijk beargumenteerd af. Uiteindelijk begint ze wel aan deze therapie. Deze wordt beëindigd vanwege gebrek aan positief resultaat. Onduidelijk is of de door de revalidatiearts geadviseerde begeleiding ten aanzien van belastbaarheid door een ergotherapeut heeft plaatsgevonden.

Beoordeling van het participatiegedrag

Volgens het protocol is participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat, als de cliënt het werk niet hervat – of daar geen stappen toe

¹ Waar in het vervolg 'protocol' staat zonder nader specificering heeft dat betrekking op het protocol Participatiegedrag

zet – en diens gedrag niet aansluit op de beperkingen en mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft vastgesteld.

De primaire verzekeringsarts verklaart betrokkene geschikt om halve dagen te werken in niet te stresserend en fysiek niet te zwaar werk.

Betrokkene heeft in de eerste 17 maanden van haar ziekte geprobeerd een dergelijke werkhervatting te realiseren, maar dit is mislukt. Er kan dus gesteld worden dat haar gedrag niet aansluit bij de mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft vastgesteld. Dat zou kunnen betekenen dat het gedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is.

Bij de primaire WIA-beoordeling doet de verzekeringsarts echter geen uitspraak over de adequaatheid van het participatiegedrag van betrokkene. Hij vindt wel dat behandeling en begeleiding voor verbetering vatbaar zijn. Volgens hem zouden cognitieve gedragstherapie (CGT) en hervatting in geschikt werk tot toename van conditie en afname van klachten kunnen leiden. Ook vindt hij dat de fysiotherapeut een andere aanpak zou moeten kiezen, namelijk training in plaats van massage. Hij geeft niet aan waarop hij zijn mening baseert.

Overleg met behandelaars en begeleiders

Volgens het protocol onderneemt de verzekeringsarts bij twijfel, meningsverschillen over of stagnatie van het participatiegedrag actie: *"De verzekeringsarts kan de cliënt bij twijfels over de behandeling niet zo maar terugverwijzen naar zijn behandelaar met de boodschap dat een andere behandeling nodig is. De verzekeringsarts informeert in dat geval met gerichte toestemming schriftelijk bij de behandelaar naar diens bevindingen, diagnose, (resultaten van) behandeling en de therapietrouw, zoals ook is voorgeschreven in de standaard 'Communicatie met behandelaars'. Als dan blijkt dat de cliënt inderdaad nog steeds geen adequate behandeling krijgt, probeert de verzekeringsarts dit af te stemmen met de behandelend arts. De verzekeringsarts vermeldt in dat geval op de machtiging expliciet dat zijn vraagstelling betrekking heeft op de behandeling vanwege de beoordeling van participatiegedrag. [...] De verzekeringsarts legt de essentie van het besprokene vast in de rapportage. Als de behandelaar vervolgens een naar het oordeel van de verzekeringsarts niet adequate behandeling voortzet, is dat een reden om*

niet adequaat participatiegedrag niet verwijtbaar te achten. Althans voor zover de betrokken professional bevoegd is die behandeling in te stellen. Als de cliënt niet wordt behandeld, terwijl er nog wel adequate behandelingsmogelijkheden zijn, overlegt de verzekeringsarts met de huisarts, die in de eerstelijns gezondheidszorg een spilfunctie heeft."

Het protocol CVS sluit hierbij aan: *"Indien betrokkene geen opgaande lijn van herstel vertoont of een behandeling volgt waarvan de effectiviteit niet is aangetoond en nog niet met CGT behandeld is, informeert de verzekeringsarts betrokkene over CGT voor CVS. Hij overlegt met betrokkene, huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: welke doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken? Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen."* (8)

In deze casus heeft de verzekeringsarts echter met geen van de behandelaars overlegd over een medisch plan van aanpak, maar alleen informatie van de huisarts opgevraagd. Ook de bezwaarverzekeringsarts heeft geen overleg met de behandelaars gehad. Betrokkene heeft tijdens de bezwaarprocedure op eigen initiatief, maar op aangeven van de verzekeringsarts en mogelijk de bedrijfsarts, cognitieve gedragstherapie gevolgd, zonder positief resultaat. Overleg van de verzekeringsarts met betrokkene en haar behandelaars over de voor haar meest geschikte behandeling had misschien in een eerder stadium tot een effectievere aanpak van behandeling en begeleiding kunnen leiden.

Ook bij verschil van inzicht over of stagnatie van gedrag dat is gericht op werkhervatting is volgens het protocol Participatiegedrag overleg nodig, namelijk van de verzekeringsarts met de bedrijfsarts, de arbeidsdeskundige en de bemiddelaar of begeleider. In deze casus is met de bedrijfsarts overleg geweest in verband met de beoordeling van het re-integratieverslag. Daarin is de verantwoordelijkheid in feite volledig terug gelegd bij de bedrijfsarts (en de werkgever). Dat heeft tot niets geleid. Bij de WIA-beoordeling heeft niet opnieuw overleg met de bedrijfsarts

plaatsgevonden. Er is bijvoorbeeld niet gevraagd naar de reden. Met andere re-integratiebegeleiders is niet overlegd. Mogelijk zijn daardoor kansen op werkherleving gemist.

Externe belemmeringen

De primaire verzekeringsarts heeft de vraag of het participatiegedrag van betrokkene adequaat is niet expliciet gesteld en beantwoord. Als hij dat wel had gedaan had hij volgens het protocol na moeten gaan of factoren die buiten de invloed van betrokkene liggen diens participatiegedrag belemmeren. *"In dat geval is er sprake van adequaat participatiegedrag, als de verzekeringsarts ervan overtuigd is dat de cliënt zich wel naar vermogen inspant en de cliënt de externe factoren niet zelf in negatieve zin heeft beïnvloed. Voorbeelden van belemmerende externe factoren zijn een tegenwerkende werkgever, ondermaatse begeleiding door een re-integratiebedrijf of slechte kwaliteit van de medische behandeling. In deze gevallen ligt het op de weg van de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige om contact op te nemen met respectievelijk de behandelaar(s) of de verantwoordelijke werkgever(s) c.q. begeleidende instanties."* In de voorliggende casus heeft de werkgever na de RIV-toets een loonsanctie gekregen vanwege een te afwachtende houding bij re-integratie. Het lijkt erop dat de werkgever daarna heeft volhard in een passieve houding. Dit zou als belemmerende factor aangewezen kunnen worden. De primaire verzekeringsarts is van mening dat de kwaliteit van de medische behandeling beter had moeten zijn. Ook dit zou een belemmerende externe factor kunnen zijn. De bezwaarverzekeringsarts stelt echter dat de specialistische onderzoeken geen aanknopingspunten voor behandeling hebben opgeleverd. Dat suggereert dat er volgens hem geen behandelingsmogelijkheden zijn gemist.

Noch de primaire arts noch de bezwaarverzekeringsarts maken aanmerkingen op het participatiegedrag van betrokkene zelf. Nadat betrokkene cognitieve gedragstherapie heeft gevolgd noemt de bezwaarverzekeringsarts haar herstelgedrag actief. Op grond van het protocol Participatiegedrag zou het participatiegedrag van betrokkene dus adequaat genoemd kunnen worden, met de aantekening dat er sprake is van enkele externe belemmerende factoren. Daarbij ligt het volgens het

protocol op de weg van de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige om hierover contact op te nemen met behandelaars en werkgever.

Aansluiting bij beperkingen en mogelijkheden

Wat betekent het voor de beoordeling wanneer betrokkene de door de verzekeringsarts vastgestelde mogelijkheden niet realiseert, zoals in deze casus, terwijl haar participatiegedrag wel als adequaat gekenmerkt kan worden? Naar onze mening zou de verzekeringsarts dan nog eens na moeten gaan of hij de mogelijkheden van betrokkene niet heeft overschat. In deze casus is bij iedere beoordeling vastgesteld dat de klachten passen bij CVS. Het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS noemt ernstige vermoeidheid, die betrokkene aanzienlijk beperkt in het dagelijks functioneren en vertraagd herstel na inspanning als belangrijke kenmerken van CVS. Volgens het protocol CVS moet de wenselijke verdeling van activiteiten en rust individueel bepaald te worden. *"Voor veel CVS-patiënten is het belangrijk om tijdens de werkzaamheden regelmatig rustpauzen in te lassen. Een volledige werkdag is dan niet altijd mogelijk. Een aantal werknemers zal als gevolg van de ernst van hun klachten en beperkingen, het werk in het geheel niet kunnen hervatten."* (8) Op grond van de sociaal-medische kennis uit het protocol CVS zijn de beperkingen die betrokkene ervaart, en de beoordeling daarvan door de bedrijfsarts, dus niet onaannemelijk.

Geen impliciete sanctie maar advies of aanwijzing

Het is niet uitgesloten dat de verzekeringsarts er wel van overtuigd is dat betrokkene op het moment van beoordeling niet in staat is halve dagen te werken, maar aanneemt dat ze met beter of meer participatiegedrag dat na enige tijd wel zou kunnen.

Wanneer hij om die reden minder beperkingen aanneemt zou sprake zijn van een 'impliciete sanctie': het lager inschatten van de beperkingen vanwege inadequaat participatiegedrag. Volgens het protocol Participatiegedrag komt dat in de praktijk voor, maar is het niet toegestaan: *"Als de cliënt nog tijd nodig heeft om tot (meer) participatiegedrag te komen en daartoe in de gelegenheid wordt gesteld, kan dat voor de verzekeringsarts op zichzelf geen reden zijn om te*

concluderen dat er sprake is van 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'. Maar ook schat de verzekeringsarts de beperkingen niet alsnog minder in, alléén vanwege niet adequaat participatiegedrag. Voor die situatie bestaat – in geval van verwijtbaarheid – een apart wettelijk instrument, dat de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet aantast."

Wanneer de verzekeringsarts van mening is dat het participatiegedrag van betrokkene voor verbetering vatbaar is kan hij het stappenplan dat het protocol aanbeveelt volgen. Dat houdt in dat hij:

- uitlegt en beargumenteert waarom hij het participatiegedrag voor verbetering vatbaar vindt;
- daarop reactie van de betrokkene vraagt;
- Als hij daarna bij zijn standpunt blijft: Adviseert wat betrokkene kan doen om haar participatiegedrag te verbeteren en aangeven wanneer hij dat verwacht.

Nadat de verzekeringsarts dit advies heeft gegeven kan hij een herbeoordeling plannen. Als hij vindt dat betrokkene het advies niet voldoende heeft opgevolgd en dat het participatiegedrag van betrokkene inadequaat is, beoordeelt hij of dat verwijtbaar is. Zo ja, dan geeft hij een schriftelijke aanwijzing om het gedrag te verbeteren en wijst hij op de consequenties van het niet opvolgen daarvan. Blijkt bij herbeoordeling dat betrokkene de aanwijzing niet heeft opgevolgd dan legt de verzekeringsarts schriftelijk vast dat betrokkene een wettelijke verplichting niet is nagekomen. Dit kan voor betrokkene tot een sanctie leiden.

Anders dan een 'impliciete sanctie' biedt deze werkwijze betrokkene de gelegenheid om argumenten aan te voeren voor haar opstelling. Bij een aanwijzing of sanctie bestaat bovendien de mogelijkheid om bezwaar te maken.

Uit de rapportage valt op te maken dat van een dergelijke gestructureerde en transparante aanpak geen sprake is geweest.

Samenvattend:

In deze casus is onduidelijk welke rol de mening van de primaire verzekeringsarts over het participatiegedrag van betrokkene bij de

beoordeling heeft gespeeld. Hij heeft betrokkene minstens het gevoel gegeven dat hij vindt dat zij CGT moet volgen. Dat heeft ze uiteindelijk ook gedaan, zonder positief resultaat. Of dit in deze individuele situatie een zinvolle aanpak was blijft onduidelijk. De bezwaarverzekeringsarts betwijfelt dit.

Het meer systematisch beoordelen van participatiegedrag met toepassing van het protocol Participatiegedrag had er in deze casus toe kunnen leiden dat de primaire verzekeringsarts:

- contact had gezocht met de behandelaars van betrokkene om na te gaan of er onbenutte behandelmogelijkheden zijn;
- zijn mening over de behandeling had onderbouwd of bijgesteld;
- het tot stand komen van een realistisch medisch plan van aanpak met betrokkenheid van huisarts, specialisten en bedrijfsarts had gestimuleerd;
- de door hem vastgestelde beperkingen had heroverwogen;
- zo mogelijk betrokkene een duidelijk advies had gegeven over hoe ze haar participatiegedrag kan verbeteren

Bronnen en noten

- (1) Medische rapportage in bezwaarprocedure, november 2011 (bijgevoegd)
- (2) Medisch onderzoeksverslag, maart 2010 (bijgevoegd)
- (3) Medisch onderzoeksverslag, mei 2011 (bijgevoegd)
- (4) Verslag hoorzitting, september 2011
- (5) Aanvullende gronden Bezwaar (1), september 2011
- (6) Aanvullende gronden Bezwaar (2), september 2011
- (7) Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag (Waar in het commentaar 'protocol' staat zonder nader specificering heeft dat betrekking op het protocol Participatiegedrag). VGI. Utrecht 2010
- (8) Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS, Gezondheidsraad. Den Haag 2007