

DE BEOORDELING VAN CLIËNTEN MET ME/CVS BIJ UWV

Beleidsstuk UWV 2018. Met geautoriseerde toelichting

Toelichting

Onderstaande niet-cursieve tekst is de tekst van het beleidsstuk over de beoordeling van cliënten met ME/CVS bij UWV, zoals vastgesteld op 4 juli 2018 door de directie Sociaal Medische Zaken van het UWV.

De cursieve tekst bestaat uit:

- *vragen van de samenwerkende organisaties van ME-patiënten (Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, ME/cvs Vereniging en ME/CVS Stichting) gesteld tijdens een overleg met het UWV op 22 januari 2019.*
- *de antwoorden van medisch adviseur H. Kroneman en medisch adviseur Bezwaar en Beroep J. Faas, als nadere uitleg van het beleid van het UWV. Zij hebben deze antwoorden geautoriseerd op 4 februari 2019*

Begrippen

ME en ME/CVS: Het UWV gebruikt in het beleidsstuk de naam ME/CVS, zoals voorgesteld door de Gezondheidsraad. De patiëntenorganisaties gebruiken hier de naam ME (voor de diagnoses ME, ME/CVS, CVS en SEID) , omdat de naam CVS bijdraagt aan een verkeerd beeld van de ziekte.

Cliënt: degene die door het UWV wordt beoordeeld in verband met het recht op een WIA-, Wajong- WAO- WAZ- of Ziektewetuitkering of een deskundigenoordeel over re-integratie bij loondoorbetaling bij ziekte.

---Beleidsstuk, vastgesteld op 4 juli 2018 door de directie Sociaal Medische Zaken van het UWV.

De beoordeling van cliënten met ME/CVS bij UWV

1. ME/CVS wordt erkend als een ziekte. Dat betekent dat een cliënt, die met de door een arts gestelde diagnose ME/CVS op het spreekuur komt conform wet ---en regelgeving wordt beoordeeld door een verzekeringsarts. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek omvat in het kort:
 - a. bestudering van reeds aanwezige stukken in het dossier;
 - b. een beoordelingsgesprek waarin de verzekeringsarts de klachten van cliënt inventariseert, de mogelijkheden tot functioneren onderzoekt en zo nodig vervolgstappen in het onderzoek indiceert.
 - c. Een medisch onderzoek waarbij de verzekeringsarts de cliënt observeert en zo nodig psychisch of lichamelijk onderzoek doet. Dit onderzoek dient om in aanvulling op de mededeling van cliënt een nader beeld te vormen over de mogelijkheden tot functioneren en/of te toetsen op plausibiliteit en consistentie.
 - d. Overleg met derden zo nodig. Het inwinnen van informatie bij de behandelend arts kan dienen om de mogelijkheden van cliënt tot functioneren mede in beeld te brengen en te beoordelen, de consistentie te toetsen of de re---integratiemogelijkheden te beoordelen. De bedrijfsarts kan aanvullende informatie verstrekken over (het functioneren van) cliënt in het voortraject. Soms is het nodig om informatie te winnen over het functioneren in de thuis situatie en/of leer –werksituatie. De

verzekeringsarts kan de deskundigheid van een expert inroepen om een beter beeld te krijgen van de mogelijkheden tot functioneren; dat doet hij via een gerichte vraagstelling.

Vraag bij 1d: Betekent 'zo nodig' ook 'als de cliënt erom vraagt'?

Antwoord: Ja. De verzekeringsgeneeskundige standaard 'Communicatie met behandelaars' uit 1996 is nog altijd van kracht. Daarin staat onder andere, als formele indicatie om informatie op te vragen bij of te overleggen met een behandelaar: "De cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar." Een cliënt die wil dat de verzekeringsarts informatie opvraagt bij zijn behandelaar moet daar dus wel uitdrukkelijk om vragen. https://www.nvvg.nl/files/40/02_Communicatie_behandelende_sector_Lisv.pdf

2. Klachten van cliënten met ME/ CVS worden serieus genomen en ME/ CVS wordt niet op een andere wijze beoordeeld dan andere ziekten. Zoals bij iedere aandoening variëren aard en ernst van de klachten per individu: de een kan er mee doorwerken, de ander niet. Een individuele beoordeling doet recht aan deze verschillen in mogelijkheden tot functioneren.

Vraag: Wat betekent de vaststelling dat klachten van cliënten met ME/ CVS serieus worden genomen en dat ME/ CVS niet op een andere wijze wordt beoordeeld dan andere ziekten? De medische kennis over ME is nog beperkt: er is meer onduidelijkheid over oorzaak en ziektemechanisme dan bij veel andere ziekten. Ook is er nog geen algemeen geaccepteerde diagnostische test. Via de standaard medische onderzoeken worden bij ME---patiënten vaak geen afwijkingen gevonden. Deze beperkte stand van kennis wordt regelmatig als argument gebruikt worden om klachten en beperkingen van een ME---patiënt minder zwaar mee te wegen dan klachten en beperkingen bij andere ziekten. Mag dat?

Antwoord: Nee, dat mag niet. Een verzekeringsarts mag niet redeneren: "we kunnen niets meten, er zijn geen objectieveerbare afwijkingen, dus de klachten zijn niet op een stoornis gebaseerd. Daarom wegen we ze niet, of minder zwaar, mee." Klachten en beperkingen zijn niet altijd louter aan te tonen met standaard medische onderzoeken. Ook als er geen afwijkingen zijn gevonden kunnen beperkingen geobjectiveerd en aangenomen worden. Dit is vastgelegd in de [Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium uit 1996](#), die later is opgenomen in de [Nota van toelichting bij het Schattingsbesluit 2000](#). Punt 2 is bedoeld als bevestiging daarvan. Verzekeringsartsen van het UWV moeten zich daaraan houden.

3. De beoordeling van CVS wordt ondersteund door een professionele richtlijn. De multidisciplinaire richtlijn "diagnose, behandeling en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" is beschikbaar sedert 2013 en is ook bestemd voor o.a. bedrijfsartsen. Uiterlijk in 2017 zou door de voorzitter en het CBO, na raadpleging van of op advies van andere aan de richtlijn participerende verenigingen, worden bepaald of de richtlijn nog actueel is. Zo nodig zou een nieuwe werkgroep worden geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. Voor zover bekend is dat niet gebeurd.

Vraag: De Richtlijn CVS uit 2013 is verouderd en wijkt op belangrijke punten af van het advies van de Gezondheidsraad over ME/ CVS uit 2018. Hoe moeten verzekeringsartsen van het UWV hier mee omgaan?

Antwoord: De lijn van het UWV is dat verzekeringsartsen zoveel mogelijk 'evidence based' werken, gebaseerd op wetenschap. Daar horen de inzichten van het advies van de Gezondheidsraad ook bij. Als handvat voor de praktijk is eerder getracht de stand van de wetenschap in een richtlijn weer te geven, de Richtlijn CVS uit 2013. Ook wij vinden, in het licht van het advies van de Gezondheidsraad, dat deze

richtlijn niet up-to-date is. Wat betreft de verantwoordelijkheid van verzekeringsartsen voor het actualiseren van de richtlijn: die ligt bij de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), niet bij het UWV. Daarover gaan we met de NVVG aan tafel. Maar je kunt van individuele verzekeringsartsen niet vragen om op basis van het advies van de Gezondheidsraad met een eigen interpretatie aan de slag te gaan. Dat hoort een uiting te krijgen in een nieuwe richtlijn. Dat betekent niet dat de aanbevelingen in de oude Richtlijn CVS altijd in alle opzichten volledig opgevolgd moeten worden, totdat er een nieuwe richtlijn is. Bovendien zijn de aanbevelingen in die richtlijn (zoals in de meeste medische richtlijnen) ook niet bedoeld om in iedere situatie zonder meer op te volgen. Als een richtlijn verouderd is, moet je altijd opletten. Dan gelden de aanbevelingen niet onverkort. Als aspecten van het advies van de Gezondheidsraad iets toevoegen aan of afwijken van de richtlijn, dan prevaleert dat advies. Dit geldt bijvoorbeeld voor de aanbevelingen voor behandeling. Het advies van de Gezondheidsraad stelt daar duidelijk iets tegenover. Zie daarover punt 4.

4. Er is geen behandeling die zich richt op de aanpak van de oorzaken van de ziekte want die zijn niet bekend. Symptoomverlichting is wel een optie. Vanuit hun professie en de participatiegedachte zijn verzekeringsartsen van mening dat ze patiënten die helemaal geen behandeling volgen wel moeten stimuleren tot het volgen van een vorm van behandeling. Cliënten kunnen immers baat hebben bij het gebruik van medicatie waardoor bepaalde klachten verminderen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is daarbij een te overwegen behandelingsoptie omdat deze het meest is onderzocht op effectiviteit. Als een cliënt echter om moverende redenen en in overleg met de reguliere behandelaar afziet van CGT, dan is dit enkele feit geen reden om aanspraak op sociale zekerheid aan cliënt te onthouden. Dat is ook in de geest van de eerder genoemde multidisciplinaire richtlijn.

Vraag: *Wordt hier bedoeld dat een ME-patiënt altijd cognitieve gedragstherapie (CGT) als behandeling moet overwegen?*

Antwoord: *Nee. CGT is niet de eerste optie en ook niet de enige optie om te overwegen. De Gezondheidsraad wijst erop dat artsen geen oorzakelijke behandeling van ME/ CVS kunnen bieden, maar dat in de praktijk medicijnen soms kunnen helpen om symptomen zoals slaapstoornissen, pijn en darmklachten te verlichten. Wat we bedoelen is dat van cliënten met ME/ CVS, net zoals van cliënten met andere aandoeningen, verwacht wordt dat ze hun best doen om hun aandoening, of de gevolgen daarvan, te verlichten of het functioneren te verbeteren. Bij ME/ CVS is er op dit moment geen overtuigend bewijs voor behandelingen die daarvoor effectief zijn, maar de cliënt moet wel bezig zijn met mogelijkheden om te herstellen, in de brede zin. Cliënten moeten in ieder geval een of meer behandelopties die beschikbaar zijn overwegen en uitvoeren. Als een cliënt komt die helemaal niets doet, dan is dat wel een probleem, óf de cliënt moet aannemelijk maken waarom deze helemaal niets kan doen. In dit beleidsstuk is CGT speciaal benoemd om te benadrukken dat verzekeringsartsen bij de beoordeling CGT niet meer als enige, of zelfs min of meer verplichte, behandelingsoptie moeten beschouwen. We willen een sterke gerichtheid op CGT in de uitvoeringspraktijk van sommige verzekeringsartsen juist sterk terugnemen.*

Vraag: *Veel ME-patiënten zijn, als ze bij het UWV komen voor een WIA- of Wajong-beoordeling, al een paar jaar bezig met het zoeken naar en uitproberen van behandelmogelijkheden. Voor een deel van hen is het op een gegeven moment wel genoeg geweest. Wordt verwacht dat een ME-patiënt altijd maar bezig moeten blijven met het zoeken naar en uitproberen van nieuwe behandelmogelijkheden?*

Antwoord: *Cliënten hoeven niet perse een behandeling te volgen op het moment van beoordeling. Van iemand die zich eerder wel heeft laten behandelen, maar op dat moment geen behandeling meer volgt, kan niet gezegd worden dat diegene niet gemotiveerd is. Bij patiënten die geen behandeling meer volgen moet gekeken worden naar wat ze hebben geprobeerd vanaf het moment dat ze ziek werden. De verzekeringsarts dient een historische anamnese af te nemen waaruit blijkt welke behandelingen gevolgd zijn en wat het resultaat was.*

Vraag: Wordt met 'moverende redenen' bedoeld dat iemand zich meer moet verantwoorden voor het niet kiezen voor CGT, dan bijvoorbeeld voor het niet kiezen van een symptomgerichte behandeling voor slaap of pijn?

Antwoord: Nee

Vraag: Is 'overleg met een reguliere behandelaar' alleen nodig bij afzien van CGT?

Antwoord: Nee. We verwachten dat patiënten hun behandelopties bespreken met hun huisarts of reguliere behandelaar naar wie ze zij doorverwezen.

Vraag: Geldt wat bij punt 4 gezegd wordt over CGT ook voor graded exercise therapy (GET)?

Antwoord: Ja.

Vraag: Wordt met 'dit enkele feit' meer, of iets anders, bedoeld dan 'dit feit'?

Antwoord: Nee.

Vraag: Wat wordt precies bedoeld met 'geen reden om aanspraak op sociale zekerheid aan cliënt te onthouden'?

Mag het afzien van CGT of GET wél een reden zijn om beperkingen minder zwaar in te schatten of mee te wegen?

Antwoord: Nee.

Vraag: Mag het afzien van CGT of GET wél een reden zijn om te oordelen dat de beperkingen (WIA/IVA) niet duurzaam zijn of het ontbreken van arbeidsvermogen (Wajong2015) niet duurzaam is?

Antwoord: Nee.

Bijlagen:

1. Beleidsstuk UWV 'De beoordeling van cliënten met ME/ CVS bij UWV'.
2. Correspondentie Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid --- UWV over vragen en antwoorden bij beleidsstuk

De beoordeling van cliënten met ME/CVS bij UWV

1. ME/CVS wordt erkend als een ziekte. Dat betekent dat een cliënt, die met de door een arts gestelde diagnose ME/CVS op het spreekuur komt conform wet -en regelgeving wordt beoordeeld door een verzekeringsarts. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek omvat in het kort:
 - a. bestudering van reeds aanwezige stukken in het dossier;
 - b. een beoordelingsgesprek waarin de verzekeringsarts de klachten van cliënt inventariseert, de mogelijkheden tot functioneren onderzoekt en zo nodig vervolgstappen in het onderzoek indiceert.
 - c. Een medisch onderzoek waarbij de verzekeringsarts de cliënt observeert en zo nodig psychisch of lichamelijk onderzoek doet. Dit onderzoek dient om in aanvulling op de mededeling van cliënt een nader beeld te vormen over de mogelijkheden tot functioneren en/of te toetsen op plausibiliteit en consistentie.
 - d. Overleg met derden zo nodig. Het inwinnen van informatie bij de behandelend arts kan dienen om de mogelijkheden van cliënt tot functioneren mede in beeld te brengen en te beoordelen, de consistentie te toetsen of de re-integratiemogelijkheden te beoordelen. De bedrijfsarts kan aanvullende informatie verstrekken over (het functioneren van) cliënt in het voortraject. Soms is het nodig om informatie te winnen over het functioneren in de thuis situatie en/of leer –werksituatie. De verzekeringsarts kan de deskundigheid van een expert inroepen om een beter beeld te krijgen van de mogelijkheden tot functioneren; dat doet hij via een gerichte vraagstelling.
2. Klachten van cliënten met ME/CVS worden serieus genomen en ME/CVS wordt niet op een andere wijze beoordeeld dan andere ziekten. Zoals bij iedere aandoening variëren aard en ernst van de klachten per individu: de een kan er mee doorwerken, de ander niet. Een individuele beoordeling doet recht aan deze verschillen in mogelijkheden tot functioneren.
3. De beoordeling van CVS wordt ondersteund door een professionele richtlijn. De multidisciplinaire richtlijn “diagnose, behandeling en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)” is beschikbaar sedert 2013 en is ook bestemd voor o.a. bedrijfsartsen. Uiterlijk in 2017 zou door de voorzitter en het CBO, na raadpleging van of op advies van andere aan de richtlijn participerende verenigingen, worden bepaald of de richtlijn nog actueel is. Zo nodig zou een nieuwe werkgroep worden geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. Voor zover bekend is dat niet gebeurd.
4. Er is geen behandeling die zich richt op de aanpak van de oorzaken van de ziekte want die zijn niet bekend. Symptoomverlichting is wel een optie. Vanuit hun professie en de participatiegedachte zijn verzekeringsartsen van mening dat ze patiënten die helemaal geen behandeling volgen wel moeten stimuleren tot het volgen van een vorm van behandeling. Cliënten kunnen immers baat hebben bij het gebruik van medicatie waardoor bepaalde klachten verminderen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is daarbij een te overwegen behandelingsoptie omdat deze het meest is onderzocht op effectiviteit. Als een cliënt echter om moverende redenen en in overleg met de reguliere behandelaar afziet van CGT, dan is dit enkele feit geen reden om aanspraak op sociale zekerheid aan cliënt te onthouden. Dat is ook in de geest van de eerder genoemde multidisciplinaire richtlijn.

Bijlage 2

Correspondentie Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid --- UWV over vragen en antwoorden bij beleidsstuk 'De beoordeling van cliënten met ME/CVS bij UWV'.

Begin doorgestuurd bericht:

Van: "Kroneman, Herman (H.)"

Onderwerp: RE: Antwoorden op bevrage bij beleidsstuk beoordeling ME/CVS

Datum: 4 februari 2019 16:09:06 CET

Aan: 'Ynske Jansen' "Faas, Jim (J.)"

Kopie:

Dag Ynske,

Wij hebben twee kleine wijzigingen in de bijlage aangebracht en daarmee kunnen wij ons vinden in de tekst.

Met vriendelijke groet,

Herman Kroneman

Van: Ynske Jansen

Verzonden: donderdag 31 januari 2019 12:28

Aan: Kroneman, Herman (H.) Faas, Jim (J.)

CC:

Onderwerp: Antwoorden op bevrage bij beleidsstuk beoordeling ME/CVS

Beste Herman en Jim,

Zoals op 22 januari afgesproken hebben wij onze vragen bij het beleidsstuk van het UWV van 4 juli 2018 en jullie antwoorden daarop uitgeschreven.

Zie de bijlage.

Wij vernemen graag zo spoedig mogelijk van jullie akkoord gaan met de tekst, of nog verbeteringen voorstellen. Kunnen we uitgaan van een termijn van een week waarbinnen we jullie reactie mogen verwachten, dus voor vrijdag 8 februari 2019?

Vriendelijke groet,

Ynske Jansen,

Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid,

mede namens de ME/CVS Stichting en de ME/cvs Vereniging