

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij kanker

ENTREETOETS

Beantwoord voor uzelf de volgende vragen alvorens u het artikel gaat lezen.

- Welk deel van de mensen waarbij de diagnose kanker is gesteld, is in staat het werk na twee jaar weer te hervatten?
- Welk structureel verzuimrisico wordt door de Centrale Raad van Beroep als grens beschouwd, van wat in redelijkheid nog van een werkgever kan worden verlangd, om een tewerkstelling te regelen?
 - 10%
 - 20%
 - 25%
 - 30%
- Wat is een belangrijke leidraad bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden bij gemetastaseerde ziekte?
- Aan welk criterium/welke criteria dient te worden voldaan om te kunnen komen tot de beslissing 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (GBM) op grond van blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden?
 - relatief langere periodes van verslechtering
 - frequent korte periodes van verslechtering
 - een daling onder de zelfredzaamheidsgrens
- Het niet voldoen aan de criteria uit het Schattingsbesluit om GBM aan te nemen, betekent dat de verzekeringsarts niet mag/kan besluiten tot GBM.

juist/onjuist

Mr. W.A. Faas

verzekeringsarts/medisch adviseur
directoraat Bezwaar en beroep,
UWV, Amsterdam

Dr. D. Spreeuwers

bedrijfsarts/klinisch
arbeidsgeneeskundige, Vumc en
IKA-Nederland, Amersfoort

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- kunt u medisch specialistische informatie wegen bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden bij kankerpatiënten;
- weet u hoe u frequente uitval en gevolgen van behandeling of complicaties van kanker moet beoordelen;
- kunt u toepasbaarheid van GBM beoordelen bij mensen met kanker die niet volledig voldoen aan de criteria van het Schattingsbesluit.

Samenvatting

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling van patiënten met kanker kan lastig zijn. Complicerende factoren zijn langdurige vermoeidheid, psychische belasting, wisselende belastbaarheid – soms met frequente periodes van verzuim – en situaties waarin 'geen benutbare mogelijkheden' overwogen kan worden, maar waarbij cliënten niet aan alle voorwaarden voldoen. Aan de hand van casuïstiek worden enkele thema's besproken die relevant zijn bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij kanker.

INLEIDING

Jaarlijks wordt in Nederland bij circa 70.000 mensen de diagnose kanker gesteld. De prevalentie van kanker is circa 400.000 patiënten in Nederland. De verwachting is dat de incidentie van kanker tot 2015 zal toenemen met 40% en de prevalentie met 90%. De ziekte heeft de laatste decennia steeds meer het karakter gekregen van een chronische ziekte. Kankerpatiënten hechten grote waarde aan terugkeer naar werk en economische zelfstandigheid. Toch lukt het niet meer dan de helft van hen om daadwerkelijk te re-integreren in werk.¹

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling van patiënten met kanker kan lastig zijn. Vooral de langdurige vermoeidheid en de psychische belasting maken de beoordeling van de belastbaarheid moeilijk. Ook komt het regelmatig voor dat kankerpatiënten tijdens de behandeling een wisselende belastbaarheid hebben, al of niet met frequente periodes van verzuim. Hoe moet de verzekeringsarts hiermee omgaan bij de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid? Daarnaast zijn er situaties waarbij ‘geen benutbare mogelijkheden’ (GBM) overwogen kan worden, maar waarbij cliënten niet aan alle voorwaarden voldoen. Uit een project waarbij oncologische patiënten een tweede keer werden beoordeeld door een verzekeringsarts die zich gespecialiseerd had in oncologie, bleek dat deze beoordeling een toegevoegde waarde had. De claimbeoordeling wint aan kwaliteit en cliënten bleken zeer tevreden over de tweede beoordeling.²

In dit artikel wordt aan de hand van casuïstiek een aantal thema’s besproken die relevant zijn bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij kanker. Daarbij is gebruik gemaakt van casuïstiek die is ontleend aan de mediprudentie.*

CASUÏSTIEK

Casus 1 – discrepantie tussen visie medisch specialist en cliënt

Deze casus behandelt de vraag wat de betekenis is van de informatie van de behandelend specialist, die meldt dat de patiënt ‘in klinisch zeer goede conditie’ verkeert, voor de beoordeling van functionele mogelijkheden bij een man met een gemetastaseerd rectumcarcinoom.

CASUS 1

De cliënt is een 55-jarige magazijnbeheerder die een palliatieve therapie ondergaat wegens een gemetastaseerd endeldarmcarcinoom met multipole metastasen, waaronder in de lever. Cliënt wilde geen operatie en heeft dus geen stoma en geen problemen die daarmee samenhangen. Er zijn tot dusver geen passageproblemen. Hij heeft een korte radiotherapie gehad en aansluitend iedere drie weken een chemokuur. Er is een behandelingspauze geweest van enkele maanden. De chemotherapie werd hervat, omdat er sprake was van groei van de metastasen. Tot dusver is het beeld stabiel. De afgelopen tijd is op basis van de bloedwaarden de hoeveelheid chemotherapeutica verlaagd. De prognose zal

daarmee samenhangen. De cliënt heeft veel last van de bijwerkingen van de medicijnen en van vermoeidheid. Zijn activiteitsniveau is laag. De specialist schrijft dat betrokkene klinisch in een zeer goede toestand verkeert.

Bij het onderzoek van de verzekeringsgeneeskundige blijkt dat cliënt nog af en toe pijn heeft in de buik, af en toe bloed bij de ontlasting en obstipatie, maar ook af en toe diarree. Als bijwerking van de medicatie noemt hij: koud lijf, niet fit, wisselend moe, veel slapen, ook overdag. Vaak misselijk, spierpijnen, prikkel en pijn in handen en voeten. De cliënt is 12 kilo afgevallen in de eerste tijd, maar nu is het gewicht stabiel. Op de dag van het infuus is hij misselijk.

Dagverhaal/sociaal

De cliënt blijft in bed liggen tot 11 of 12 uur. Hij staat dan op om zich te wassen en aan te kleden. Daarna gaat hij liggen of zitten op de bank en tv-kijken. Hij heeft de thermostaat op 23 graden staan, maar heeft daarnaast nog een warmhoudkussentje en hij ligt onder een deken. Zegt dat hij in een B&B woont (geen bed and breakfast, maar bed en bank). Gevraagd naar zijn activiteit zegt de cliënt dat hij wel eens de vaatwasser uitruimt of koffiezet. Bij mooi warm weer fietst hij 500 meter. Wandelen is lastiger in verband met klachten aan de voeten. Hij krijgt voldoende aanloop en kijkt ‘s avonds ook tv. De cliënt gaat tussen 22.00 en 23.00 uur naar bed. Hij slaapt meestal goed, maar soms ligt hij te piekeren. Zijn hobby’s waren voetballen, waarmee hij nu is gestopt, en sleutelen aan motoren. Soms gaat hij met een kennis mee naar een motorwedstrijd. De dagen erna is hij dan compleet gesloopt, maar hij vindt het wel leuk. Hij gaat af en toe naar het werk om koffie te drinken en wat te praten. Hij denkt niet meer aan het werk te komen, is te moe en heeft te veel last van handen en voeten. Gevraagd naar zijn toekomstvisie geeft de cliënt aan dat hij de moed niet opgeeft. Zolang het gaat, gaat het.

Medische overwegingen verzekeringsarts

De cliënt kan niet meer curatief worden behandeld, maar kan nog wel enige tijd stabiel blijven. Hij wordt palliatief behandeld en heeft naast de bijwerkingen van de medicijnen ten aanzien van handen en voeten en veel last van vermoeidheid. Zijn activiteitsniveau is laag

en hangt samen met de klachten. Conform het verzekeringsgeneeskundig protocol darmkanker kan bij de cliënt worden gesproken van een volledige arbeidsongeschiktheid.³ Op deze situatie past een IVA-uitkering. Vanwege het ontbreken van medisch specialistische informatie wordt deze opgevraagd.

Informatie medisch specialist

Hepatogeen gemetastaseerd rectumcarcinoom. Diverse chemokuren, deelname aan trial. Onduidelijke prognose gezien behandeling in studieverband. Klinisch in zeer goede conditie.

Bespreking

Om tot een beoordeling in deze casus te komen, werd het protocol darmkanker bestudeerd. Daarna werden de gevonden resultaten beschreven en de conclusie geformuleerd.

Functionele mogelijkheden met metastasen op afstand

Ook als er sprake is van aangetoonde metastasen op afstand zijn er vaak nog functionele mogelijkheden. De mediane overleving nadat de metastasering is vastgesteld, is afhankelijk van de plaats van de metastasen en diverse andere factoren. Het verloop is bovendien grillig en afhankelijk van de mate waarin de palliatieve therapie aanslaat. De kwaliteit van leven kan gedurende lange tijd goed zijn. Patiënten die een langdurige remissie doormaken na chemotherapie, kunnen klachtenvrij zijn. Uit onderzoek blijkt dat in deze situatie de beleving van de patiënt van zijn eigen gezondheid een betere voorspeller is van het beloop van de ziekte dan klinische criteria. Daarom zijn bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden bij gemetastaseerde ziekte respect voor de eigen inschatting van de patiënt en voor zijn levensplan een belangrijke leidraad.⁴

Conclusie

Er is een verschil in de visie van de internist (klinisch zeer goede conditie) en die van betrokkene (leeft grotendeels op bed en bank). De informatie van de behandelaar moet gezien worden in de context van de (palliatieve) behandeling. 'Een klinisch zeer goede conditie' betekent dan dat passagetoornissen of andere te verwachten complicaties (nog) niet zijn opgetreden. Deze visie geeft geen informatie over de kwaliteit van leven zoals die door betrokkene wordt ervaren. In het protocol darmkanker wordt gesteld dat de eigen beleving en inschatting van de mogelijkheden

een belangrijke leidraad zijn bij het vaststellen van de belastbaarheid.⁴ In deze casus, waarbij de cliënt aangeeft grotendeels op bed en bank te leven en denkt niet meer aan het werk te komen, is het protocollair dus juist om te concluderen dat de cliënt geen benutbare mogelijkheden heeft. Met betrekking tot de duurzaamheid: de diagnose en de (palliatieve) behandeling geven geen aanleiding om herstel van functionele mogelijkheden in de toekomst te verwachten. Rekening houdend met beide omstandigheden heeft de verzekeringsarts terecht de conclusie getrokken dat cliënt blijvend geen benutbare mogelijkheden heeft. Een IVA-uitkering is daarom aan de orde.

Casus 2 – hoe omgaan met frequente uitval?

De tweede casus betreft de vraag of je bij mensen die frequent uitvallen moet spreken van (de uitzonderingscategorie) wisselende belastbaarheid, waarbij het vastleggen van de belastbaarheid vooralsnog achterwege kan blijven, of dat een verzekeringsarts steeds opnieuw de actuele belastbaarheid moet vastleggen? In de casus gaat het om een cliënte die frequent uitvalt als gevolg van complicaties na bestraling. De verzekeringsarts kiest in deze casus voor het actualiseren van de belastbaarheid zoals die is vastgesteld bij een vorige beoordeling.

CASUS 2

De cliënt is een 55-jarige vrouw, werkzaam als verpleegkundige voor 21 uur per week. In december 2006 meldde zij zich arbeidsongeschikt voor dit werk vanwege een mammacarcinoom. Er volgen een mamma-sparende operatie links, okselkliertoilet, bestraling en chemotherapie. Door de bestraling ontwikkelde de cliënt een bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia (BOOP). Aan het eind van de wachttijd werd de cliënt na functieduiding geschikt geacht voor passende werkzaamheden. Zij hervat passende werkzaamheden als verzorgende en ze heeft daarbij nachtdiensten als slaapwacht. De cliënt heeft ten gevolge van het corticosteroïdengebruik inmiddels een forse osteoporose ontwikkeld met inzakkingen van drie thoracale wervels.

Bij het onderzoek van de verzekeringsgeneeskundige blijkt uit het dossier dat er een urenbeperking in de FML is aangegeven van 20 uur per week. De cliënt heeft een WGA-uitkering



van 45-55% per december 2008. Zij werkt als verzorgende voor 16,8 uur per week met af en toe nachtdiensten als slaapwacht.

Aanvankelijk verliep het werk goed, echter in maart 2009 had ze weer een recidief van de BOOP en is ze twee weken uit de running. Daarna begint ze weer met werk, gedeeltelijk; ze wordt ingeroosterd voor twee dagen per week. In juli werkt ze weer normaal, in augustus werkt ze meer uren om de vakantiedagen van anderen op te vangen. In december heeft ze weer een terugval door een nieuwe BOOP. Desondanks heeft ze het werk gedeeltelijk voortgezet.

Zolang ze de Prednison gebruikt met een minimale dosis van ongeveer 7,5 mg daags voelt ze zich fit genoeg om haar werk te doen. Vanwege de forse osteoporose is het wenselijk om de Prednison af te bouwen. Zodra ze niets meer gebruikt, gaat het in de weken daarna mis en ontstaat opnieuw een BOOP. In oktober 2009 was de dosering weer afgebouwd, ze is nauwelijks zes weken verder en de klachten zijn weer begonnen. Het begint met een kleine verkoudheid en schiet dan meteen door. Door het Prednison-gebruik krijgt ze slaapproblemen. Ze komt niet tot rust en kan zowel 's nachts als overdag niet slapen. Hierdoor neemt de moeheid geleidelijk toe.

Tevens heeft ze meer last van de rug, midden en onderin. Door de osteoporose zijn er drie thoracale wervels ingezakt, ze is 6 cm kleiner geworden. De pijn is met name bij staan, gebukt werken en tillen. Bij zitten op een goede rechte stoel met steun kan ze dit langere tijd volhouden.

De bloedsuikerspiegel schommelt, waardoor ze last heeft van trillende handen. Verder heeft ze stressincontinentie klachten. Deze klachten zijn minder als ze geen Prednison gebruikt.

Dagverhaal/sociaal

De dagindeling is in principe normaal, ze heeft haar werk en bezigheden in het huishouden. Slaapt 's nachts slechts enkele uren waardoor ze overdag wat rust neemt.

Sociaal: gehuwd, nog één kind thuis, vier andere kinderen wonen zelfstandig. Ze heeft ook een aantal kleinkinderen.

De cliënt ervaart psychisch geen belemmeringen in het functioneren. Wel ervaart zij lichamelijke belemmeringen ten aanzien van fysiek zwaardere arbeid en rugbelastende werkzaamheden. Zij verwacht dat de nu ervaren belemmeringen op termijn zullen afnemen. De cliënt acht zich nog niet volledig geschikt voor het eigen werk, maar verwacht haar huidige werk op korte termijn weer voor de gebruikelijke uren te kunnen verrichten.

Medische overwegingen verzekeringsarts

De cliënt is bij de voorgaande WIA-beoordeling geschikt geacht om, rekening houdend met haar beperkingen, werkzaamheden te verrichten gedurende 20 uur per week, 4 uur per dag, zonder onregelmatige werktijden. De verwachting was dat de medische situatie op korte termijn (binnen drie maanden) niet wezenlijk zou verbeteren. Dit is op langere termijn wel mogelijk, als een oplossing is gevonden voor de problematiek ten aanzien van het gebruik van medicatie.

Bespreking

Drie aspecten van deze casus worden hier besproken:

- 1 Wat kunnen de consequenties zijn van bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (BOOP)?
- 2 Tot welke beperkingen kan de osteoporose leiden?
- 3 Is het verzuim ten gevolge van de behandeling en complicaties van de aandoening excessief en kan van een werkgever in verband met het te verwachten ziekteverzuim van betrokkene in redelijkheid worden verlangd haar te werk te stellen?

BOOP

Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (BOOP) is een zeldzame aandoening die gepaard gaat met infiltraten in de bronchioli, de alveolaire ductuli en de alveoli. Bij patiënten met mammacarcinoom komt BOOP voor in 0 tot 10%, terwijl bij 27 tot 40% röntgenologische veranderingen worden gezien. De symptomen

zijn een niet-productieve hoest, dyspnoe, koorts, thoracale pijn, malaise en gewichtsverlies. De symptomen ontstaan enige tijd na de bestraling; acute bestralingspneumonitis ontstaat na vier tot twaalf weken na de bestraling, late of fibrotische bestralingspneumonie ontwikkelt zich na zes tot twaalf maanden. Voor de diagnostiek is zowel het interval tussen de bestralingen als het ontstaan van de klachten van belang. Beeldvormend onderzoek, zoals X-thorax en CT-scan, bevestigt de diagnose. Verder wordt nucleair onderzoek gebruikt, onder andere galliumscans. Bij longfunctieonderzoek wordt een verlaging gezien van TLC, FVC en RV, diffusiecapaciteit en longcompliantie. Een verlaagde zuurstofsaturatie wordt alleen gezien bij inspanning. Soms kan bronchoscopie geïndiceerd zijn met bronchoalveolaire lavage.

BOOP met symptomen wordt behandeld met corticosteroiden. Bij longfibrose is er geen effect te verwachten van behandeling met corticosteroiden. Bij patiënten die klachtenvrij zijn, wordt geen behandeling gegeven, tenzij de longfunctie daalt met meer dan 10%. Er wordt doorgaans gestart met 60 mg per dag gedurende twee weken, met geleidelijke afbouw over drie tot twaalf weken, ofschoon daar geen vaste schema's voor zijn. In de literatuur wordt verder aangegeven dat symptomen en afwijkingen op de thoraxfoto neigen tot recidivering bij het stoppen van de therapie. Andere immunosuppressiva die ook gebruikt worden zijn azathioprine en ciclosporine. Deze middelen worden ingezet bij patiënten die corticosteroiden niet verdragen of waarbij de ziekte niet reageert op behandeling met corticosteroiden. De prognose is over het algemeen goed, maar bij progressief verloop is de prognose slecht.

Osteoporose

In de CBO-richtlijn *Osteoporose* is hoofdstuk 9 gewijd aan osteoporose en arbeidsparticipatie.⁵ De genoemde aandachtspunten worden hier weergegeven. Om de belastbaarheid te bepalen, is het raadzaam kennis te nemen van de mogelijke beperkingen die zijn ontstaan als gevolg van osteoporose. Osteoporose kan behalve steeds meer beperkingen in dagelijkse activiteiten (ADL), ook beperkingen geven voor de verrichte werkzaamheden.

Er kan in meer of mindere mate sprake zijn van:

- Beperkingen van activiteiten waarin enkelvoudige bewegingen een rol spelen, zoals

een arm optillen (reiken), bijvoorbeeld bij wervelfracturen.

- Beperkingen van activiteiten waarin meer complexe en/of samengestelde bewegingen een rol spelen (zoals lopen, bukken, hurken, zitten gaan en opstaan, gaan liggen en opstaan, iets oppakken of grijpen), wat eveneens geldt bij wervelfracturen.
- Beperkingen in activiteiten waarin de tijd-ruimtelijke coördinatie een rol speelt. Dit heeft vaak ook een veranderd lichaamsbesef tot gevolg. Dat kan leiden tot het verkeerd inschatten van bewegingen, zoals misgrijpen, verstappen of vertillen, bijvoorbeeld bij heupfracturen, maar ook weer bij wervelfracturen.
- Mensen met osteoporose kunnen sociaal-psychische problemen ontwikkelen, zoals bewegingsangst, angst om te vallen en angst om fracturen te krijgen. De beperkingen hangen sterk samen met de aard van de gevolgen van osteoporose. Dit geldt met name bij de verschillende fracturen.
- Wervelfracturen ontstaan vaak tijdens routineactiviteiten, zoals buigen, zich oprichten of opstaan vanuit een stoel of bed. Door voortdurende van de klacht kan vervorming van de wervelkolom gepaard gaan met chronisch diffuse rugpijn en sneller optredende vermoeidheid (kortademigheid door een verminderde functionele capaciteit), hypertonie van de paravertebrale spieren en startstijfheid.
- Heupfracturen zijn meer een probleem van de oudere bevolking met de daarbij gepaard gaande immobiliteit.
- Polsfracturen worden meestal veroorzaakt door een val op de gestrekte arm en zijn vaak erg pijnlijk. Genezing vergt veelal maanden, met een beperking in de activiteiten waarbij de arm gebruikt wordt.

Is het verzuim excessief?

De cliënt verzuimt in maart 2009 gedurende twee weken volledig. Daarna hervat ze haar werkzaamheden gedeeltelijk (twee dagen per week van de in totaal drie werkzame dagen per week). In juli 2009 hervat ze weer volledig. In december verzuimt zij gedeeltelijk. Dit verzuim wordt geschat op een verzuim van vier weken voor 50%.

Het totale verzuim in 2009 is ongeveer negen weken. Dit is 17,5%.

Uit uitspraken van de Centrale Raad van Beroep valt af te leiden dat een structureel verzuim-

risico van circa 25% als grens wordt beschouwd van wat in redelijkheid nog van een werkgever kan worden verlangd om een tewerkstelling te regelen. Het verzuimpercentage van cliënte is lager.

Conclusie

De betrokkene claimt geen beperkingen te ondervinden van de luchtwegen tussen de recidieven van de BOOP door. Zorgvuldigheidshalve kan hier toch rekening worden gehouden met beperkingen ten aanzien van het werken in een rokerige, stoffige en vochtige omgeving en het werken met stoffen die de luchtwegen irriteren. Ook zijn er beperkingen ten aanzien van werken met (gas)maskers.

Het verzuim van de cliënt bedraagt in het afgelopen jaar ongeveer 17%, wat niet als excessief is te betitelen volgens jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep. De osteoporose van de cliënt, mede als gevolg van het gebruik van corticosteroiden, leidt tot beperkingen ten aanzien van zwaardere fysieke arbeid, rugbelastende en complexere of routinematige werkzaamheden. Ook bestaat er een beperking voor het werken op gladde vloeren en werken op een locatie waar het behoud van coördinatie een rol speelt. Haar klacht van slecht slapen geeft ook aanleiding tot een beperking voor het 's nachts werken. Deze beperking kan uiteraard worden genuanceerd op geleide van de ervaringen van de cliënt.

Het antwoord op het dilemma is dat op grond van de criteria er niet kan worden uitgegaan van 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' op grond van blijvend aanmerkelijk wisselende mogelijkheden in deze casus. Daarvoor moet namelijk sprake zijn van relatief langere periodes van verslechtering en 'een daling onder de zelfredzaamheidsgrens'. Daarvan is in deze casus geen sprake. Dus moet de actuele belastbaarheid vastgelegd worden. Er kan echter niet zonder meer worden uitgegaan van de eerder vastgestelde belastbaarheid. Mogelijk zijn de longfunctiewaarden verslechterd en in dat geval moet de belastbaarheid navenant naar beneden worden bijgesteld.

Casus 3 – GBM of niet?

Kan bij een 32-jarige vrouw met forse restklachten na intensieve behandeling in verband met een gemetastaseerd cervixcarcinoom met onzekere prognose (vijfjaarsoverleving 50%) en met geringe restcapaciteit, gesteld worden dat

er sprake is van GBM, zonder dat cliënte volledig voldoet aan een van de criteria van het Schattingsbesluit?

CASUS 3

De cliënt is een 32-jarige vrouw, werkzaam geweest als kapster voor 24 uur per week. Zij heeft zich ziek gemeld in verband met cervixcarcinoom. Operatieve verwijdering van het carcinoom bleek niet mogelijk, de tumor was vastgegroeid aan de buik-/baarmoederwand. Ze werd twee keer geopereerd, bij de eerste operatie werden de ovaria omhoog geplaatst om ze uit het bestralingsgebied te halen, daarna werden positieve lymfeklieren verwijderd. Verdere behandeling bestond uit chemo- en radiotherapie. Na behandeling bestonden nog forse restklachten, met name zeer forse klachten van moeheid. Andere klachten: rugklachten, handklachten (pijn en krachtsverlies) en chronische sinusitis frontalis.

Dagverhaal/sociaal

Ze heeft een zoontje van 8 jaar. Overdag komt ze tot weinig, ze zorgt voor haar zoontje, een buurvrouw helpt veel en brengt en haalt hem naar en van school. Ook krijgt ze veel hulp van haar ouders. Ze heeft twee maal per week huishoudelijke hulp voor het zwaardere werk. Zelf doet ze kleine dingen, ze neemt regelmatig rust en ze gaat elke middag slapen. Ze volgt nu twee middagen in de week het therapieprogramma Herstel en Balans en merkt nog niet veel verbetering. De cursus duurt nog twee maanden.

Informatie gynaecoloog/oncoloog

Er sprake is van stadium 2A1 plaveiselcelcarcinoom van de cervix met lymfogene metastasen links en rechts, hoogste positieve klier ter hoogte van communis links. Via mediane onderbuikslaparotomie werd een klierdebulking verricht met transpositie van de ovaria naar de bovenbuik. Vervolgens werd de cliënt in opzet curatief behandeld door middel van chemoradiatie. Onder narcose, twaalf weken na de laatste bestraling, werd geen residu gezien. Bij routine follow-up waren er geen aanwijzingen voor recidief, wel recidiverend buikpijnklachten. De vijfjaarsoverleving is ongeveer 50%.

Medische overwegingen verzekeringarts

De verzekeringarts concludeert dat de cliënte de afgelopen twee jaar veel voor haar kiezen heeft gekregen, zowel lichamelijk als psy-

chisch. Er is sprake van maligniteit, in opzet curatief behandeld, maar de kans op recidief blijft bestaan. Als dat zo is, kan de cliënte niet meer behandeld worden. De onzekerheid over de komende jaren is groot. Door dit alles en de therapie die cliënte nu nog heeft (het therapieprogramma Herstel en Balans) is er sprake van GBM. De cliënte heeft al haar energie nodig om thuis overeind te blijven, minimaal te kunnen blijven functioneren en het therapieprogramma te kunnen blijven volgen. Een herbeoordeling wordt gepland.

Bespreking

Deze casus illustreert een regelmatig terugkerend thema: een cliënt voldoet niet aan de criteria uit het Schattingsbesluit om GBM aan te nemen, maar er zijn dusdanige medische beperkingen dat als de verzekeringsarts een FML zou opstellen, er voor cliënte vrijwel zeker op arbeidsdeskundige gronden een 80-100% WIA volgt. GBM mag worden aangenomen bij opname in een ziekenhuis of AWBZ-instelling en bij bedlegerigheid. Verder wanneer er bij een cliënt sprake is van lichamelijke niet zelfredzaamheid (afhankelijkheid van anderen bij ADL) of psychische niet zelfredzaamheid (door onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren). Op het eerste oog lijkt zij niet een dermate geringe belastbaarheid te hebben dat zij aan een van deze criteria voldoet.

Zo is er sprake van enige activiteiten over de dag genomen; de behandeling beslaat 'slechts' twee dagdelen; de gevolgde behandeling was in opzet curatief en de prognose is niet per se infaust. Aan de andere kant van de medaille: cliënte zit nog maar net in de herstelfase na intensieve therapie; enige recuperatietijd is nodig; zij verkeert nog in onzekerheid over haar toekomst en de prognose op langere termijn is ongewis; zij geeft dat zij al haar energie nodig heeft om thuis te kunnen functioneren in combinatie met het therapieprogramma.

Conclusie

Cliënte heeft op dit moment al haar energie nodig om thuis overeind te blijven, minimaal te kunnen blijven functioneren en de therapie te kunnen blijven volgen. Daarom wordt zij nu niet belastbaar beschouwd. Wel wordt een medische herbeoordeling gepland.

NABESCHOUWING

In de eerste casus komt nadrukkelijk het wegen van medisch specialistische informatie bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden bij kankerpatiënten aan bod. Als de behandelbaar spreekt van een (zeer) goede klinische conditie moet dat gezien worden in de context van de behandeling. Het is verleidelijk om een dergelijk 'positief' bericht zonder meer over te nemen in de verzekeringsgeneeskundige setting. Dat gevaar bestaat vooral wanneer er een beoordeling op de stukken wordt gedaan. Hoe iemand daarbij in het dagelijks leven en in het werk functioneert is soms een heel ander verhaal.

In casus twee komen twee bijkomende medische problemen aan bod, met hun consequenties voor de belastbaarheid bij een vrouw met borstkanker: de bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia (BOOP) en osteoporose. Tevens komt de betekenis van frequent verzuim aan bod. Die moet niet worden onderschat. Jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep dient de verzekeringsarts hierbij als richtsnoer om te bepalen of er wel of niet sprake is van excessief verzuim.

In de derde casus komt het dilemma aan de orde van de kankerpatiënt die net niet lijkt te voldoen aan de criteria voor GBM. In deze casus zijn er zeker extra inhoudelijke argumenten aan te voeren om – binnen de gangbare criteria – GBM aan te nemen. Zo lijkt de cliënte wat betreft zelfverzorging en de dagelijkse activiteiten op of onder een aanvaardbare grens te zitten en niet meer dan twee uren achtereen te kunnen functioneren, waarbij zij bij diverse vitale zaken hulpbehoevend is. Verder is sprake van een cliënt in de herstelfase van haar ziekte. Dit maakt dat er mogelijk nu geen functionele mogelijkheden zijn, maar op termijn wel. Dit laatste sluit dan weer goed aan bij de benadering van de verzekeringsarts in deze casus: hij adviseert een herbeoordeling. Het opgevoerde dilemma raakt aan een belangrijk aspect waarin de verzekeringsgeneeskunde zich onderscheidt van de curatieve geneeskunde. De verzekeringsarts toetst de situatie van een cliënt aan de polisvoorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Dat theoretische kader sluit niet altijd aan bij individuele praktijksituaties. In deze casus zal het in betaald werk reëel benutten van eventuele restcapaciteit er in de praktijk – althans op korte termijn – welhaast zeker niet van zal komen.

De 'harde' polisvoorwaarden lijken soms in te druisen tegen het gevoel en de normen en waarden van de zorgverlener. De verzekeringsarts is zich bewust van zijn bijzondere positie ten opzichte van de behandelend arts. Ook realiseert hij zich dat individuele beslissingen gewogen worden in de bredere context van het algemeen belang.

Een goedbedoelde 'hand over het hart' kan uitgroeien tot het onder medische vlag 'wegstempelen' van tal van maatschappelijke vraagstukken die in essentie niet voortkomen uit individuele medische beperkingen. Het is daarom bij uitstek waardevol en gewenst dat verzekeringsartsen deze praktijkproblemen en dilemma's voor het voetlicht brengen.

JURISPRUDENTIE OVER FREQUENT VERZUIM

- CRvB, 29 augustus 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BB2600;

- CRvB, 21 november 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BG6346;

- CRvB, 30 mei 2002, ECLI:NL:CRVB:2000:AE8622.

De Centrale Raad van Beroep vindt dat bij een verzuimpercentage van 25% in redelijkheid van de werkgever een tewerkstelling mag worden verwacht. Daarbij geldt als bijkomende voorwaarde dat het moet gaan om functies die niet persoonsgebonden zijn, eenvoudig van aard, waarbij vervanging op eenvoudige wijze te realiseren valt.

LITERATUUR

- 1 Zanten-Przybyls I van, Boer AGEM de, Berge EE ten, Uitterhove ALJ, Bannink M, Gijsen BCM, Vreugdenhil G. Werkherleving bij kanker: wetenschappelijk onderbouwd. TBV 2008; 16: 285-291.
- 2 Klarenbeek AGM, Broekhuizen MLA. Tweede beoordeling van oncologisch patiënten door een specialist-verzekeringsarts. Oncologieproject Hengelo. TBV 2008; 16: 312-315.
- 3 NVVG. Protocol Darmkanker. Utrecht: NVVG; 2013. http://www.nvvg.nl/images/stories/Protocollen/Boekje_Darmkanker_en_Diabetes_Mellitus.pdf.
- 4 NVVG. Protocol Darmkanker. Utrecht: NVVG; 2013. Hoofdstuk 6, paragraaf 2, p.47.
- 5 Osteoporose. Tweede herziene richtlijn. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2002.

*Met dank voor de inbreng van mediprudentiegroepen van resp. UWV Utrecht, contactpersoon: Margot Joore, verzekeringsarts en UWV Nijmegen, contactpersoon: Fawad Damee, verzekeringsarts. Tevens is dank verschuldigd aan Cécile van Linschoten voor haar hulp bij de uitwerking van de casuïstiek.

EINDTOETS

1. Tot GBM kan niet zonder meer worden besloten in de volgende situatie:
 - a de betrokkene is opgenomen in een ziekenhuis of AWBZ-instelling voor de duur van drie maanden of meer
 - b de betrokkene is bedlegerig
 - c betrokkene functioneert als gevolg van een psychische stoornis minimaal in zelfverzorging, samenlevingsverband en sociale contacten
 - d betrokkene heeft als gevolg van een terminale aandoening een sterk wisselende belastbaarheid
2. Stel dat in casus 3 een recidief optreedt:
 - a verandert dat niets aan de beoordeling van de verzekeringsarts, er blijft immers een kans op genezing
 - b dient IVA te worden overwogen gezien de slechte prognose van een recidief
 - c hangt de beoordeling af van de vraag of betrokkene een excessief verzuim heeft
3. Bij kankerpatiënten met metastasen op afstand:
 - 1 Is het bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden van de patiënt belangrijk om vooral uit te gaan van de klinische criteria.
 - 2 Is de kwaliteit van leven over het algemeen slecht.
 - a stelling 1 is juist
 - b stelling 2 is juist
 - c beide stellingen zijn juist
 - d beide stellingen zijn onjuist
4. Wat is in casus 1 de doorslaggevende overweging om een IVA toe te kennen?
 - 1 Betrokkene kan geen 20% van zijn laatstverdiende loon verdienen.
 - 2 De prognose dat dit de komende vijf jaren verbeterd is minimaal.
 - a stelling 1 is juist
 - b stelling 2 is juist
 - c beide stellingen zijn juist
 - d beide stellingen zijn onjuist
5. De betrokkene in casus 2 is verpleegkundige. Het werk ervaart zij als plezierig en aanpassing in werktijden is mogelijk. Hoe zou uw oordeel luiden als zij lampenkappenstikster zou zijn in een donker kelderatelier, geen enkele vreugde uit haar werk haalde en er bovendien nauwelijks mogelijkheden tot aanpassing van het werk zouden zijn?
 - a de verzekeringsarts stelt de belastbaarheid ongewijzigd vast
 - b de verzekeringsarts komt tot een andere belastbaarheid