

Met de wensambulance naar de rechtbank

Een ijzersterk beeld: het bed. 'Doodzieke patiënt met wensambulance naar rechtbank om strijd met UWV'. De landelijke pers sprake er schande van: 'wat zijn dat voor mensen bij UWV, dat ze dit laten gebeuren'. En ja, het MM-woord viel bij herhaling: 'waar is toch die menselijke maat?'

Heel slechte publiciteit. Met een genuanceerd betoog over de 'soorten WIA' - vervroegde WIA, WGA en IVA – ben je dan werkelijk helemaal nergens. Er is hier echter iets heel anders aan de hand dan het ontbreken van de menselijke maat. Iets wat al jarenlang onder het oppervlak smeult en brandt.



De zaak van Gert-Jan

De 58-jarige Gert-Jan uit Almelo wilde de rechter duidelijk maken dat hij niet meer in staat is om te werken. Hij is aan bed gekluisterd. De aanvraag voor verkorte WIA is afgewezen. UWV vindt dat hij niet voldoet aan de daarvoor geldende criteria. Zijn vrouw moet het woord voeren: 'Gert-Jan heeft het chronisch vermoeidheidssyndroom, zijn hele energiesysteem is kapot. Je kunt hem het beste vergelijken met een kapotte smartphone, waarvan de accu niet meer kan worden opgeladen'. Er is geen zicht op verbetering.^{1 2}

Zo ongeveer daags na deze berichtgeving melden de kranten dat zijn 'gewone' WIA-aanvraag 'plotseling' wel is toegekend (IVA). Over de vervroegde aanvraag moet de bestuursrechter nog uitspraak doen. Gert-Jan is voor geen van beide besluiten persoonlijk benaderd.

¹ [Zieke patiënt met wensambulance naar rechtbank om strijd met UWV | NOS](#)

² [Doodzieke Almeloër Gert-Jan \(58\) wil per se bij gevecht om uitkering aanwezig zijn en wordt per brancard rechtszaal ingereden | Almelo | tubantia.nl](#)

De zaak van Marjolein

Minder opvallend maar wel prominent op social media: de belevenissen van Marjolein met UWV.³
Wat speelde er in haar rechtszaken?

Marjolein heeft ME/CVS en een gedeeltelijke WIA, om precies te zijn 39,1 % WGA. Zij vindt dat zij meer beperkingen heeft dan is erkend. Bezwaar en beroep: het haalt niets uit.

Haar toestand verslechtert, ze is bedlegerig geworden. Ze vraagt UWV om een herbeoordeling. Nu komt er bij de arbeidsdeskundige 33,51 % uit. Resultaat: UWV trekt de hele uitkering in. Haar inkomsten gaan naar nihil.

Had Marjolein dan maar niet om een herbeoordeling moeten vragen?

Haar man Rob en Marjolein zijn flabbergasted, ze snappen er niets van. Het lijkt wel pestgedrag. Ze zoeken een goede advocaat. Die zet – en dat is een novum in een situatie als deze - een kort geding door. De bestuursrechter vindt het genomen besluit medisch onvoldoende gemotiveerd. Het onderzoek vond vanwege de corona-maatregelen plaats door middel van een telefonisch consult. De verzekeringsarts achtte zich voldoende geïnformeerd en vond het opvragen van informatie bij de behandelaar niet nodig.

De voorzieningenrechter verordonneert dat het onderzoek beter over moet en schorst het besluit.

Inmiddels is Marjolein opnieuw onderzocht met als resultaat: volledig – maar nog niet duurzaam - arbeidsongeschikt (WGA).



Deze casus roepen een waaier aan beelden op. Als je de middelen en puf hebt om voor je rechten op te komen, is dat je enige kans in het huidige systeem. Of: wie hard kan schreeuwen, wint. Het andere perspectief: geen touw vast te knopen aan die UWV-beoordelingen. Ze zwichten pas als het moet, voor negatieve publiciteit. Ik laat Rob, de echtgenoot van Marjolein, aan het woord: 'het is pervers, maar ik voel me behoorlijk gelukkig. We hebben een dak boven ons hoofd. Onze kinderen zijn

³ <https://twitter.com/robwriting/status/1355117376308715520?s=21>

gelukkig ondanks dat hun moeder zich fysiek terugtrekt uit het leven. Ik voel een enorme boosheid voor de mensen die minder geluk hebben en gedwongen worden zich aan deze wreedheid te onderwerpen'. Zieke en hulpbehoevende mensen, die naar de rechtbank moeten om zichzelf te bewijzen, het is geen verheffend schouwspel. Hun herstelkansen zullen er vast niet door verbeteren.

Professionele volwassenheid

Internationaal gezien staat de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen in Nederland op het hoogste niveau. In een studie naar de werkwijze van 'medical experts performing disability assessments' in 12 landen komt naar voren dat de eenduidigheid van uitkomsten in Nederland het hoogst is.⁴ Dit neemt niet weg dat iedere professie bereid moet zijn deskundigheid ter discussie te stellen als de praktijk en de wetenschap onvoldoende eenduidig zijn. Er moet plaats zijn voor twijfel, waar de basis voor stelligheid nog ontbreekt. Je bent een volwassen professie, als je de zwakke plekken van je vak durft te adresseren. In het openbaar. Waarom memoreer ik dit? Ik heb niet de minste behoefte het vak te bashen.

Het is artsen toegestaan er verschillende visies op een aandoening op na te houden. Niets op tegen, discussie en voortschrijdend inzicht vormen de basis voor medische vooruitgang. Dat is in de curatieve hoek usance.

De prijs van de autonomie

Het doen van beoordelingen is een heel ander domein. Deze en andere ME CVS zaken leggen een pijnlijk probleem bloot: de prijs van de professionele autonomie.

Dat beoordelingen volstrekt reproduceerbaar (moeten) zijn is een illusie. De wet vereist dit,⁵ maar interdoktervariatie is onontkoombaar. Daar moeten we niet spastisch over doen. Rechters moeten niet van de kook raken als er een arts in het dossier opstaat, die ineens een andere diagnose debiteert. In de psychiatrie is dat niets bijzonders.⁶ Het maakt de eerdere diagnose niet vanzelfsprekend ongeldig. Ook het ietwat anders waarden van de beperkingen maakt de eerdere beoordeling daardoor niet meteen onjuist. Rechters hebben trouwens hun eigen interrechtvariatie. Het wordt een probleem als de variatie uit de hand loopt. Dat proberen we als verzekeringsartsen op allerlei manieren te voorkomen. Door de bandbreedte te verkleinen: met een vierjarige opleiding tot verzekeringsarts als medisch specialist, structurele intercollegiale afstemming en toetsing, protocollen, richtlijnen, na- en bijscholingen. Zo hoort het.

Maar daar gaat het hier niet over. Het gaat hier om verschillende visies op een aandoening die *op voorhand* zullen resulteren in totaal andere beoordelingsuitkomsten *op grond van die verschillende visies*. Dus niet de geaccepteerde interdoktervariatie die inherent is aan alle professionele activiteiten.

De beoordeling bij ME CVS in de praktijk

Als je een oproep krijgt voor een Ziektewet, WIA of Wajong beoordeling heb je geen idee bij wat voor arts je terechtkomt. Dat kan een basisarts zijn, een zij-instromer, een arts in opleiding tot verzekeringsarts, een 'echte' verzekeringsarts, een bedrijfsarts. Keuze heb je niet.

Bij ME CVS zaken is het nog veel belangrijker dat je weet *hoe* de UWV-arts over je aandoening denkt. Daar hangt veel van af. Het kan het verschil maken tussen het toekennen of afwijzen van een WIA- of Wajong-uitkering. Zo komen we terecht bij de verschillende zienswijzen op deze aandoening. Graag

⁴ J. Barth e.a., 'Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies', British Medical Journal 2017;356:j14 <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j14>

⁵ Art 4 lid 1b Schattingsbesluit 2000: de eis van reproduceerbaarheid.

⁶ Men leze bijv. 'Ruis: waarom we zo vaak verkeerde beslissingen nemen', Kahneman e.a.(2021): 'het deprimerende geval van de psychiatrie' p.288 ev.

verwijs ik naar de fraaie poging om de dominante discoursen over ME CVS te ontrafelen van onderzoekers Waaijer en Pluut in het rapport 'Onbegrepen ziek'.⁷ Een opdracht aan ons allemaal om uit de ineffectieve strijd te blijven. In het kort:

- ☑ benadering 1: ME/ CVS is psychisch, je kunt er wat aan doen en dat wordt dan ook van je verwacht
- ☑ benadering 2: ME/ CVS is een containerbegrip, er kan van alles achter schuil gaan, we moeten breed kijken naar behandelopties
- ☑ benadering 3: ME/ CVS is een multisysteemziekte, er is nog geen behandeloptie die tot herstel leidt⁸

Welke benadering de arts kiest heeft impact op de waardering van de ernst van de arbeidsbeperkingen én impact op het beoordelen van het blijvende karakter van die beperkingen. Als we dit weten: zou je dan niet - voorafgaand aan de beoordeling - aan de UWV-arts mogen vragen welke visie deze heeft op je ziektebeeld. Sterker nog: heb je er als burger niet gewoon recht op dat te weten? Het recht om daar niet pas achteraf mee te worden geconfronteerd.

Het argumentatie repertoire

Op naar *'the heart of the matter'*. Daarvoor moeten we inzoomen op de argumenten die verzekeringsartsen hanteren bij beoordelingen van mensen met ME CVS. Ik maakte een compilatie van de argumenten die ik aantrof in dossiers. Ze zijn van de periode na het advies van de Gezondheidsraad uit 2018 over ME CVS. Het spijt me het te moeten zeggen: ik kan de bevindingen niet anders kwalificeren dan een argumentatie-bingo. De drie zienswijzen zijn soms herkenbaar of herleidbaar, soms niet, maar één ding is duidelijk: ze komen allemaal voor. Met ieder hun eigen consequenties voor de uitkomst van de beoordeling.

De verschillende argumentaties werden in de voorbije jaren doorgaans met een wegwerpend gebaar afgedaan: 'ieder geval is anders'. Full stop. Ik wil daar geen genoeg meer mee nemen.

Wat staat er zoal op het argumentatie-repertoire? Een korte bloemlezing.

Als verzekeringsartsen het ontbreken van 'een pathologisch substraat' en 'objectiveerbare beperkingen'⁹ als uitgangspunt nemen kun je er gevoeglijk van uitgaan dat ze vinden dat er geen aanleiding is om meer dan lichte beperkingen aan te nemen. Hoe weinig actief of hoe bedlegerig iemand is doet er dan niet of weinig toe. De ene keer wordt deconditionering (een slechte conditie) feitelijk geaccepteerd en doorvertaald naar functionele beperkingen, de andere keer is het een fenomeen, waar je geen rekening mee hoeft te houden want 'gedrag'.

Hoe worden de adviezen van het gespecialiseerde ME CVS behandelcentrum in de beoordeling betrokken? Soms worden ze zonder meer overgenomen. In andere dossiers worden ze resoluut bestreden: 'de geadviseerde rustmomenten zijn niet wetenschappelijk onderbouwd'. Er zijn verzekeringsartsen die alles van deze behandelaars terzijde schuiven. Het kan een stap verder gaan. Dan wordt gesproken van onverantwoorde zorg, waar liefst een stok voor moet worden gestoken. De opvatting dat cognitieve gedragstherapie (CGT) op zijn minst moet of kan worden uitgetoetst is springlevend.¹⁰ Het UWV bracht over de behandelingsvormen CGT en graded exercise therapy

⁷ K. Waaijer en B. Pluut, 'Eindrapport Onbegrepen ziek', december 2020. Onderzoek in opdracht VWS, programma OPaZ (Ondersteuning Passend Zorgaanbod): [Eindrapport Onbegrepen ziek | Rapport | Regelhulp](#)

⁸ Ik ga hier niet in op de vraag of deze benaderingswijzen gelijkwaardig zijn.

⁹ Deze constatering ontlaan de verzekeringsarts in het bestuursrecht niet van de plicht het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) te toetsen. Zie hiervoor het Schattingsbesluit 2000 met de Nota van Toelichting.

¹⁰ Zie CRvB, 30 juni 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:1570: '... de methode van cognitieve gedragstherapie (is) door appellante nog niet beproefd'. Zie echter ook: M. Vink en F. Vink-Niese, 'Is ME/ CVS-patiënten op hun herstelgedrag aanspreken zinvol? Een review van de literatuur', TBV 29 (4), april 2021.

(GET) naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad een beleidsmededeling uit.¹¹ Dit beleidsadvies wordt in de praktijk niet eenduidig uitgelegd. Samengevat: een gevarieerd palet van onderling niet verenigbare argumentaties.

ME/CVS*Argumentatie*BINGO

Er is geen pathologisch substraat gevonden dat de klachten kan verklaren.	Orthostatische hypotensie is een volstrekt onschuldige aandoening.	Er zijn voldoende argumenten om vast te stellen dat bij cliënt sprake is van vergaande deconditionering.	De onderzoeken van Visser en van Campen zijn niet goed bruikbaar voor het vaststellen van de belastbaarheid.	Er is geen sprake van een aandoening waarbij herstel of verbetering van de arbeidsbelastbaarheid is uitgesloten.
De door cliënt ervaren ernst van de klachten en beperkingen staan niet in verhouding tot de gevonden afwijkingen.	Zoekt hulpverleners die haar somatische attributie bevestigen en in activiteit stimuleren. Dit is geen adequaat herstelgedrag.	Er dient door UUV rekening gehouden te worden met de richtlijnen van de Gezondheidsraad.	Cliënte is erop gewezen dat zij nog een CGT of multidisciplinaire training kan volgen.	Verbetering van klachten functioneren en coping met behandeling is niet uitgesloten.
Er zijn voldoende zware argumenten om cliënt in de arbeidsduur beperkt belastbaar te achten op energetische gronden.	Fysieke inactiviteit is een onderhoudende factor.	De diagnose ME/CVS betekent niet dat er een contra-indicatie bestaat om te bewegen.	In de reguliere medische wetenschap dient conditieverbetering plaats te vinden met geleidelijke activering, ook op cognitief vlak en niet door steeds minder te gaan doen. Hier is geen enkele medische reden voor.	Is uitgebreid behandeld in het verleden, ook met cognitieve gedragstherapie. Enig herstel is weliswaar niet uitgesloten maar nauwelijks te verwachten het komende jaar en het jaar daarna. De behandeling is gericht op stabilisatie en niet op medisch herstel.
Er is geen medisch substraat om de uitgebreide beperkingen die cliënt aangeeft volledig over te nemen.	Duidelijk is dat er sprake is van sterke somatische attributie en blokkerende overtuigingen: activiteiten verergeren de toestand en inactiviteit is goed.	Ik kom op grond van anamnese en dagverhaal tot de conclusie dat cliënt 2 uur per dag belastbaar is. Als hij meer uren werkt op een dag zal dat tot gevolg hebben dat hij de dag daarna minder zal kunnen werken.	Aanzienlijke toename van het feitelijk functioneren is op relatief korte tijd mogelijk door activering en verandering van blokkerende cognities.	Deze stichting heeft in de literatuur en van de gezondheidsinspectie diverse kritieken gekregen. Men trekt vergaande conclusies op basis van diverse testen die niet medisch of wetenschappelijk onderbouwd zijn.
Cliënt heeft een aandoening waarvan bekend is dat deze veelal met een verlies van energie gepaard gaat.	Het zeer beperkte activiteitenpatroon valt niet af te leiden uit objectieveerbare medische afwijkingen.	Een stappenteller die minder dan 2000 stappen per dag aangeeft is geen absoluut medisch onderbouwd bewijs dat de cliënt ook niet meer kan dan dat. ©JimFaas 2021 Work in Progress	Door de Centrale Raad van Beroep is regelmatig geen gehoor gegeven aan de uitgebreide motivering van deze stichting.	Cliënt staat nog steeds onder behandeling van de Stichting, zijnde de ME/CVS-specialisten van Nederland. Zij zijn ook al bij de Centrale Raad van Beroep als getuige/deskundige ter zitting gehoord.

De rol van de bestuursrechter

Corrigeert de bestuursrechter de verschillen? Dat is (te) veel gevraagd. Ziet de rechter de verschillen wel? Nergens krijg je de indruk dat UUV-artsen kritisch worden bevraagd op de gehanteerde uitgangspunten. Zolang de argumenten stellig in een voor de leek voldoende onderlinge samenhang worden geponeerd is dat kennelijk voor de bestuursrechter goed genoeg. De achterliggende gedachten worden niet ter discussie gesteld.

De argumentatie van de UUV-arts wordt in de regel *at face value* overgenomen. Tot inschakeling van een deskundige komt het bij voorkeur niet en als dat wel gebeurt herhaalt zich het patroon: ook de deskundige wordt niet kritisch bevraagd op zijn uitgangspunten. De burger die poogt zijn zaak op een ander inhoudelijk spoor te brengen móet daarbij wel het gevoel krijgen voor een onneembare vesting te staan.

In casus waar de aangenomen beperkingen tot de conclusie ‘volledig arbeidsongeschikt’ of ‘geen arbeidsvermogen’ hebben geleid – die zijn er dus ook - verplaatst zich in beroepszaken het geschil naar de kwestie ‘zijn de beperkingen duurzaam of niet’. Onverkwikkelijke discussies op dit punt zijn

¹¹ UUV, ‘Advies Gezondheidsraad over ME/CVS en ‘consequenties voor de uitvoering’, 21 maart 2018

overigens niet specifiek voor deze aandoening.¹²

Een 'nieuw' argument om bij ME CVS niet aan duurzaamheid toe te komen komt tevoorschijn in een recente uitspraak van de Centrale Raad: *'uit informatie van de Gezondheidsraad blijkt dat er 5% kans is op spontane genezing, dus het is niet uitgesloten dat mogelijkheden tot arbeidsparticipatie zich nog kunnen ontwikkelen'*. Dit in een Wajong- zaak waarbij werd aangenomen dat er sprake was van ernstige beperkingen op fysiek en mentaal vlak, waardoor er geen sprake was van arbeidsvermogen.¹³ Dit argument maakt duurzaamheid tot een totale no-go bij deze aandoening. De validiteit van het argument? Dat is een andere zaak.

Rechtsongelijkheid

Er is nog een vervelend aspect in deze hele kwestie. Zoals gezegd, er zijn beslist mensen bij wie het keuringsproces naar wens is verlopen. Zij zijn tevreden met de uitkomst van de beoordeling.¹⁴ Dat in een schril contrast met diegenen die hun uitkering voor de poorten van de hel lijken te moeten wegslepen. Natuurlijk vergelijken patiënten hun zaken onderling. En dan begrijpen ze de verschillen niet.

Is deze situatie wenselijk? Is dit acceptabel? Het gaat hier niet over behandelend artsen, die je – tot op zekere hoogte – uit kunt kiezen, niet over een particuliere verzekeraar die naar eigen believen van alles kan uitsluiten in de polisvoorwaarden. Het gaat hier om de publieke sector, waar rechtsgelijkheid en rechtvaardigheid de norm heten te zijn. Mag die norm wijken voor de professionele autonomie van artsen, als zij er verschillende visies op mogen nahouden met zulke wisselende en uiteenlopende gevolgen? En heb je nog reële kansen bij de bestuursrechter als je in beroep gaat?

Hoe moet het dan?

Vraag van een collega, wijzend op al die argumentaties: wat is het alternatief, Jim? Op die vraag en de mogelijke oplossingen ga ik hier nog niet in. Met deze blog wil ik bereiken dat ruiterlijk erkend wordt dat er vanuit verschillende visies geoordeeld wordt. Die discussie moeten we eerst durven voeren. Zowel op het niveau van het verzekeringsgeneeskundig oordeel in primo en in bezwaar als op het niveau van de modus operandi van de rechter in beroep. Daarna kunnen we het hebben over de oplossingen.



Jim Faas, verzekeringsarts en jurist, 3 augustus 2021

¹² Ik ben overtuigd voorstander van het afschaffen het duurzaamheids criterium c.q. van uitkeringsregimes gebaseerd op het onderscheid duurzaam/niet duurzaam. Dit valt buiten de scope van dit artikel. Zie bijv. [Jim Faas | Ingrijpen is onvermijdelijk. Toekomst van de sociaal medische beoordeling](#)

¹³ Zie CRvB, 30 juni 2021, [ECLI:NL:CRVB:2021:1570, Centrale Raad van Beroep, 19/565 WAJONG \(rechtspraak.nl\)](#)

¹⁴ Wel kan er sprake zijn van reële angst om in de toekomst bij een herkeuring 'anders' te worden beoordeeld.