

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Bussemaker en Arib over het adviesrapport van de Gezondheidsraad over het chronisch vermoeidheidssyndroom CVS ofwel ME. (2010 (2040507280)

1.

Bent u op de hoogte van het adviesrapport van de Gezondheidsraad inzake het chronisch vermoeidheidssyndroom CVS ofwel ME? 1)

1.

Ja.

2.

Klopt het dat in dit adviesrapport gesteld wordt dat CVS/ME gerekend moet worden tot de lichamelijk onverklaarbare aandoeningen, maar dat het wel een echte ziekte is?

2.

Neen. In het advies van de Gezondheidsraad wordt gesteld dat CVS één van de vele lichamelijke onverklaarde aandoeningen is. De Gezondheidsraad concludeert op basis van de stand van de wetenschap dat bij CVS geen specifiek ziektemechanisme gevonden is en dat CVS in die zin geen echte ziekte is. Wat de Gezondheidsraad wel aanbeveelt, is om CVS voor de praktijk als eigenstandige aandoening te beschouwen.

3.

Op welke manier zal bij toekomstige (her)keuringen voor de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) rekening worden gehouden met dit advies?

4.

Welke gevolgen zal de erkenning van deze ziekte hebben voor mensen die nu ziek zijn, maar niet of slechts gedeeltelijk een WAO-uitkering krijgen?

5.

Welke gevolgen zal de erkenning van deze ziekte hebben voor mensen die in de toekomst ziek worden en dus onder de nieuwe WAO vallen?

3, 4 en 5.

Bij de claimbeoordeling WAO wordt gezien welke beperkingen iemand heeft ten gevolge van zijn ziekte, en welke mogelijkheden hij desondanks nog heeft om te werken. Hiervoor is het noodzakelijk dat er sprake is van een diagnose en van consistent samenhangende stoornissen, beperkingen en handicaps. Het is niet noodzakelijk dat de oorzaak van een ziekte bekend is of gemeten kan worden. Het gaat er om dat het bestaan ervan aannemelijk is te achten en dat hierover overeenstemming bestaat tussen artsen.

In het advies Het chronische-vermoeidheidssyndroom wordt duidelijk gesteld dat een diagnose op zich nooit recht geeft op een uitkering. Recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering bestaat alleen als door de ziekte of handicap er verlies aan verdien capaciteit optreedt, doordat iemand door zijn beperkingen minder kan verdienen. Dit volgt overigens rechtstreeks uit de huidige arbeidsongeschiktheidswetgeving, en wordt nu ook zo door het UWV uitgevoerd. Er zijn dan ook op het punt van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten geen gevolgen te verwachten van het advies. Dit zelfde geldt voor de WIA, de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen die de WAO zal vervangen, omdat daar voor de claimbeoordeling dezelfde uitgangspunten worden toegepast.

6.

Blijkt uit het advies van de Gezondheidsraad inderdaad dat veel patiënten kunnen blijven werken, indien gelet wordt op een rustige opbouw van wat iemand kan hebben, zoals een medisch adviseur van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) stelt? 2)

6.

Ja. In het advies wordt gesteld dat herstel van het functioneren de kern is van het genezingsproces. Door rust zonder meer kan het ziekteverzuim onnodig verlengd worden. Met werkhervatting, zonodig na aanpassing van werk(tijden) in overleg met de bedrijfsarts en werkgever, moet niet gewacht worden tot iemand volledig klachtenvrij is.

7.

Op welke onderdelen kunnen artsen beter samenwerken om te voorkomen dat patiënten buiten het arbeidsproces vallen, zoals een medisch adviseur van het UWV stelt? Waarom is dat tot op heden niet gebeurd? Wat kan men daar in de toekomst aan doen?

7.

Betere afstemming en samenwerking tussen artsen in de arbo- en curatieve zorg kan plaatshebben in de vorm van richtlijnontwikkeling, verzuimbegeleiding en gegevensuitwisseling. De ministeries van SZW en VWS hebben dit proces sinds 1997 onder meer gestimuleerd door een financiële aanjaagbijdrage van in totaal bijna € 2,3 miljoen aan projecten via het ZonMw programma 'Samenwerking bij Sociaal Medische begeleiding' maar ook door jaren te investeren in het Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid. Het doel was om zo gezamenlijk een bijdrage te leveren aan de afname van ziekteverzuim en van uitval uit het arbeidsproces als gevolg van (dreigende) arbeidsongeschiktheid. De gewenste samenwerking is maar in beperkte mate tot stand gekomen; de projecten hebben bij artsen nog niet op grote schaal tot een grote gedragsverandering geleid. Gezien de huidige maatschappelijke opgave (betere zorg en minder en korter ziekteverzuim) is dat teleurstellend; zeker als de indruk bestaat dat door verbetering in de ketenzorg nog wel wat te winnen is. Het beleid van beide ministeries is nu gericht op de totstandbrenging van multidisciplinaire richtlijnen en arbocuratieve afstemming door met diverse partijen concrete afspraken te maken of het onderwerp onderdeel te laten zijn van subsidievoorwaarden. Zo is het onderdeel van de afspraken in het project Sociale Zekerheid en Zorg van de beide ministeries. Partijen nemen ook zelf initiatief op dit onderwerp. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben een hernieuwd convenant gesloten om een gevolg te geven aan de eerdere samenwerking. De inspanningen van de overheid en het feit dat veldpartijen hun eigen verantwoordelijkheid in deze oppakken, zal meer waarborgen bieden voor een brede arbocuratieve afstemming dan in het verleden.

8.

Op grond waarvan verwacht het UWV dat voor deze groep een dubbele keuring een uitkomst kan zijn? 3) In hoeverre hangt dit samen met de toepassing van de dubbele keuring bij specifieke klachten, namelijk psychische klachten onder een specifieke groep zoals in het geval van de proef met de dubbele keuring jongere vrouwen?

8.

In het kader van de herbeoordelingsoperatie die nu aan de gang is voor arbeidsongeschikten jonger dan 50 jaar, vindt bij moeilijke objectiveerbare diagnoses een intensievere keuring plaats. Deze houdt in dat er altijd een tweede verzekeringsarts of arbeidsdeskundige bij betrokken is. Deze procedure is door UWV vastgesteld naar aanleiding van de proef met dubbele keuring voor jonge vrouwen, en geldt nu bij de herbeoordelingsoperatie voor alle arbeidsongeschikten met een moeilijk objectiveerbare aandoening.

9.

Zou in geval van CVS/ME vanwege de gecompliceerde diagnose-stelling van de ziekte, waarin zowel lichamelijke als psychische aspecten een rol kunnen spelen, een interdisciplinaire keuring niet meer voor de hand liggen?

9.

Verzekeringsartsen zijn vanuit hun opleiding en expertise bij uitstek in staat de problematiek van iemand in de volle breedte te beoordelen, zowel de lichamelijke als de psychische aspecten. In geval van specifieke problemen kunnen zij specialisten inschakelen, bijvoorbeeld een psychiater. Het is niet nodig dit standaard in te bouwen.

10.

Deelt u de mening van de Gezondheidsraad waarin gesteld wordt dat het een zaak is van het Nederlandse Huisartsengenootschap, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde richtlijnen op te stellen inzake moeheidklachten? Zo ja, op welke wijze gaat u dit stimuleren en bewerkstelligen?

10.

De professionals/medische beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor het opstellen van richtlijnen en protocollen. Zij bepalen, mede op basis van de stand van de wetenschap, de onderwerpen waarover een richtlijn kan worden opgesteld. De beroepsgroepen werken rond specifieke aandoeningen meer en meer samen en zoeken afstemming bij het prioriteren en het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen om te komen tot een goede keten van zorgverlening voor preventie, diagnose, behandeling en reïntegratie voor de patiënt/burger. Een goed voorbeeld hiervan is dat het CBO, NVAB en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben afgesproken dat zij in maart 2005 een werkplan presenteren voor verdergaande samenwerking op het terrein van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling op het terrein van arbeid en zorg.

11.

Vindt u het aanvaardbaar dat 300 CVS-patiënten op de wachtlijst staan en dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) voor CVS-patiënten alleen structureel beschikbaar is in Nijmegen? Deelt u de conclusie van de Gezondheidsraad namelijk dat uitbreiding van behandelcapaciteit nodig is? Bent u bereid maatregelen te nemen de wachtlijst weg te werken en financiële middelen beschikbaar te stellen om de behandelingscapaciteit voor CVS-patiënten uit te breiden? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat u nemen en binnen welke termijn?

11.

Eerste stap voor het oplossen van deze wachtlijsten is het verspreiden van kennis over de toepassing van deze specifieke behandelmethode bij deze doelgroep. De Gezondheidsraad merkt op dat deze kennis nog onvoldoende aanwezig is bij aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. De ambulante behandeling met Cognitieve Gedragstherapie vindt nu vooral plaats in het Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid te Nijmegen. De Gezondheidsraad adviseert uitbreiding van behandelcapaciteit door onder meer de inzet van aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor is verspreiding van kennis en deskundigheid van het Kenniscentrum wenselijk.

Op dit moment wordt in de ggz-praktijk onderzocht op welke wijze en onder welke voorwaarden deze overdracht van kennis het beste kan plaatsvinden en onder welke voorwaarden ggz-instellingen dergelijke hulp het beste kunnen verlenen. Dit onderzoek wordt door het College voor zorgverzekeringen gesubsidieerd vanuit het Programma 'Zorgverbetering en doelmatigheid'.

Aan de hand van de uitkomsten kan binnen de voor de zorg beschikbare financiële kaders waar nodig verdere uitrol van deze specifieke behandelmethode in de geestelijke gezondheidszorg plaatsvinden.

- 1) Persbericht Gezondheidsraad, 24 januari jl.
- 2) Trouw, 26 januari jl.
- 3) Zie noot 2