



Handreiking “Hoe maken we Mediprudentie?”

1. Doel

Mediprudentie heeft voor ogen ‘een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde casusbeschrijving’ te zijn. In feite gaat het om een vorm van medische casuïstiek die eerst en vooral tot doel heeft de consensusvorming te bevorderen, in de medische beroepsgroepen binnen het domein arbeid en gezondheid, over wat in concrete, individuele gevallen een juiste beoordeling is wanneer er sprake is van een lastige praktijksituatie.

Mediprudentie kan handvatten bieden voor het beoordelen van een soortgelijke casus. De uitgewerkte mediprudentiecassus kan als voorbeeld dienen en kan informatie bieden voor onderbouwing van de eigen casus.

Ze vervult hiermee, mede dankzij haar algemene toegankelijkheid, drie met elkaar samenhangende functies: kwaliteitsbevordering van het medisch handelen, uniformiteit van de beoordelingen en bevordering van de transparantie van de beroepsuitoefening.

De NVVG wil alle artsen die een lastige praktijksituatie binnen het domein arbeid en gezondheid uitnodigen mee te doen. De NVVG streeft ernaar dat de mediprudentie toegankelijk is voor alle artsen.

Allen die opmerkingen of vragen hebben rondom mediprudentie zijn van harte uitgenodigd deze kenbaar te maken bij het secretariaat van de commissie Mediprudentie NVVG UWV(MENU): mediprudentie@nvvv.nl. U wordt desgewenst teruggebeld.

In de MENU-commissie participeren:

Corina van Asselt	verzekeringsspecialist UWV
Eric van der Jagt	verzekeringsspecialist UWV
Ton Gerdes	verzekeringsspecialist UWV
André Weel	bedrijfsarts
Rob Kok	verzekeringsspecialist UWV
Mia Ettema	AIOS verzekeringsgeneeskunde UWV
Margot Smits	AIOS verzekeringsgeneeskunde UWV
Bart van Schendel	Verzekeringsspecialist UWV

2. Het kiezen van een casus voor MENU

Iedere situatie binnen het domein arbeid en gezondheid die een vraag oproept is in principe geschikt. Het is daarbij van belang dat het gaat om authentieke casuïstiek. De praktijk staat voorop. Raadpleeg bij twijfel over de geschiktheid van de casus de MENU. De casus hoeft voor Mediprudentie niet mooier gemaakt te worden dan hij is.

Enkele mogelijkheden om een casus te kiezen:

- Behandeling adviesaanvragen, eigen spreekuurcontacten;

- Rapportages waarvoor u een richtlijn of protocol in de beoordeling/advies/terugkoppeling heeft gebruikt;
- Dossiers die besproken zijn tijdens een intercollegiaal overleg of casuïstiek bespreking;
- Een casus waarbij het contact met een collega, werkgever, opdrachtgever of andere stakeholder, zowel binnen als buiten het domein arbeid en gezondheid opmerkelijk verliep.

3. Het bepalen van een vraagstelling of praktijkprobleem

Een interessante mediprudentiecasijs staat of valt met het formuleren van een goede vraagstelling of een lastige situatie. Het gaat dan om een praktijksituatie waarin op grond van wetgeving, professionele richtlijnen en morele waarden de beste aanpak niet direct duidelijk is. Check ook de database mediprudentie op de NVVG-website of er niet al een vergelijkbare casus is.

Neem voor het bepalen van een vraagstelling of praktijkprobleem voldoende tijd! Het advies is om één aspect in de casus voor nadere reflectie te formuleren en daarbij één concrete vraag (eventueel enkele vragen in elkaars verlengde) of één praktijkprobleem op te stellen. De omschrijving, de gekozen vraagstelling of het praktijkprobleem, zal het vignet voor de mediprudentie casus vormen. De vormgeving van het vignet wordt verderop toegelicht.

Voorbeeld van een relevante vraagstelling:

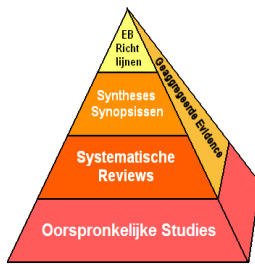
'Wat is de reden om in deze casus (g)een urenbeperking aan te nemen?'

Voorbeeld van een relevant praktijkprobleem:

'Mag in deze casus buiten het spreekuur om verkregen informatie over de cliënt gebruikt worden bij de oordeelsvorming?'

4. Het zoeken van literatuur

Evidence-based werken heeft de afgelopen jaren ook zijn intrede gedaan binnen het domein arbeid en gezondheid wanneer het gezondheidskundige vragen betreffen. Daarbij heeft het de voorkeur om het hoogste level of evidence te kiezen (zie piramide) als onderbouwing van je advisering. Er is ook een imperatief qua onderzoeksdesign, alhoewel bijvoorbeeld een goed uitgevoerd cohortonderzoek de voorkeur kan krijgen boven een minder goed uitgevoerde RCT bij een interventie vraagstuk (GRADE-methodologie). Maar idealiter heb je dus aan richtlijnen genoeg als daar het antwoord is te vinden op de relevante medische kennisvraag die een (belangrijke) rol speelt binnen de casuïstiek. Zo niet, dan kan volgens onderstaande zoekpiramide een niveau lager worden gezocht. Binnen de EBM-cursus voor verzekeringsartsen binnen het UWV is een EBM-logboek ontwikkeld, wat u ook behulpzaam kan zijn bij het doorlopen van alle EBM-stappen (zie bijlage 4). Bij een uitgebreide search verdient het de voorkeur dat niet alles in één commentaar wordt beschreven, wat potentieel afleidt van de kern, maar dat dit in een aparte bijlage terugkomt, bv in dit logboek. Dit heeft zijn waarde bij Mediprudentie vorming ook al meerdere malen laten zien.



EBM-informatie piramide:

- Evidence based richtlijnen waaronder Verzekeringsgeneeskundige Protocollen
- Synopsis (TRIP/Uptodate)
- Systematic reviews en meta-analyses
- Primaire studies: o.a. binnen databases Pubmed en Embase

5. Het aanleveren van de mediprudentiecasis

Als al het materiaal verzameld is, kan de casus in een format worden 'gegoten'.

Dit format is belangrijk om de database snel toegankelijk te maken voor de lezers. De MENU stelt het op prijs de casus met commentaar ook in het format aangeleverd te krijgen en wel in de **volgende volgorde: trefwoorden, vignet, samenvatting van de casus, bespreking en advies, tevens literatuur.**

Advies: voor het schrijfproces wordt een andere volgorde aanbevolen namelijk: bespreking/samenvatting van de casus/vignet/trefwoorden

Hieronder wordt voor de verschillende onderdelen beschreven wat er van u wordt verwacht.

5.1 Trefwoorden

De trefwoorden worden aan het eind van het schrijfproces gekozen. De kunst is om trefwoorden zo te kiezen, dat ze aansluiten bij de omschreven vraagstelling of het praktijkprobleem.

Het is aan te raden om synoniemen van trefwoorden te benoemen om de kans op het vinden van soortgelijke vraagstellingen of dilemma's te bevorderen. De trefwoorden (inclusief CAS-codes) worden in het Nederlands en in alfabetische volgorde neergezet.

Het is raadzaam de laatste versie van de trefwoordenlijst van de MENU te raadplegen en zoveel mogelijk aan te sluiten bij al gebruikte trefwoorden.

5.2 Het vignet

Het vignet bestaat uit: *1. de vraagstelling of het praktijkprobleem, 2. de overweging en 3. het antwoord op de vraagstelling of de keuze bij het praktijkprobleem.*

Het antwoord of de keuze moet in één of twee zinnen weergegeven worden. Eigenlijk is het vignet dus een vraag met een antwoord met daartussenin een beknopt weergegeven overweging. Het vignet is bedoeld voor een eerste snelle oriëntatie waarbij kan worden beoordeeld of deze casus relevant is voor de zoekende arts.



De bespreking van de casus (zie format) begint altijd met de vraagstelling of het praktijkprobleem, daarna volgt een zoektocht naar het antwoord. Het is niet de bedoeling dat deze zoektocht in het vignet terecht komt doch slechts de uitkomst van deze zoektocht en dan wel zo kort mogelijk.

Het vignet kan pas gemaakt worden als een antwoord is gevonden op de lastige praktijksituatie en de bespreking volledig is uitgewerkt en de vraag of het dilemma is opgelost. Het vignet is geen samenvatting van hoe men aan een antwoord is gekomen. Het vignet omvat in totaliteit niet meer dan 5-6 regels; streef naar maximaal 60 woorden.

5.3 Samenvatting van de casus

De samenvatting begint met: 'Betrokkene is een .. jarige man/vrouw werkzaam als .. voor ... uur per week uitgevallen per ... met de volgende klachten. Eventueel lengte dienstverband vermelden en/ of arbeidsleven. Het betreft een beoordeling in het kader van bijvoorbeeld ZW/PMO/therapiekeuze/...

Daarna volgen de gegevens uit de casus die voor de vraagstelling of het praktijkprobleem, dat in de mediprudentiecasijs behandeld wordt, van belang zijn. Probeer deze samenvatting zo kort mogelijk te houden maar zorg wel dat alle benodigde informatie om de lastige praktijksituatie te begrijpen aanwezig is. Denk er aan deze ook te anonimiseren (zie bijlage 3).

5.4 Bespreking en advies

5.4.1 Bespreking

Hier analyseert en beantwoordt u de vraagstelling die de casus heeft opgeroepen. Bij een kennisvraag bespreekt u welke wegen u heeft bewandeld om het antwoord op de vraag te vinden en wat uw zoektocht heeft opgeleverd. Als u een praktijkprobleem hebt geformuleerd, beschrijft u welke handelingsalternatieven er zijn. In beide gevallen weegt u de diverse mogelijke standpunten en komt u tot een conclusie. Een uitgebreide beschrijving met tips hoe een bespreking te schrijven vindt u in bijlage 1. Hoe u naar literatuur verwijst, vindt u in bijlage 2.

5.4.2 Advies

Welke overwegingen adviseert u uw collega's te maken bij een soort gelijke situatie? Denk bijvoorbeeld aan tips voor het opstellen van de FML of advies over een te bewandelen route bij praktijkproblemen (welke instelling kan mogelijk aanvullende informatie bieden, waar kon u met uw probleem terecht?).

Bijlage 1

Het schrijven van een overtuigende bespreking

Er zijn diverse manieren om een commentaar te schrijven, maar onze voorkeur gaat uit naar deze methode: "Val met de deur in huis en geef meteen je conclusie weg. Bespreek vervolgens je zoekstrategie en de gevonden resultaten of, bij een praktijkprobleem, de diverse handelingsalternatieven en de voor- en nadelen van de verschillende opties."

Deze methode heeft als voordeel dat de lezer meteen bij de les is. De gehaaste of de gemakzuchtige lezer kan natuurlijk al snel afhaken, met als risico dat hij alleen de conclusie leest en het betoog overslaat, maar een goed geformuleerd begin nodigt uit tot verder lezen. Wilt u de lezer boeien, dan zijn vooral de eerste zinnen erg belangrijk. Besef ook dat de lezer het proces in de groep niet heeft meegemaakt.

Er zijn een aantal kernvragen:

- **Conclusie:** start met een zo kernachtig mogelijk weergegeven conclusie, val met de deur in huis
- **Inleiding:** op welke vraag is de conclusie een antwoord? En waarom is dat voor ons vak belangrijk of relevant?
- **Aanpak:** waar heb ik gezocht om het antwoord op mijn vraag te vinden?
- **Uitwerking:** wat ben ik op mijn zoektocht tegen gekomen?
- **Beschouwing/ discussie:** wat moeten we met deze informatie? Afweging van argumenten voor en tegen.
- *Wat is mijn uiteindelijke conclusie?*
- *Reflecteer op de casus in het licht van de gevonden gegevens. Wat zijn de sterke en zwakke punten?*
- **Suggesties/opmerkingen/aanbevelingen:** bijvoorbeeld voor nader beleid of onderzoek of hoe te handelen in soortgelijke casuïstiek door collega's.

Bedenk dat de kans dat een betoog gelezen wordt in sterke mate afhangt van de lengte van het betoog. Dus houdt de lengte in de gaten. Als de lengte meer dan (ongeveer) anderhalve pagina bedraagt en je daaraan echt nog niet genoeg hebt, dan is het verstandig tussenkopjes in te voegen, dat trekt weer de aandacht. Maar ook bij een korter betoog hoeven tussenkopjes niet te misstaan. Let ook op de lengte van de zinnen, hak lange zinnen desnoods doormidden in plaats van een bijzin toe te voegen en probeer ook maat te houden bij het gebruik van passieve zinsconstructies: 'ik zocht/ wij zochten in PubMed met de volgende zoektermen' leest echt veel gemakkelijker dan "door ons werd in PubMed gezocht...". Het streven is maximaal 1200 woorden.

Voorbeeld (casus 8_40): tijdens de zwangerschap ontstaan gewrichtsklachten; de diagnose reumatoïde artritis wordt gesteld. Is er een causale relatie tussen reumatoïde artritis en zwangerschap? In deze mediprudentiecasijs beslaat de bespreking ongeveer één pagina en daar staat alles wel zo'n beetje in.

Opbouw van de bespreking:

1. Reumatoïde artritis blijkt zich vaker te presenteren in de tijd rondom zwangerschap en bevalling dan in andere levensfasen. Bovendien blijkt de ziekte zowel te kunnen verbeteren als te kunnen verslechteren tijdens zwangerschap en in de postpartum periode. We moeten er dus van uit gaan dat er een geassocieerd verband is tussen zwangerschap en reumatoïde artritis en dat de klant dus recht heeft op de gevraagde uitkering (*met de deur in huis vallen*)
2. *Waarom is dit onderwerp van belang?*
 - a. Bij een causale relatie bestaat er recht op ziekengeld, waarbij door UWV een uitkering wordt verstrekt van 100% van het dagloon
 - b. Betrekkelijk zeldzame aandoening op deze leeftijd; een causale relatie met zwangerschap is niet het eerste waar je aan denkt bij deze ziekte
3. Om de vraag of er een causale relatie bestaat tussen zwangerschap/ kraambed en reumatoïde artritis hebben we de volgende zoekstrategie opgezet: (zie casus op Sharepoint) (*waar hebben we gezocht?*)
4. Uit de literatuur blijkt het volgende (*wat heb ik gevonden?*)
 - a. Wel vaker ontstaan R.A tijdens postpartum periode dan in andere levensfasen
 - b. Niet vaker ontstaan R.A tijdens zwangerschap
 - c. Tijdens zwangerschap vaak verbetering van de klachten van RA
5. Afweging van de argumenten voor en tegen de stelling dat er een causale relatie bestaat. Probeer ook dit gedeelte zo kort en krachtig mogelijk te formuleren! (*Afweging*)
6. De conclusie is dat niet duidelijk is dat er een causale relatie bestaat, maar R A en zwangerschap zijn wel aan elkaar geassocieerd en dat is, volgens de jurisprudentie, voldoende om te concluderen dat R.A het gevolg is van de zwangerschap (*Conclusie*)
7. (*Terug naar de casus*) De klant heeft dus recht op de gevraagde uitkering. Deze verzekerde heeft nog een werkgever, dus die is, samen met zijn ARBO-dienst, verantwoordelijk voor de re-integratie. Eventueel zou je kunnen opmerken dat mevrouw weliswaar arbeidsongeschikt is voor het eigen werk, maar dat passend werk wel tot de mogelijkheden behoort
8. (*Suggesties?*) Lijkt in dit geval niet zo relevant.



Bijlage 2 *Verwijzing naar literatuur in de bespreking*

Het is wenselijk om alle verwijzingen op te nemen in een literatuurlijst aan het einde van de bespreking. Dat betekent dat u de tekst van de bespreking moet coderen als een aparte -sectie. Bronvermelding volgens Vancouver-stijl. Dat doet u als volgt:

- Codeer in WORDⁱ het einde van de bespreking als einde van een sectie. Ga met je muis onder de laatste regel van de bespreking staan, klik daarop. Ga vervolgens met je muis naar de Werkbalk → Beeld → Eindemarkerings → Sectie-einde → Doorlopend
- Klik met je muis direct achter het woord waar je de verwijzing achter wilt zetten, ga naar Werkbalk → Invoegen → Verwijzing → Voetnoot → Eindnoot → Invoegen na sectie-einde. Klinkt ingewikkeld, maar is echt super gemakkelijk, probeer het maar!
- Nummer de verwijzingen via deze route met (gewone, d.w.z. Arabische) cijfers. Dat is overzichtelijker dan te werken met woorden of Latijnse cijfers, zeker als je naar meerdere literatuurbronnen verwijst

Gebruik alleen dit hulpmiddel in WORD om naar literatuur te verwijzen. Handig en iedere lezer begrijpt meteen wat u bedoelt, want in ieder medisch tijdschrift doen ze het ook zo. Gebruik geen andere methodes; zet dus geen sterretjes, letters of cijfers tussen haakjes; dat geeft alleen maar verwarring. Nummer de verwijzingen in de volgorde waarin ze in de tekst voorkomen.

Naar medische literatuur verwijst u als volgt:

1. Naam auteurs – als het er veel zijn kun je alleen de eerste of de eerste twee noemen, gevolgd door “et.al.”. Eerst de achternaam van de auteur (s), dan de initialen zonder puntjes ertussen
2. Titel publicatie – *in cursieve letters*
3. Naam tijdschrift of boek. De naam van tijdschriften kunt u afkorten
TBV – tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

NTvG - Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Andere afkortingen vindt u in de *List of journals indexed in Index Medicus*. Zie hiervoor www.nlm.nih.gov. Overigens vindt u ook in het bedoelde tijdschrift zelf altijd wel hoe de titel afgekort moet worden.

Als u naar een boek verwijst, vermeld dan niet alleen de naam van het boek, maar ook de plaats waar het boek is verschenen, de uitgever en het jaartal van uitgifte.

4. Jaartal en paginanummer
Dus naar tijdschrift verwijst u als volgt: zieⁱⁱ. En naar een boek: zieⁱⁱⁱ.

En hoe verwijst u naar juridische literatuur?

Dat is minder geformaliseerd dan de wijze waarop je naar medische literatuur verwijst. Gebruikelijk is:

1. Naam juridische instantie, waarbij er enkele vaste afkortingen zijn:
 - a. CRvB = Centrale Raad van Beroep
 - b. Rb = rechtbank, altijd gevolgd door de plaatsnaam, dus Rb 's Hertogenbosch
 - c. HR = Hoge Raad
2. Jaartal en datum
3. Indien relevant, dan functie specificeren, zoals Vz (voorzitter)
4. Zo nodig verwijzing naar boek of tijdschrift^{iv} als je de jurisprudentie daar hebt gevonden
5. Indien je de jurisprudentie op www.rechtspraak.nl hebt gevonden, dan LJN-nummer vermelden (zie ^v)

Bronnen

www.rechtspraak.nl/Uitspraken/Anonimiseringsrichtlijnen/

www.bezwaarschriftenocw.nl/Images/Anonimiseringsrichtlijn%20012008_tcm300-72981.pdf

Bijlage 3 *Hoe anonimiseren?*

Waarom anonimiseren?

Het ter beschikking stellen van Mediprudentie op intranet of internet kan worden aangemerkt als een uitwerking van het in de grondwet verankerde beginsel van openbaarheid van procesvoering. Het feit dat casus op dit moment op een website worden bewaard en tezamen kunnen worden geraadpleegd, heeft tot gevolg dat een 'gestructureerd geheel van persoonsgegevens dat betrekking heeft op verschillende personen' zoals gedefinieerd in artikel 1 van de Wet bescherming persoonsgegevens kan ontstaan. Dat brengt de noodzaak tot het nemen van maatregelen ter bescherming van het recht op privacy met zich mee, samengevat als: anonimiseren.

Wat is anonimiseren?

Anonimiseren is het veranderen van persoonsgegevens zodat een casus niet meer op een cliënt kan worden herleid. Idealiter zou cliënt zichzelf niet meer in het verhaal moeten kunnen herkennen. Dat zou echter betekenen dat ook zaken als ziektegeschiedenis en diagnose veranderd moeten worden, hetgeen niet zinvol is. Anonimiseren betekent dus ook dat over gegevens die reden- of richtinggevend zijn voor het oordeel of het dilemma in de casus, steeds een zorgvuldige afweging gemaakt moet worden tussen het belang van een goed begrip van dat oordeel of dilemma en het risico op schenden van privacy. Als dat risico te groot is, komt de casus niet voor publicatie in aanmerking.

Welke gegevens moeten worden geanonimiseerd?

Uitgangspunt is *maximale* anonimisering. Dit betekent dat zowel de gegevens van natuurlijke personen als van rechtspersonen zullen worden geanonimiseerd indien en voor zover zij de belanghebbende direct kunnen identificeren. Dat geldt tevens gegevens van personen in dienst van een (rechts)persoon, van familieleden, van zaakwaarnemers etc. Concreet betekent dit het volgende:

- Naam, adres en woon-, vestigings-, en geboorteplaats worden vervangen door omschrijvingen zoals [cliënt A] of [woonplaats]
- Kantoor en naam van de verzekeringsarts wordt verwijderd
- Van de 1^e ziekte dag worden alleen maand/jaar vermeld
- Gezinssituatie: wordt globaal beschreven, bij voorkeur geen aantal/ leeftijd kinderen vermelden, wel dient rekening gehouden te worden met de relevantie van deze informatie voor het beantwoorden van de vraagstelling ihkv mediprudentie
- Geboortedata worden vervangen door een geboortjaar, bijvoorbeeld [1975] of leeftijd aanpassen, bijv + of – 5 jaar
- Sofinnummers, paspoortnummers, registratienummers en nummers van identiteitskaarten worden verwijderd
- Gegevens van derden zoals behandelaars, ziekenhuizen, instituten worden zodanig aangepast dat hun rol en aandeel in de oordeelsvorming zichtbaar blijft
- Overige namen van natuurlijke personen die in een casus voorkomen zullen zoveel mogelijk worden vervangen door woorden die hun hoedanigheid weergeven: [boekhouder van cliënt], [moeder van belanghebbende], etc.

Bronnen

- www.rechtspraak.nl/Uitspraken/Anonimiseringsrichtlijnen/
- www.bezwaarschriftenocw.nl/Images/Anonimiseringsrichtlijn%20012008_tcm300-72981.pdf



Bijlage 4: EBM-logboek

Groepsleden:

Datum:

Doel: het op een gestructureerde wijze beschrijven van de uitgevoerde EBM stappen bij een concrete praktijkvraag en de resultaten hiervan toegankelijk weergeven voor anderen (versie 19-4-2018).

	Onderwerp casus:
1	Korte samenvatting van de praktijkvraag (de casus)
2	Wat is de (beantwoordbare) gezondheidkundige kennisvraag?
3	Wat is het domein van deze kennisvraag? (Interventie, etiologie, prognose, diagnose)
4	Formuleer de PICO
	P = I = C = O =
5	Zoek naar geaggregeerde evidence 1 ^e : Gebruikte zoektermen 2 ^e : Resultaat van zoeken in EB bronnen (oa protocollen, richtlijnen, systematic reviews)
6	Beoordeel de kwaliteit van de <i>geaggregeerde evidence</i>



7	Is de conclusie van de bron te gebruiken voor uw zoekvraag en uw praktijk?
8	Geeft de geaggregeerde EB-bron voldoende antwoord op uw vraag? Zo, ja wat is het antwoord? (EBM zoeken eindigt dan hier) Zo, nee ga dan verder met 9 (PubMed)
9	Zoek in PubMed 1 ^e : Gebruikte PubMed zoektermen (ziekte, interventie /expositie factor, uitkomst, domeinfilter, SR-filter) inclusief MESH termen en woorden in titel of abstract [TIAB]. 2 ^e : Resultaat van zoeken in PubMed (o.a. richtlijnen, systematic reviews, RCTs, cohortstudies) en hoeveel? 3 ^e : Kopieer zoekstrategie en plak deze hieronder in logboek.
10	Kies de meest relevante artikel(en) (Referentie: auteur(s), titel, tijdschrift, jaartal) Wat voor type studie is dit? (<i>bijv. systematisch review, RCT, cohortstudie, case-referent study</i>).
11	Beoordeel de kwaliteit van de gevonden artikelen, reviews etc. in PubMed
12	Is de conclusie van de bron te gebruiken voor uw zoekvraag en uw praktijk?
13	Geeft de gevonden informatie voldoende antwoord op uw vraag? Zo, ja wat is uw antwoord? (EBM zoeken eindigt hier)



14	Geef aan <i>of</i> en <i>wat</i> u op basis van de EBM stappen of gevonden evidence <i>aan collegae of andere betrokkenen (UWV), in verslaglegging, of anderszins:</i> <ul style="list-style-type: none">- Adviseert:- Rapporteert:
15	Welke trefwoorden/ zoekwoorden kent u toe aan deze casus. Geef er maximaal 5

- **Bijlage 5** *Voorbeeld van een uitgewerkte mediprudentiecásus*
-
- **Vignet**
- Kan een cliënt met een geïsoleerde waanstoornis arbeidsgeschikt geacht worden voor verantwoordelijk werk met mensen (zorg, onderwijs)? Cliënt heeft steeds goed gefunctioneerd in haar werk. Het ziektebeeld lijkt stabiel.
-
- **Samenvatting**
- Cliënt is een 56-jarige lerares basisonderwijs die per oktober 2009 arbeidsongeschikt wordt beschouwd voor haar voltijdse verrichte werkzaamheden. Cliënt wordt door de bedrijfsarts volledig arbeidsongeschikt geacht voor haar eigen werkzaamheden. Hieraan ligt mede een psychiatrische expertise ten grondslag waarin geconcludeerd werd dat er sprake is van een ernstige psychiatrische aandoening.
- Cliënt zelf acht zich geschikt voor haar eigen werkzaamheden. Zij vraagt een deskundigenoordeel aan.
- Cliënt ervaart klachten waarvoor zij de oorzaak bij derden legt. Besef en ziekte-inzicht zijn zeer gering dan wel ontbreken.
- Uit van de huisarts verkregen informatie komt naar voren dat deze situatie al in 2007 speelde en men bij een GGZ-instelling concludeerde dat er, ondanks dit toestandsbeeld, vooralsnog geen sprake leek te zijn van disfunctioneren. De afgelopen vijf jaar is er in dit beeld weinig veranderd en zijn er voor hem geen aanwijzingen voor disfunctioneren in het verdere dagelijkse leven.
- Uit de van de bedrijfsarts verkregen informatie komt niet naar voren dat cliënt in de periode 2007-2009 in haar werkzaamheden niet goed zou hebben gefunctioneerd.
-
-
- **Casusbeschrijving**
- Het betreft een verzekeringsgeneeskundig onderzoek in het kader van een deskundigenoordeel met als vraagstelling: is cliënt, per geschildatum maart 2011 geschikt te achten voor het eigen werk?
-
- Cliënt is een 56-jarige vrouw, werkzaam als lerares basisonderwijs voor 40 uur per week. In oktober 2009 wordt cliënt door het schoolbestuur geschorst en later ziek gemeld voor haar werkzaamheden vanwege psychische klachten.
- Cliënt wil per maart 2011 haar eigen werkzaamheden weer gaan verrichten. De bedrijfsarts geeft aan dat cliënt volledig arbeidsongeschikt is.
-
- Cliënt formuleert het geschil als volgt: "Volgens de werkgever ben ik ongeschikt om als lerares les te geven aan kinderen. Dit vanwege psychiatrische problematiek. Ik vind het een zware ongefundeerde conclusie van de werkgever en de bedrijfsarts. En ben ik het niet eens met de conclusie, de aanpak, de aangehaalde feiten en handelswijze van de werkgever."
-
- De bedrijfsarts koppelt in oktober 2009 als volgt het spreekuurbezoek van cliënt terug aan haarzelf en de werkgever: "Mevrouw is op het spreekuur geweest op verzoek van haar leidinggevende. Zij acht zichzelf niet ziek of arbeidsongeschikt. Er is echter sprake van een psychiatrische aandoening die het niet verantwoord maakt om haar verantwoordelijkheid te laten dragen voor kinderen. Dit maakt dat zij ongeschikt is voor haar eigen werk als leerkrachten in het basisonderwijs. Zij is momenteel niet onder behandeling of begeleiding van een psychiater. Dat is wel wenselijk. Eerdere behandeling is op haar initiatief afgebroken. Om een goed beeld te krijgen van haar klachten en beperkingen en een goede diagnose te kunnen stellen is onderzoek door een psychiater nodig." Op deze terugkoppeling volgt bovengenoemde schorsing.
- Het dossier bevat een in december verrichte psychiatrische expertise die in februari 2010 naar de bedrijfsarts werd gezonden. Hierin wordt aangegeven dat er sprake is van een zeer geringe mate van zelfinzicht. Als DSM-IV classificatie wordt aangegeven:
 - As I : schizofrenie, paranoïde type
 - As II: geen diagnose
 - As III : geen diagnose
 - As IV : andere psychosociale of omgevingsproblemen; werkproblemen



- As V : huidige GAF: 55. Hoogste GAF afgelopen jaar: 55.
-
- **Onderzoek t.b.v. deskundigenoordeel**
-
- Anamnese
- Cliënt is werkzaam als voltijds lerares basisonderwijs en geeft les aan kleuters in de leeftijd van 4-6 jaar. Daarnaast verricht zij niet-lesgebonden taken als magazijn beheren en het bestellen van schoolmateriaal.
-
- Cliënt ervaart geen claimklachten dan wel belemmeringen.
-
- Cliënt geeft bij aanvang van het spreekuurcontact aan dat de manier waarop een en ander is gelopen niet goed is. Cliënt heeft een gesprek met de interimdirecteur gehad waarna de interimdirecteur contact legde met het schoolbestuur. Aan de hand daarvan werd cliënt naar haar zeggen aanvankelijk geschorst. Ze werd verwezen naar een psycholoog voor een expertise. Cliënt vertelt het daar niet mee eens te zijn. Ook met de onderzoeksresultaten is cliënt het niet eens. Cliënt werd opgeroepen door de bedrijfsarts.
- Op basis van het rapport zijn de conclusies getrokken, zo geeft cliënt aan. Cliënt geeft aan dat men haar weg wil hebben.
- Cliënt vertelt dat ze tegenover een politiebureau woont. Daar hebben mensen apparatuur en misbruiken die. Zo is er bijvoorbeeld met schijnwerpers op haar huis geschoten. Cliënt deed daarvan aangifte. Cliënt geeft aan dat de politie apparatuur als spel gebruikt. Ook werd op haar anders gericht. Spieren van cliënt droegen krom.
- Cliënt geeft aan dat ze een gesprek met de werkgever heeft gehad. Ook daar gaf ze aan dat apparatuur werd misbruikt. Cliënt werd naar haar zeggen uitgelachen.
- Toen cliënt de politie belde werd gevraagd waar ze werkte. Volgens cliënt heeft de politie contact met haar werkgever opgenomen. Ze is op kantoor geroepen waarbij haar gevraagd werd mee te werken aan een expertise. Cliënt vertelt dat ze meewerkte aan de expertise en maar 15 min met de onderzoeker sprak. Als ze echter geweten had dat een en ander zo uit zou werken, had ze dat niet gedaan. Cliënt vertelt dat wat haar is overkomen iedereen kan overkomen. Ze vervolgt door aan te geven dat ze niet alleen in haar huis kijkt. Al voor haar ziek zijn speelde een en ander volgens cliënt.
- Cliënt heeft regelmatig contact met haar huisarts gehad. De bedrijfsarts heeft cliënt naar haar zeggen sinds april 2010 niet meer gesproken.
- Voorheen was cliënt naar haar zeggen nooit ziek. Ze is ook nog nooit op het matje geroepen en dat maakt het voor cliënt moeilijk. Ook haar collega's vinden volgens cliënt het vreemd dat de werkgever dit heeft bedacht.
-
- Gevraagd naar andere lichamelijke klachten, geeft cliënt aan dat haar benen in diezelfde periode zijn verbrand. Ook dit zou door het dollen met de apparatuur zijn gekomen. Desgevraagd geeft cliënt aan dat er sprake was van brandplekken en dikke benen. Haar benen moesten daarom onderzocht worden. Cliënt was ongeveer twee weken in het ziekenhuis opgenomen op de afdeling dermatologie.
-
- Cliënt volgt behandeling bij een revalidatie-instelling. Zij gebruikt momenteel geen medicatie. Zij rookt niet en gebruikt geen alcohol en/of drugs. Ze woont zelfstandig. Ze heeft drie kinderen waarvan er een dochter bij haar inwoont.
-
- Op basis van de verkregen informatie is er sprake van zeer gering zelfinzicht bij volgens een expertise ernstige psychische problematiek. Cliënt zelf acht zich geschikt om haar werkzaamheden in volle omvang uit te voeren.
-
- Onderzoek
- Belanghebbende presenteert zich op coherente, coöperatieve, vriendelijke en ontspannen wijze. Normaal bewustzijn en ongestoorde oriëntatie in tijd, plaats en persoon. Tijdens het spreekuurcontact is er sprake van adequate waarneming en intacte geheugenfunctie. Er worden tijdens het spreekuurcontact geen aanwijzingen voor aandachts- of concentratiestoornissen gevonden. Anamnestic vermeldt de gedachtegang met betrekking tot gebeurtenissen in het verleden stoornissen. Voor het overige voor wat

betreft de gedachtengang echter geen bijzonderheden. Normaal oogcontact. Affect, mimiek en intonatie moduleren adequaat naar de omstandigheden. Er zijn geen aanwijzingen voor bijzondere angsten of daarmee verband houdende uitingen. Evenmin is er sprake van enige agitatie.

- Een lichamelijk onderzoek werd niet verricht aangezien de psychische klachten bepalend zijn.
-
- **Informatie van de huisarts**
- Deze schreef in maart 2011:
- “Mevrouw ervaart lichamelijke klachten, waarvan zij de oorzaak ziet bij haar burens en de politie. Dit gegeven is u bekend. Deze mening is zij ook nu nog steeds toegedaan. Dit speelt inmiddels gedurende zeker vijf jaar een stabiele rol, waarbij er, voor zover ik dan kan overzien (ik zie haar sporadisch) geen sprake is van disfunctioneren in het dagelijks leven.
- In 2007 is mevrouw bij de afdeling psychiatrie van Z in consult gekomen. Diagnose: psychotische stoornis, schizofrenie/paranoïde type. Men concludeerde hier herhaaldelijk dat er, ondanks dit toestandsbeeld, vooralsnog geen sprake lijkt te zijn van disfunctioneren, maar dat besef en ziekte inzicht ontbreken. Het laatst ontvangen schrijven hieromtrent dateert van februari 2009.
- Uw vraag betreffende de prognose: de door de psychiatrische instanties als waanideeën geduide verschijnselen lijken de afgelopen jaren weinig te zijn veranderd. Er lijkt derhalve sprake te zijn van een stabiele toestand.
- Adviezen omtrent leven, belasting en dergelijke heb ik haar niet gegeven”.
-
-
- **Lastige situatie**
- De vraagstelling die de verzekeringsarts moet beantwoorden luidt: is cliënt geschikt voor het eigen werk? Bij cliënt is sprake van een ernstige psychische stoornis. Van de klachten die zij ervaart legt zij de oorzaak bij derden neer. Je kunt je afvragen of je je eigen kind aan deze lerares zou overlaten. Kan zij de kinderen iets aandoen?
-
- De aard van de waanstoornis wijst niet in de richting van agressie, noch naar haarzelf, noch naar anderen. Het beeld is al jarenlang stabiel. De klachten hebben de afgelopen vijf jaar ook niet geleid tot een disfunctioneren in het dagelijks leven. Kun je het functioneren wel ter discussie stellen, terwijl dat altijd goed is geweest?
-
- De casus roept bij de verzekeringsarts conflicterende reacties op.
- Er is geen verschil aan te geven tussen het huidige functioneren en het functioneren in de periode 2007-2009 waarin zij ook als lerares basisonderwijs voor de school werkzaam was. Haar belastbaarheid en benutbare functionele mogelijkheden zouden op grond daarvan als onveranderd worden beoordeeld.
-
-
- **Hoe verder?**
- Er lijkt een conflict te zijn tussen de aard en de ernst van de aandoening enerzijds en het verantwoordelijke werk als lerares op een basisschool anderzijds. Is er sprake van een reëel gevaar voor de kinderen en/of voor cliënt zelf?
-
- Cliënt heeft in de praktijk aangetoond met de gediagnosticeerde geïsoleerde waanstoornis op adequaat niveau als lerares op een basisschool te kunnen functioneren.
- Maar zij lijkt haar stoornis zelf niet te willen erkennen. Het bestuur wil eigenlijk wel van haar af. De bedrijfsarts zit ook op die lijn.
-
- **De afloop**
- De verzekeringsarts initieert een nieuwe psychiatrische expertise, om de volgende redenen: de arbeidsdeskundige verzoekt om een beschrijving van de belastbaarheid; er is twijfel aan de diagnose; het oordeel zal verstrekkende gevolgen kunnen hebben.
-
- Het psychiatrisch onderzoeksverslag van juni 2011 meldt het volgende:

-
- “Samenvattend kan worden gesteld dat er bij cliënt sprake is van een al enige tijd bestaande qua omvang geïsoleerde stoornis in het formele en inhoudelijke denken. Er zijn geen aanwijzingen voor stoornissen in de waarneming.
- De gestelde psychische diagnose bij een eerder door de werkgever aangevraagd psychiatrisch onderzoek wordt gezien de onderzoeksbevindingen bij de huidige psychiatrische expertise weinig plausibel geacht.
- De vraagstelling of er beperkingen ten aanzien van het mentaal functioneren aan de orde zijn, wordt door de psychiater, die cliënt onderzocht, als volgt beantwoord:
- Afgaande op haar huidige dagbesteding en haar nog steeds brede interesse voor haar omgeving, kan nauwelijks worden gesteld dat er sprake is van evidente beperkingen. De primaire stoornis lijkt zich te beperken tot een inhoudelijke overtuiging in het denken die niet corrigeerbaar blijkt te zijn.”
-
- In de expertise wordt bevestigd, dat er nauwelijks sprake is van beperkingen.
- De belastbaarheid en benutbare functionele mogelijkheden van cliënt lijken in maart 2011 niet als wezenlijk anders dan in de periode 2007-2009 waarin zij ook als lerares basisonderwijs werkzaam was. De schorsing door de werkgever is gebaseerd op externe informatie. Er zijn geen aanwijzingen, dat de schorsing gebaseerd is op een directe waarneming van disfunctioneren door de werkgever zelf.
-
- Conclusie deskundigenoordeel
- De ontvangen informatie geeft geen aanleiding om hetgeen omtrent de belastbaarheid van cliënt is weergegeven in de rapportage van april 2011 (betreffende een door cliënt aangevraagd deskundigenoordeel) te herzien.
- De belastbaarheid en benutbare functionele mogelijkheden van cliënt zijn op basis van de beschikbare informatie per geschiedatum maart 2011 niet als wezenlijk anders te duiden dan in de periode 2007-2009 waarin cliënt ook als lerares basisonderwijs voor het schoolbestuur werkzaam was.

ⁱ Zo werkt WORD 2002, de versie die op UWV-computers is geïnstalleerd. Andere WORD-versies of andere tekstverwerkingsprogramma's kunnen net iets anders werken, maar dat wijst zich meestal vanzelf. Raadpleeg hiervoor de handleiding van je tekstverwerkingsprogramma.

ⁱⁱ Kuijjer PM, Frings – Dresen HW: *FCE en werkgeschiktheid: is de meetkwaliteit voldoende voor gebruik in de praktijk?* TBV 2011; pag.

168 – 171.

ⁱⁱⁱ Ruedi TP, Buckley RE e.a.: *AO Principles of Fracture Management*, 2e expanded edition, New York; Thieme; 2007; pag. 43-50

^{iv} Op dezelfde wijze als je naar medische boeken of tijdschriften verwijst

^v CRVB, 4/2/11. *LJN: BP3493*, 09/4159 WIA. (Voor geïnteresseerden: een uitspraak over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen,

ofwel het verschil tussen WGA en IVA)