

Toegang tot mediprudentie moet worden verruimd

Arthur Sterk, Jim Faas



Arthur Sterk



Jim Faas

Arthur Sterk en Jim Faas zijn respectievelijk voorzitter en secretaris van de Mediprudentiecommissie NVVG-UWV [MENU]

Het woord mediprudentie is nu tien jaar in gebruik en werd gelanceerd in het rapport 'Beoordelen, behandelen, begeleiden' van de Gezondheidsraad.¹ In 2005 besloot het Ministerie van SZW om de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen krachtig te ondersteunen. Al snel werd duidelijk dat de professional niet leeft van protocollen alléén, maar ook behoefte heeft aan goede en beproefde voorbeeldcasuïstiek. Deze gedachte komt met zoveel woorden terug in het advies 'Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' van de Gezondheidsraad in 2007.² Het Kabinet nam het advies van de Gezondheidsraad over. De Gezondheidsraad verstaat onder mediprudentie 'een algemeen toegankelijke en dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'. Het is een vorm van medische casuïstiek die onderdeel is van een professioneel kwaliteitssysteem. Het gaat dan om het ontwikkelen van consensus binnen de beroepsgroep van verzekeringsartsen over wat in een bepaald geval een juiste benadering of beoordeling is. Door verzekeringsgeneeskundige mediprudentie wordt de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling verhoogd, wordt de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van beoordeelde bevorderd en wordt de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening transparanter.³

Het had nog heel wat voeten in de aarde voordat met de opbouw van de database werd gestart. Casuïstiekgroepen van verzekeringsartsen begonnen met het aanleveren van mediprudentiecassus, en een speciale NVVG-UWV-commissie, MENU genaamd, toetste deze casus en bouwde de begeerde verzameling op. Er zijn nu tegen de 150 becommentarieerde rapportages. De verzameling is sinds 26 september 2013 online toegankelijk voor leden van de NVVG. Men logt in op www.nvvg.nl, en vervolgens logt men met dezelfde gebruikersnaam en wachtwoord in bij de mediprudentie-database. Via een systeem van trefwoorden vindt men de rapportages die richtinggevend kunnen zijn voor de oplossing van het eigen probleem. Het technisch beheer van de database is in handen van UWV. Naast de intern gerichte functie van mediprudentie als instrument om de kwaliteit van het sociaal medisch handelen door verzekeringsartsen te bevorderen, is mediprudentie ook beoogd als instrument met externe werking.^{1,2} Een kerngedachte achter het '3B-advies' was nu juist de bredere verbinding te maken tussen de verschillende medische,

paramedische en maatschappelijke actoren en factoren, die een rol spelen in het voorkomen, doen ontstaan, onderhouden en herstellen van arbeidsongeschiktheid.

Deze boodschap werd breed onderschreven tijdens het slotsymposium 'Beoordelen, behandelen, begeleiden', dat werd gehouden op 25 september 2007. Voorzitter van de Raad van Bestuur van UWV, de heer Linthorst, sprak bij die gelegenheid bijvoorbeeld uit dat hij het van groot belang achtte dat door de protocollen, de mediprudentie, en de 3B-richtlijnen de grenzen in het professionele domein worden opengemaakt, zowel tussen de diverse disciplines als ook naar de samenleving.⁴

Alle mooie woorden ten spijt, is de mediprudentie-database op dit moment alleen toegankelijk voor leden van de NVVG. Een zestal individuele casus zijn inmiddels bewerkt tot tijdschriftartikel.⁵⁻¹⁰ Onlangs bleek dat de eigenaars grenzen stellen aan het gebruik van gegevens uit de mediprudentie-database, althans op geaggregeerd niveau. In maart 2015 vroeg Jerry Spanjer toestemming aan NVVG en UWV om de resultaten van zijn search in de mediprudentie-database te publiceren. Dit ten behoeve van een artikel voor TBV.¹¹ Er werd geen toestemming verleend. Toestemming werd geweigerd met de volgende toelichting: 'Mediprudentie heeft primair tot doel consensusvorming onder verzekeringsartsen te bevorderen over wat in concrete, individuele gevallen een juiste beoordeling is. Het is de bedoeling dat mediprudentie ook een rol gaat spelen in de evaluatie van verzekeringsgeneeskundige protocollen en richtlijnen en eventueel multidisciplinaire richtlijnen die in de verzekeringsgeneeskundige praktijk gebruikt worden en daarmee indirect in de herziening van die richtlijnen. In dat kader is onderzoek van mediprudentie voor dit doel voorzien zoals de Gezondheidsraad in haar advies geformuleerd. Op die wijze vindt er een periodieke evaluatie van de ontwikkeling van mediprudentie plaats parallel aan de ontwikkeling en evaluatie van richtlijnen. Die koppeling is essentieel. Onderzoek op de database van mediprudentie buiten de genoemde onderzoeksdoelstelling valt hier buiten.'

Men kan discussiëren of de restrictieve opvatting over mediprudentie en de kennelijk essentiële koppeling tussen mediprudentie en (herziening van) richtlijnen strookt met de adviezen van destijds. Zo stelt als de eigenaars het formuleren komt het in de betreffende adviezen in elk geval niet over.

Maar, belangrijker, hebben de eigenaars niet een punt? Zou integrale toegankelijkheid van mediprudentie niet ook ongewenste gevolgen kunnen hebben? Te denken valt aan privacy-aspecten van cliënten en individuele professionals. Ook kan het vergrootglas op individuele casuïstiek zichtbaar maken dat de beoogde consensus er lang niet altijd is. Er kan een vertekend beeld ontstaan van de dagelijkse uitvoeringspraktijk omdat alleen dilemma's en complexe casuïstiek worden uitgelicht. Ontneemt het verzekeringsartsen wellicht de zin en moed om met nieuwe casus voor het voetlicht te treden? Welke dynamiek brengt openbaarheid teweeg in bijvoorbeeld individuele casus of bezwaaren beroepszaken. Juridisering ligt op de loer. Terecht dat de eigenaars van de database niet lichtvaardig denken over deze vraagstukken.

Daarom bepleiten wij een tussenvariant: maak de *commentaren* openbaar, maar laat de onderliggende individuele verzekeringsgeneeskundige rapportages hier expliciet buiten. De commentaren zijn een abstractie van het onderliggend materiaal, maar bevatten nu juist de kern van de mediprudentie: waardevolle overwegingen en antwoorden op praktische verzekeringsgeneeskundige vragen en dilemma's. Inmiddels is onze ervaring dat de commentaren zich laten lezen als zelfstandige documenten. De onderliggende verzekeringsgeneeskundige rapportage is niet nodig om de commentaren te kunnen lezen en te kunnen begrijpen.

Toegankelijkheid van de commentaren maakt het mogelijk om op geaggregeerd niveau gegevens uit de database toegankelijk te maken voor verzekeringsartsen en 'externe' partijen. Juist die geaggregeerde informatie kan richtinggevend zijn voor het opstellen en herzien van protocollen en richtlijnen. Toegankelijkheid van de commentaren maakt het mogelijk zicht te hebben op de handelwijze van verzekeringsartsen bij veelvoorkomende aandoeningen, zonder dat deze te herleiden zijn naar individuele cliënten of professionals.

Kort en goed: wij bepleiten een transparante mediprudentie-database die voor iedereen toegankelijk is en voor iedereen open staat voor studie en analyse op micro-, meso- en macroniveau. Om te voorkomen dat integrale toegankelijkheid ongewenste bijwerkingen heeft, zou de toegankelijkheid zich moeten beperken tot de commentaren in de database. De individuele verzekeringsgeneeskundige rapportages blijven vertrouwelijk. We willen met deze benadering mediprudentie als volgt herdefiniëren: **Mediprudentie is een algemeen toegankelijke en dynamische verzameling van deskundige analyses en commentaren op verzekeringsgeneeskundige vraagstukken en dilemma's.**

Wij doen een beroep op de eigenaars van de database om hun restrictieve opvattingen met betrekking tot de toegankelijkheid van mediprudentie in dit licht kritisch te heroverwegen. Een open publicatiebeleid is in het belang

van de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige praktijkvoering, en van de wetenschappelijke basis voor die praktijk.

Een open beleid kan ook in een ander opzicht tot verdere verruiming van mediprudentie leiden, zowel van de productie als van de toepassing daarvan. Een open beleid heeft een voorbeeldfunctie. Het werkt uitnodigend voor potentiële leveranciers en gebruikers. Het kan belerende beroepsgroepen aanmoedigen zich aan te sluiten, dan wel een eigen database op te zetten. Wij denken hierbij aan verzekeringsartsen die als geneeskundig adviseur voor particuliere verzekeraars werkzaam zijn. Maar ook aan bedrijfsartsen, die eveneens streven naar kwaliteitsverbetering van hun rapportages. Hun aandeel in het re-integratieverslag is eveneens voor verbetering vatbaar.

Literatuur

1. Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10. ISBN 90-5549-570-0.
2. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/14. ISBN 978-90-5549-648-8.
3. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Kabinetstandpunt mediprudentie in de verzekeringsgeneeskunde, Den Haag, 16 oktober 2007, SV/WV/07/22228.
4. Gezondheidsraad, Medisch handelen en ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Verslag van het symposium Beoordelen, behandelen en begeleiden. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. A07/07.
5. Faas WA, Linschoten C van, Weel ANH. Een voorbeeld van mediprudentie. Eindtoestand bereikt bij reumatoïde artritis? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2012; 20: 266-270.
6. Faas WA, Wynhoven LML. Een (tweede) voorbeeld van mediprudentie. Psychische klachten na de bevalling: post of propter? Een lastig gesprek in de spreekkamer van de verzekeringsarts. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2012; 20: 370-373.
7. Looij L, Asselt C van, Weel ANH. Een (derde) voorbeeld van mediprudentie. Chronisch hartfalen: is de belastbaarheid te bepalen op basis van de anamnese? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2013; 21: 171-173.
8. Linschoten-Coumans C van, Weel ANH. Een (vierde) voorbeeld van mediprudentie. Artrose aan de handen: functionele beperkingen en arbeids(on)geschiktheid. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2014; 22: 360-363.
9. Faas WA, Spreeuwiers D. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij kanker. Quintesse 2014-1; 26-33.
10. Faas WA, Gabeler PH. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij migraine. Quintesse 2014-4; 30-34.
11. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: mediprudentie en jurisprudentie. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2015; 23: 304-308.