

Een (tweede) voorbeeld van mediprudentie Psychische klachten na de bevalling: post aut propter? Een lastig gesprek in de spreekkamer van de verzekeringsarts

Jim Faas, Loes Wynhoven

Eerder hebben wij in dit tijdschrift de eerste mediprudentiecásus gepresenteerd. We behandelden daarin onder meer de definitie, het doel en de wijze van totstandkoming van mediprudentie. Tevens beschreven wij het format van de mediprudentie.¹

Wij gaven aan dat het bij mediprudentie kan gaan om gezondheidskundige vragen, (sociaal) medische kennis en statistisch epidemiologische vragen, maar ook om juridische vragen en ethische dilemma's.

In deze tweede voorbeeldcásus komt een – in allerlei verschijningsvormen – al vele jaren de gemoederen bezighoudende discussie aan bod: 'Psychische klachten na de bevalling: post aut propter?'

Het belang voor cliënten en werkgevers van het antwoord op deze vraag is gelegen in het al dan niet verstrekken van compensatie – in de vorm van ziekengeld – door UWV. Voorwaarde is dat een causaal verband met de zwangerschap of de bevalling wordt aangenomen.

In deze mediprudentiecásus wordt een regelmatig voorkomend praktijkprobleem aangekaart. De casus geeft een bijzondere inblik in de spreekkamerperikelen van de verzekeringsarts. De MENU² vond deze casus dermate de moeite waard, dat zij er nog enkele opmerkingen en aanbevelingen aan heeft toegevoegd. Deze vindt u terug in de nabeschuiving.

STANDAARD
ZWANGERSCHAP,
CAUSAAL VERBAND,
DOODGEBOREN
KIND,
ARTIKEL 29A
ZIEKTEWET,
MEDIPRUDENTIE

Mr. W.A. Faas is verzekeringsarts en jurist en werkzaam als medisch adviseur bij UWV directoraat Bezwaar & Beroep te Amsterdam. Hij is secretaris van de Commissie MENU.

Drs. L.M.L. Wynhoven is arts in opleiding tot verzekeringsarts en werkzaam bij UWV Den Bosch.

CORRESPONDENTIEADRES
E-mail: jim.faas@uwv.nl.

DE MEDIPRUDENTIECASUS

Trefwoorden

Artikel 29a Ziektewet, causaal verband, complicaties bevalling, ongeschiktheid ten gevolge van zwangerschap en/of bevalling, post partum, solutio placentae, CAS-code: G809.

Vignet

Een vrouw meldt zich aansluitend aan de WAZO³ ziek met psychische klachten na een traumatische bevalling met een doodgeboren kindje. Beoordeeld dient dan te worden of sprake is van arbeidsongeschiktheid als direct gevolg van zwangerschap en/of bevalling (ZW artikel 29a). Als hiervan sprake is, wordt 100% van het dagloon door UWV betaald tot een maximumduur van 104 weken. Ondanks dat de verzekeringsgeneeskundige standaard⁴ duidelijk aangeeft dat dergelijke klachten niet als rechtstreeks gevolg van zwangerschap/bevalling kunnen worden gezien, is onze ervaring dat hier door verzekeringsartsen toch nogal eens van wordt afgeweken. Meerdere factoren spelen een rol in deze overweging. In deze casus is besloten de claim toch te accepteren. UWV keert het ziekengeld uit.

Samenvatting

verzekeringsgeneeskundige rapportage

Het gaat om een 30-jarige groepsleidster in de kinderopvang die een ongecompliceerde zwangerschap doormaakte. Tijdens inleiding van de partus ontwikkelde zij heftige buikpijn en bloedverlies. Bij onderzoek bleek sprake van een solutio placentae waarop een spoedsectio plaatsvond. Hierbij kwam haar dochttertje doodgeboren ter wereld. Voor de partus waren er geen tekenen die wezen op gevaar voor het ongeboren kind, zoals groeiachterstand, minder leven voelen, abnormale cortonen. De impact van de bevalling op cliënte is heftig.

Vanwege psychische klachten wordt cliënte begeleid door een psycholoog. Zij claimt onge-

schikt te zijn voor haar werk vanwege die psychische klachten en vermoeidheid. Op basis hiervan is zij volgens de bedrijfsarts nog niet volledig arbeidsgeschikt. Re-integratie bij de werkgever is opgestart. Vanwege de in alle opzichten traumatisch verlopen bevalling wordt de arbeidsongeschiktheid door de verzekeringsarts als direct gevolg van zwangerschap/bevalling gezien en wordt de claim toegekend.

Commentaar

De vraagstelling luidt hier: zijn de klachten die cliënte claimt, een rechtstreeks gevolg van de bevalling? Oftewel: is artikel 29a lid 4 van toepassing? Om deze vraag te beantwoorden zijn argumenten tegen en voor benoemd.

Argumenten om niet te accepteren

- I Voor de beoordeling van het al dan niet toepassen van artikel 29a lid 4 wordt door de beroepsgroep de standaard 'Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid' gebruikt. Hierin staat letterlijk: 'Soms komt er bij de bevalling een niet levensvatbaar of ernstig gehandicapt kind ter wereld. De klachten, stoornissen en beperkingen die hierdoor ontstaan in de kraamperiode, zoals surmenage of depressie, kunnen niet gezien worden als het gevolg van de zwangerschap/bevalling. In tegenstelling tot (...verwijzing naar uitspraak Centrale Raad van Beroep over een casus waarin het ging over een tijdens het kraambed opgetreden mastitis...) is de bevalling hier niet predisponerend voor het optreden van de klachten, maar moet het 'life event' van de ouder (moeder) gezien worden als de oorzaak voor de klacht en de daaruit eventueel voortvloeiende arbeidsongeschiktheid.'
- I Ook de vader kan psychische klachten ontwikkelen na een traumatisch verlopen bevalling, waarbij een doodgeboren kindje ter wereld komt. Op hem kan artikel 29 lid 4 niet worden toegepast (dus krijgt hij bij arbeidsongeschiktheid 'maar' 70% van het dagloon). Het zou indirecte discriminatie zijn om cliënte wel te accepteren.
- I De psychische klachten die cliënte claimt, zijn een indirect gevolg van de bevalling, geen direct gevolg. Ofwel: de traumatische bevalling leidde tot een doodgeboren kindje en dit leidde tot reactieve klachten. Als de traumatisch gelopen bevalling uiteindelijk toch tot een gezond kindje zou hebben ge-

leid, zou cliënte naar alle waarschijnlijkheid geen psychische klachten hebben ontwikkeld.

- I Het overlijden van een kind kan op elke leeftijd gebeuren en wordt dan ook niet meer in relatie gebracht met de bevalling: de klachten worden gezien als gevolg van een 'life event'.

Argumenten om wel te accepteren

- I Het betreft in deze casus een cliënte met werkgever. Door UWV het ziekgeld te laten vergoeden wordt de werkgever gecompenseerd en geeft dit cliënte mogelijk meer ruimte om geleidelijk te re-integreren in haar werk zonder dat haar dienstverband gevaar loopt.
- I Artikel 29a is bedacht om te voorkomen dat vrouwen in de vruchtbare leeftijd minder kans maken op de arbeidsmarkt. Zwangerschap en bevalling geven een verhoogde kans op ziekte en arbeidsongeschiktheid. Dit zou daarom voor werkgevers een financieel risico zijn. Doordat UWV 100% van het dagloon betaalt, wordt dit risico gecompenseerd. Afwijzen in dit geval zou voorbijgaan aan deze achterliggende gedachte.
- I 'Afwijzing is niet uit te leggen aan cliënten.' Veel artsen hebben grote moeite, zo men wil gewetensbezwaren, om in de spreekkamer aan een cliënte uit te leggen dat deze klachten niet als rechtstreeks gevolg van de bevalling kunnen worden gezien, omdat dit vaak in de beleving van cliënt een zeer essentieel (en pijnlijk) punt is. Dergelijke gesprekken zijn bovendien vaak toch al zeer emotioneel en beladen. Dan komt de juridische uitleg kunstmatig en kil over.
- I De bevalling is een op zichzelf staande zeer traumatische gebeurtenis (heftige buikpijn met bloedverlies, afwezige CTG-tonen, spoedsectie en dergelijke) die niet los kan worden gezien van de psychische klachten.
- I De klachten vinden hun oorsprong in de solutio placentae en hiervan is algemeen geaccepteerd dat dit een zwangerschapsgerelateerde aandoening is.

Overwegingen

Op basis van een strikte uitleg van de huidige verzekeringsgeneeskundige standaard zou de claim op ziekgeld moeten worden afgewezen. Toch valt in de wandelgangen op dat hier door verzekeringsartsen wisselend mee wordt omgegaan.

In deze casus speelde in de overweging van de verzekeringsarts mee, dat cliënte de bevalling op zichzelf als een traumatisch geheel ervaren heeft. In medisch opzicht was de bevalling behalve traumatisch ook gecompliceerd (solu-tio placentae). Zeker ook speelt mee dat spreekuurcontacten als deze nogal eens gepaard gaan met heftige emoties. Cliënten zien toekenning van de claim als een vorm van ‘erkenning’ van hun klachten en afwijzing als een ontkenning daarvan.

Daardoor kan de verzekeringsarts geneigd zijn de claim te honoreren om maar niet verzeild te geraken in een gekunsteld overkomende technische uitleg (de ‘life event’-redenering) van artikel 29a Ziektewet.

Bovendien bestaat bij een deel van de artsen toch ook de gedachte dat dit wetsartikel er juist voor bedoeld is déze vrouwen (met een dergelijke traumatische bevalling waarvan de impact voor iedereen invoelbaar is) te beschermen tegen een verhoogd risico op verlies van werk.

Conclusie

In deze casus is de claim toegekend op basis van artikel 29a Ziektewet.

NABESCHOUWING

Deze casus is een treffende beschrijving van wat zich in de spreekkamer van de verzekeringsarts afspeelt over de kwestie ‘post of propter’.

In de uitwerking van de casus spitst de discussie zich toe op de vraag of de arbeidsongeschiktheid van cliënte een gevolg is van ‘de traumatisch verlopen bevalling’, [propter], óf dat de arbeidsongeschiktheid slechts na [post] de bevalling optrad en niet als rechtstreeks gevolg van de bevalling moet worden beschouwd. Er worden argumenten voor beide visies gegeven. Dat is verhelderend. Niettemin is het een wat willekeurige opsomming geworden van juridische, causale, praktische en normatieve overwegingen. De argumenten worden ook niet duidelijk gewogen. De uiteindelijke keuze lijkt gebaseerd op een onderbuiksgevoel: je moet wel accepteren want afwijzen ‘dat kun je gewoon niet maken’.

De ethische frictie zou beter kunnen worden geëxpliciteerd door twee conflicterende waarden naar de oppervlakte te brengen. Bijvoorbeeld als volgt: door af te wijzen breng je schade toe aan cliënte: zij zal zich niet erkend voelen en dat kan de arbeidsparticipatie nadelig beïnvloeden. Door te accepteren is de rechtvaardigheid in het geding: gelijke monniken, gelijke kappen: andere

claims worden immers ook afgewezen op grond van de ‘life event’-redenering en waarom deze dan niet? De beide eerstgenoemde argumenten om niet en wél te accepteren geven tezamen het ethisch dilemma goed weer. De andere overwegingen spelen dan een ondergeschikte (of geen) rol bij de afweging.

Dit brengt ons op het algemene knelpunt: volgens de verzekeringsgeneeskundige standaard Zwangerschap moet het ‘life event’ los worden gezien van de zwangerschap en bevalling. Maar hoe breng je deze moeilijke boodschap? Kennelijk is de standaard op dit punt in de praktijk moeilijk uitvoerbaar en uitlegbaar en deinzen sommige verzekeringsartsen daar voor terug.

Daar komt bij dat de ‘life event’-redenering vaak niet (voldoende) bekend is bij behandelend artsen en bedrijfsartsen. Hierdoor is van tevoren vaak een toon gezet voor toewijzing van de claim met een navenant verwachtingspatroon bij cliënten. Voor de verzekeringsarts resteert de ondankbare taak dit te redresseren. Het zal niet verbazen dat een afwijzing onder deze omstandigheden vaak helemaal niet begrepen wordt.

Gezien deze uitvoeringsproblemen verdient het aanbeveling bij het herzien van de verzekeringsgeneeskundige standaard aan deze materie speciale aandacht te besteden. Bij deze voorspellen wij alvast dat als het standpunt over ‘life events’ in de standaard inhoudelijk ongewijzigd blijft, deze problematiek én het dilemma voor verzekeringsartsen de wereld niet uit zullen zijn. Dat vinden wij ongewenst. Dan zal er in elk geval in de ondersteuning van verzekeringsartsen, bijvoorbeeld in de voorlichtende sfeer (aan cliënten, behandelend artsen en bedrijfsartsen) wat extra’s moeten gebeuren.

Wij permitteren ons nog een drietal aanvullende opmerkingen:

1. Als we naar deze specifieke casus kijken dan blijkt er ten minste één gerechtelijke uitspraak te zijn waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen een bevalling met een doodgeboren kind (wel causaal verband) en een bevalling met een levend geboren maar niet levensvatbaar kind (geen causaal verband).⁵ In de casus was sprake van een doodgeboren kind. De Rechtbank vond de visie van UWV, die neerkwam op het ontbreken van causaal verband, onvoldoende gemotiveerd en de verwijzing naar de standaard op dit punt niet juist. Dit juridische onderscheid, dat door de Rechtbank wordt gemaakt, is door zijn gekunsteldheid zo mogelijk nog moeilijker uit te leggen aan cliënten dan de ‘life event’-redene-

ring op zichzelf. Uit deze uitspraak blijkt ook dat als we als medici in onze eigen richtlijnen geen heldere en eenduidige standpunten formuleren, het gevaar op de loer ligt dat de rechterlijke macht ermee aan de haal gaat. Dat hebben we dan aan onszelf te danken.

2. In deze casus is een doodgeboorte als voorbeeld genomen. Dat kan uiteraard heftige emoties oproepen. Niet de meest ideale situatie voor een goede ontvangst van een zakelijke uitleg van de 'life event'-redenering. Veel vaker voorkomend dan een doodgeboorte zijn psychische klachten (zonder meer) na de bevalling, die – al of niet terecht – worden geïdentificeerd als postnatale depressie of postpartumdepressie. Ook dat is een thema dat de gemoederen al jaren bezighoudt. Maar daarover een andere keer.
3. Tot slot merken wij op dat veel mediprudentie, zoals die thans wordt ontwikkeld, 'slechts' de oppervlakte raakt van dilemma's en (over)wegingen. Dat is helemaal niet erg. De gedachte is dat zich naar aanleiding van de gepresenteerde casuïstiek een dieper gaande discussie ontwikkelt. Mediprudentie is bedoeld als een 'levend' iets dat op grond van aanvullende en nieuwe inzichten wordt bijgesteld, aangevuld en zo meer. Deze casus is ook daar een voorbeeld van.

LEERPUNT

Beschouwen we een en ander in het licht van de

geformuleerde doelstellingen van mediprudentie dan is hier het leerpunt dat deze casus een serieus knelpunt blootlegt en relevante vragen oproept. De verzekeringsgeneeskundige standaard Zwangerschap geeft weliswaar enig houvast met zijn uitleg over 'life event', maar dat biedt kennelijk toch onvoldoende soelaas om in iedere praktijksituatie goed te kunnen handelen. Een belangrijk aspect hierbij is dat de finesses niet goed aan cliënten zijn uit te leggen. Dat wordt dan vervolgens een reden om er maar niet aan te beginnen. We kunnen onze ogen hiervoor wel sluiten, maar daarmee gaan we voorbij aan de realiteit. Is de 'life event'-redenering voldoende praktijkbestendig? Als we een eenduidige uitvoeringspraktijk voorstaan, moeten we dit probleem willen adresseren.

DANKWOORD

Dit artikel kon tot stand komen door de inbreng van collega Gerlinda Sneijders, verzekeringsarts UWV Den Bosch.

LITERATUUR/NOTEN

1. Faas WA, Linschoten C van, Weel A. Eindtoestand bereikt bij reumatoïde artritis? Een voorbeeld van mediprudentie. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2012; 20 (6); 266-270.
2. Mediprudentie commissie NVVG UWV (MENU).
3. Wet arbeid en zorg, ingevoerd in 2001.
4. Verzekeringsgeneeskundige standaard 'Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid'. Lisv, april 1999.
5. Rechtbank Arnhem, 24 oktober 2003, LJN: AN7916.

VOOR U GELEZEN

Jaarverslag 2011 Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen (CKA)

De Wet medische keuringen wil voorkomen dat mogelijke gezondheidsproblemen reden zijn om iemand uit te sluiten van werk. Aanstellingskeuringen zijn niet verboden, ze zijn toegestaan voor functies waaraan bijzondere eisen worden gesteld voor gezondheid of veiligheid van de werknemer zelf of anderen. Een sollicitant moet gezondheidsproblemen melden aan de werkgever als deze problemen het uitvoeren van essentiële taken van de toekomstige functie kunnen belemmeren.

De CKA heeft in 2011 weer meerdere vragen gekregen over deze mededelingsplicht. Een van de vragen ging over het beroepsgeheim van de keurend bedrijfsarts bij een aspirant-politieagent met een chronische ziekte. Met een gerichte en vrijwillig gegeven toestemming mag de keurend bedrijfsarts informatie aan de werkgever verstrekken. Bij het vragen van toestemming moeten bij de aspirant-werknemer het doel, inhoud en de

mogelijke consequenties van de gegevensverstrekking duidelijk zijn.

Het CKA heeft in 2011 negen klachten behandeld. Een voorbeeld is de klacht van een machinist die op het medisch vragenformulier had aangegeven aan zijn hart behandeld te zijn. Onder druk van een werkgever die dezelfde dag wilde horen of de machinist geschikt was of niet, heeft de bedrijfsarts de machinist afgekeurd. Voor de spoorveiligheid is geregeld dat de bedrijfsarts alvorens een uitslag te kunnen geven, een consult bij de Polikliniek Mens en Arbeid moet aanvragen. Het is duidelijk dat de CKA de keurend bedrijfsarts op de vingers heeft getikt.

Naast de klachtenbehandeling rekent de CKA, inmiddels een commissie van de Sociaal-Economische Raad, het tot haar taak vragen van werkgevers, aspirant-werknemers en bedrijfsartsen te beantwoorden.

Auteur:
Bas Sorgdrager