

# Een voorbeeld van mediprudentie Eindtoestand bereikt bij reumatoïde artritis?

Jim Faas, Cécile van Linschoten, André Weel

De WIA-commissie van de Gezondheidsraad concludeerde in 2005 dat het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoeft.<sup>1</sup> De Gezondheidsraad startte met het opstellen van verzekeringsgeneeskundige protocollen om beoordelingen meer te standaardiseren. In 2008 nam de NVVG dit over. Daarnaast moest de claimbeoordeling inhoudelijk worden ondersteund door de ontwikkeling van mediprudentie.

Eind 2010 is de Mediprudentie Commissie NVVG UWV (kortweg 'MENU') aan het werk gegaan met subsidie van ministerie van SZW om in het kader van die mediprudentie praktische methoden te ontwikkelen die bijdragen aan een verbeterde claimbeoordeling.

In dit artikel wil de MENU aan verzekeringsartsen binnen en buiten UWV en aan andere geïnteresseerden aan de hand van een voorbeeld laten zien wat mediprudentie is en hoe het kan worden gebruikt.

## WAT IS MEDIPRUDENTIE?

Mediprudentie wordt omschreven als: 'een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'.<sup>2</sup> Werd in de beginfase uitgegaan van een uitgebreid commentaar bij de volledige verzekeringsgeneeskundige rapportage,<sup>3</sup> uit ervaringen die

NVVG en UWV opdeden in het voortraject bleek het beduidend beter werkbaar om het commentaar toe te spitsen op een specifieke vraagstelling of dilemma in de betreffende casus.

Mediprudentie betreft dan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van een individuele cliënt waarin commentaar gegeven wordt op een specifiek aspect van de gevalsbehandeling of waarin een bepaald dilemma wordt besproken. Daarbij kan het gaan om gezondheidskundige vragen, (sociaal) medische kennis en statistisch epidemiologische vragen, maar ook om juridische vragen en ethische dilemma's.

De becommentariëring en bespreking is zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en op richtlijnen en protocollen.

## WAT IS HET DOEL VAN MEDIPRUDENTIE?

Mediprudentie levert een bijdrage aan de kwaliteit van het handelen van de verzekeringsarts, en wel in drieërlei opzicht:

1. Mediprudentie levert een bijdrage aan de kwaliteitsborging. Mediprudentie is een naslagwerk voor de verzekeringsarts in de dagelijkse praktijk, waarin hij bouwstenen kan vinden voor de argumentatie van een gegeven claimbeoordeling.
2. Mediprudentie kan ook een leermiddel zijn en deel uitmaken van de leercirkel van de verzekeringsarts. Het geeft de gelegenheid om te reflecteren op de eigen beoordeling en de daarbij gehanteerde uitgangspunten. Zo wordt de link gelegd tussen de meer algemene protocollen en de specifieke toepassing in de praktijk.
3. Mediprudentie kan een bron zijn van vragen voor nader onderzoek en van de evaluatie van de verzekeringsgeneeskundige toepassing van protocollen en multidisciplinaire richtlijnen. Indirect kan mediprudentie hiermee bijdragen aan de bijstelling van die protocollen en richtlijnen.

## HOE KOMT MEDIPRUDENTIE TOT STAND?

Het proces start met de reflectie van verzekeringsartsen op hun handelen. Binnen UWV

Mr. W.A. Faas is verzekeringsarts en jurist en werkzaam als medisch adviseur bij UWV directoraat Bezwaar en Beroep te Amsterdam.

Drs. C.C.H. van Linschoten is verzekeringsarts en werkzaam bij UWV Arnhem.

Dr. A.N.H. Weel is bedrijfsarts en werkzaam bij Kwaliteitsbureau NVAB te Utrecht.

De auteurs zijn alle drie lid van de Commissie MENU.

### CORRESPONDENTIEADRES

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

PROTOCOL,  
RICHTLIJN,  
CLAIMBEOORDELING,  
MEDIPRUDENTIE,  
REUMATOÏDE  
ARTRITIS

wordt mediprudentie ontwikkeld door casuïstiekgroepen.

Inmiddels wordt ook in de opleiding tot verzekeringsarts aandacht besteed aan de ontwikkeling van mediprudentiecasuïstiek. Het is daarnaast ook mogelijk dat verzekeringsartsen (zowel binnen als buiten UWV) alleen of vanuit een kleine groep een mediprudentiecasus aanleveren.

Iedere casus die een vraag oproept, is in principe geschikt. Het moet gaan om authentieke (dus niet verzonden) casuïstiek. De praktijk staat voorop. De casus hoeft voor mediprudentie niet mooier gemaakt te worden dan hij is.

De groep kiest een casus en levert ofwel een volledig uitgewerkte, becommentarieerde casus aan de MENU, óf zij doet een voorzet voor een vraagstelling of dilemma voor de MENU. Dat kan vergezeld gaan van een voorstel voor een nadere uitwerking van die vraagstelling, of voor een literatuursearch. De MENU bespreekt het voorstel in de eerstvolgende vergadering en geeft zo spoedig mogelijk een reactie aan de groep.

Een interessante mediprudentiecasus staat of valt met het formuleren van een goede vraagstelling of een dilemma.<sup>4</sup> Het is dan ook belangrijk dat men hiervoor voldoende tijd neemt. Het advies is om één aspect in de casus voor nadere reflectie te kiezen, en daarbij één concrete vraag (eventueel enkele vragen in elkaars verlengde) of één dilemma te formuleren.

De casuïstiekgroep bepaalt wat men zelf gaat doen en wat men wil uitbesteden. In overleg met de MENU kan een deskundige worden ingeschakeld, bijvoorbeeld voor een EBM-search of een ingewikkelde juridische vraag.

Wanneer het om een dilemma gaat, wordt dit binnen de groep bediscussieerd. Het is mooi als de groep tot consensus kan komen over hoe te handelen bij een dilemma. Consensus is echter geen doel op zich. Als geen consensus kan worden bereikt, is een goed beargumenteerd discours over de dissensus ook waardevol.

In eerste aanleg wordt bij de uitwerking van de vraagstelling of het dilemma de aanwezige kennis en de meningen van alle deelnemers gebruikt. Indien nodig, toetst de groep het voorlopige oordeel door middel van literatuuronderzoek. Hiertoe bepaalt de groep de zoekstrategie. Als er evidence-based richtlijnen of protocollen over het gekozen onderwerp aanwezig zijn, kan meestal worden volstaan met een uitwerking van hetgeen in het protocol of de richtlijn wordt vermeld. Als er geen richtlijnen aanwezig zijn, biedt de EBM-piramide een hulpmiddel voor de

keuze van evidence van een ander niveau.

Als al het materiaal is verzameld, kan de casus in de aanbevolen structuur ofwel 'het format' worden gegoten. Dit vaste format (zie verder) is belangrijk voor de toegankelijkheid.

#### HOE ZIET MEDIPRUDENTIE ERUIT?

De structuur van de mediprudentie omvat achtereenvolgens: trefwoorden, vignet, samenvatting, commentaar, literatuur als bijlagen, en de rapportage.<sup>5</sup>

Hieronder wordt de volgorde aangehouden waarin de onderdelen van mediprudentie worden geschreven.

In het *commentaar* wordt de vraagstelling of het dilemma besproken die de casus heeft opgeroepen. Het commentaar op de casus begint altijd met de vraagstelling of het dilemma, daarna volgt een zoektocht naar het antwoord. Bij een kennisvraag bespreekt de verzekeringsarts welke wegen hij heeft bewandeld om het antwoord op de vraag te vinden en wat deze zoektocht heeft opgeleverd. Als er een dilemma is geformuleerd, beschrijft de verzekeringsarts welke handlingsalternatieven er zijn. In beide gevallen weegt de verzekeringsarts de mogelijke standpunten en komt hij tot een conclusie.

De *samenvatting* begint bijvoorbeeld als volgt: 'Cliënt 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 ZW/WIA/WAO/nWAJONG.'

Daarna volgen de gegevens uit de casus die voor de vraagstelling of het dilemma, dat in de mediprudentiecasus behandeld wordt, van belang zijn. De samenvatting moet zo kort mogelijk zijn, en ook geanonimiseerd worden. Iemand die aanvullende gegevens wenst, kan altijd de gehele verzekeringsgeneeskundige rapportage raadplegen.

- | Mediprudentie bedoelt de claimbeoordeling te ondersteunen.
- | Mediprudentie heeft de vorm van deskundig commentaar op een verzekeringsgeneeskundige rapportage.
- | Mediprudentie kan vragen opleveren voor verder onderzoek en aanleiding zijn voor evaluatie van verzekeringsgeneeskundige protocollen.

Het *vignet* bestaat uit: (1) de vraagstelling of het dilemma, (2) de overweging en (3) het antwoord op de vraagstelling of de keuze in het dilemma. Het antwoord of de keuze moet in een of twee zinnen weergegeven worden. Eigenlijk is het vignet dus een vraag met een antwoord met daartussenin een beknopt weergegeven overweging. Het is niet de bedoeling dat de zoektocht zelf in het vignet terechtkomt. Het gaat uitsluitend om de uitkomst van deze zoektocht, en dan wel zo kort mogelijk. Het vignet kan pas gemaakt worden als het commentaar volledig is uitgewerkt en de vraag beantwoord dan wel 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 à 6 regels of maximaal 60 woorden.

De *trefwoorden* worden aan het eind van het schrijfproces gekozen. De kunst is om deze zo te kiezen dat ze aansluiten bij de vraagstelling of het dilemma.

Het opnemen van synoniemen van trefwoorden vergroot de kans op het vinden van soortgelijke vraagstellingen of dilemma's. De trefwoorden (inclusief CAS-codes) worden in het Nederlands (tenzij er geen goed Nederlands alternatief is) en in alfabetische volgorde neergezet.

#### HET VOORBEELD VAN MEDIPRUDENTIE<sup>6</sup>

##### Trefwoorden

Biological, CAS-code L632, DAS28, DMARD, Duurzaamheid, Eindtoestand, IVA. RA, Reumatoïde artritis

##### Vignet

Moet er gesproken worden van een blijvende ongeschiktheid bij een cliënt die al meer dan drie jaar bekend is met reumatoïde artritis, louter behandeld wordt met klassieke DMARD's, terwijl de ontstekingsactiviteit niet vermindert en de behandelaar de medicatie niet wijzigt? Raadpleging van de richtlijnen voor reumatologen leert dat er hier een indicatie bestaat voor het wijzigen van de therapie. Er is derhalve vooralsnog geen indicatie voor het uitspreken van een duurzame ongeschiktheid.

##### Samenvatting van de verzekerings- geneeskundige rapportage

Het betreft een 47-jarige man die bekend is met epilepsie en reumatoïde artritis (RA). In het

kader van de primaire WIA-beoordeling werd hij op arbeidsdeskundige gronden volledig arbeidsongeschikt geacht. Hij werd in verband met de RA behandeld met methotrexaat en celecoxib (Celebrex). De handgewrichten, rechterpols en linker enkel toonden ontstekingsverschijnselen. De verzekeringsarts was van mening dat er nog behandelingsmogelijkheden waren en concludeerde dus dat er een meer dan geringe kans op herstel aanwezig was.

Er volgden drie herbeoordelingen. De medicatie van cliënt bleek niet veranderd. De klachten en afwijkingen waren gelijk gebleven. Moet er nu worden geconcludeerd dat verbetering van de arbeidsbeperkingen is uitgesloten en dat er dus een eindtoestand is bereikt?

##### Commentaar

Er werd eerst gezocht naar richtlijnen. Daarna werd door middel van diverse zoekwoorden gezocht naar de maat voor activiteit van reuma (DAS28). Ten slotte werd nog gezocht op de trefwoorden biologicals al dan niet in combinatie met bijwerkingen of interacties met anti-epileptica. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen vermeld.

##### Geraadpleegde literatuur voor het commentaar

1. Verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis.
2. Richtlijn doelmatig gebruik van biologicals bij RA, axiale spondylartropathie en arthritische psoriatica (Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, update 2011).
3. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (CBO, 2009).
4. Richtlijn Medicijnen: methotrexaat (Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2009).
5. Richtlijn Medicijnen: het toepassen van TNF-blokkade in de behandeling van reumatoïde artritis (Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2003).
6. Richtlijn Medicijnen: sulfasalazine (Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2002).
7. Reumamonitor: <https://reumamonitor.reumabond.nl/nl/home>.
8. Artikel van Erasmus Medisch Centrum uit 2011 omtrent werking en bijwerkingen van biologicals: [www.erasmusmc.nl/47577/huisartsen/biologicals](http://www.erasmusmc.nl/47577/huisartsen/biologicals).

### Verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis<sup>1</sup>

In het verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis wordt op p. 79 onder andere het volgende geschreven over de medicamenteuze behandeling: 'De reumatoloog behandelt bij voorkeur met de DMARD methotrexaat dat subcutaan of oraal wordt toegediend. Bij hogere ziekteactiviteit of een ongunstigere prognose kan hij een combinatie overwegen van methotrexaat met andere DMARD's als sulfasalazine en hydroxychloroquine of een combinatie met corticosteroiden. Bij onvoldoende resultaat wordt anti-TNFa aan de methotrexaat toegevoegd.'

### Richtlijn doelmatig gebruik van biologicals bij RA<sup>2</sup>

In deze update wordt de indicatie voor biologicals beschreven.

De aanbevelingen zijn:

1. De eerste stap in de behandeling van patiënten met actieve RA bestaat uit een traditionele DMARD, bij voorkeur methotrexaat, al dan niet met glucocorticoiden, gedurende ten minste 3 maanden in een adequate dosering.
2. Bij onvoldoende effect van deze eerste stap volgt er stratificatie op basis van aanwezigheid van een of meer prognostisch ongunstige factoren (RF/ACPA positief, hoge ziekteactiviteit, erosies):
  - 2a. Bij een RA-patiënt en slechte prognose wordt een biological overwogen; met de huidige ervaringen in principe een TNF-blokker, steeds in combinatie therapie met methotrexaat of leflunomide.
  - 2b. Bij een RA-patiënt zonder slechte prognose wordt eerst een andere traditionele DMARD overwogen. Daarnaast worden ook aanbevelingen gegeven over het soort biological.
3. Biologicaltherapie moet in combinatie met methotrexaat (of een andere DMARD zoals leflunomide) worden gegeven in verband met aangetoond hogere effectiviteit van de combinatie therapie.
4. Bij gebrek aan argumenten anders dan ervaring, wordt als eerste biological een TNF-blokker gekozen. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor het veilig en effectief omzetten van het ene preparaat naar het andere in de groep van TNF-blokkerende

middelen bij patiënten die goed op het eerste middel reageren.

### Reumamonitor<sup>7</sup>

Dit is een instrument ontwikkeld door de Reumabond, waarmee de ziekteactiviteit en het dagelijks functioneren worden gemeten. Uitgegaan wordt van de DAS28.

Is de DAS28 > 5,1 dan spreekt men van een actieve reuma. Is de DAS28 < 5,1, maar > 3,2, dan spreekt men van een weinig actieve reuma. Is de DAS28 < 2,6, dan is de reuma in remissie oftewel er is een (tijdelijke) vermindering van ziekteverschijnselen, zonder dat deze geheel verdwijnen.

### Artikel Erasmus MC over de werking en bijwerking van biologicals<sup>8</sup>

Hier werden de volgende biologicals beschreven: abatacept, adalimumab, anakinra, etanercept, infliximab en rituximab. Er werden geen interacties genoemd met anti-epileptica.

### DE CASUS

Cliënt wordt behandeld met Celebrex en methotrexaat. Dit zijn beide traditionele DMARD's. In totaal zijn er 22 aangedane gewrichten in de DAS28. Zelfs als de BSE op 9 wordt gesteld en het algemeen welbevinden op gemiddeld, dan wordt de ziekteactiviteit vastgesteld op 5,9. Men kan dan ook niet spreken van een lage ziekteactiviteit.

Kijkend naar de aanbevelingen in richtlijn 1 (sub 2a of 2b), dan is er een wijziging van de medicatie geïndiceerd. Oftewel er moet een andere traditionele DMARD worden toegevoegd, oftewel men dient een biological te overwegen. Voor de keuze van de aard van de toe te dienen biological zie aanbeveling 3 en 4.

De verzekeringsarts concludeert, ook bij de laatste herbeoordeling, terecht dat cliënt *niet* is uitbehandeld. Gelet op de duur van de problematiek, de uitgevoerde behandeling tot nog toe en de verdere behandelmogelijkheden wordt de kans op verbetering van de belastbaarheid als niet méér dan gering ingeschat.

Deze laatste conclusie lijkt voorbarig. Er dient eerst overleg met deze behandelaar plaats te vinden, omtrent diens motieven. Daarbij zijn ook de volgende vragen relevant:

- Is er interactie met anti-epileptica mogelijk?
- De ziektekostenverzekeraar vergoedt de biologicals voor cliënt niet. Zijn er dan andere mogelijkheden om de kosten te vergoeden?

❑ Cliënt weigert andere medicatie; wat is hiervan de consequentie?

Afhankelijk van het antwoord van de behandelaar, zal de eindconclusie kunnen worden opgesteld. Indien het overleg niet tot consensus leidt over de in te stellen behandeling, kan een second opinion worden overwogen bij een andere reumatoloog.

#### NABESCHOUWING

De casuïstiekgroep deelt de conclusies in de verzekeringsgeneeskundige rapportage slechts ten dele. De groep onderbouwt met argumenten ontleend aan vigerende richtlijnen dat er een reële kans op verbetering van de belastbaarheid bestaat. Overleg met de behandelaar is aangewezen ter bespreking van de behandelopties.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis blijkt niet bij te dragen tot de beantwoording van de vraagstelling.

#### LEERPUNTEN

Beschouwen we de casus in het licht van de drie hierboven geformuleerde doelstellingen van mediprudentie dan zijn hier de leerpunten:

1. Mediprudentie als naslag. Het commentaar geeft verzekeringsartsen in vergelijkbare situaties informatie over de beste behandeling, en hoe de beoordeling het best gedaan kan worden ('best practices'). Bijvoorbeeld door informatie op te vragen bij of in overleg te treden met de behandelaar; door na te gaan of er andere aspecten een rol spelen, zoals eventuele andere medicatie, het niet vergoeden van de medicatie door verzekeraars; door in kaart te brengen wat de gevolgen voor de cliënt zijn als hem een andere behandeling wordt onthouden of juist aangeboden. Het commentaar geeft de verzekeringsarts ook meer zekerheid over de wijze waarop hij de beoordeling uitvoert en welke informatiebronnen hij daarbij kan gebruiken.
2. Mediprudentie als leermiddel. De casus laat zien dat het de moeite waard kan zijn om lite-

ratuuronderzoek te doen. Het levert hier waardevolle informatie voor de oordeelsvorming en onderbouwing van het eindoordeel. Voor deze casus blijkt dat er nog behandel mogelijkheden zijn. De verzekeringsarts kan de cliënt daarop wijzen. Mocht die andere behandeling aanslaan dan is dat gunstig voor de cliënt: mogelijk kan hij zijn werk weer hervatten. Een vervolgvraag kan dan zijn: 'Wat als de cliënt weigert? Geeft het protocol participatiegedrag daar een antwoord op?'

Raadpleging van deze mediprudentiecasijs levert de verzekeringsarts daarnaast ook extra kennis op die hij kan gebruiken bij de beoordeling van andere cliënten met reumatoïde artritis.

3. Mediprudentie als bron voor evaluatie van verzekeringsgeneeskundige protocollen en richtlijnen. De literatuurschouw laat zien dat het verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis toe is aan een evaluatie.

#### DANKWOORD

Dit artikel kon tot stand komen door de inbreng van de casuïstiekgroep UWV Venlo. Tevens zijn we dank verschuldigd aan Joke Harmsen, beleidsmedewerker UWV.

#### LITERATUUR/NOTEN

1. Gezondheidsraad, Beoordelen, behandelen en begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, Den Haag: Gezondheidsraad, 2005, nr.2005/10, p. 28-29 en 34-35.
2. Gezondheidsraad, Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, Den Haag: Gezondheidsraad, 2007, nr. 2007/14.
3. Zie de voorbeelden in: Gezondheidsraad, Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen, Den Haag: Gezondheidsraad, 2007, nr. A07/04.
4. Een dilemma is een praktijksituatie waarin op grond van wetgeving, professionele richtlijnen en morele waarden twee of meer handelingsopties aanwezig zijn en de keuze wordt bemoeilijkt doordat elke optie schade of nadeel voor een of meer betrokken partijen met zich mee lijkt te brengen. Het is dus niet op voorhand duidelijk wat de beste optie is.
5. Voor het schrijven is een andere volgorde handiger: achtereenvolgens commentaar, samenvatting, vignet, trefwoorden en anonimiseren rapportage. Zie ook NVVG/UWV, Handreiking mediprudentie in ontwikkeling: 'Hoe maken we mediprudentie', juni 2011.
6. Voor dit artikel zijn de oorspronkelijke verzekeringsgeneeskundige rapportages weggelaten.