

Nieuwsbrief POM

Patiëntenperspectief op mediprudentie

maart 2012

POM-project vraagt speciale expertise

Het project Patiëntenperspectief op mediprudentie (POM) is nu ruim een jaar onderweg. We spreken een van de medewerksters aan het project, Esther Derks. Hoe ervaart zij het project in de praktijk?

Je bent speciaal voor dit project aangetrokken door de Whiplash-Stichting. Wat is je achtergrond?

Ik ben journalist en schrijf human interest artikelen voor verschillende bladen. Ik ben dus gewend om met die invalshoek naar informatie te kijken. Daardoor kan ik me gemakkelijk in situaties van anderen inleven. Verder vind ik altijd dat een verhaal nut moet hebben, ook voor degene die je interviewt. Ik schrijf niet voor bladvulling. In dat opzicht past dit project heel goed bij mij.



Heb je affiniteit met het onderwerp?

Ja, ik heb er zeker affiniteit mee. Om te beginnen heb ik zelf een whiplash. Dat maakt het soms wel confronterend om dossiers van andere patiënten door te lezen. Maar het heeft ook een voordeel; ik begrijp hoe lastig het is om whiplashklachten te omschrijven. Zelf heb ik nooit een WIA-keuring meegemaakt waardoor ik daar met enige afstand naar kan kijken zonder in mijn eigen emotie te vervallen. Maar ik weet uit ervaring wel hoe complex het is om te bepalen hoe belastbaar je bent met een whiplash. Zo'n keuring kan daarin een groot verschil maken. Ik vind het daarom belangrijk dat de kwaliteit van de WIA-keuring goed is en daar wil ik graag aan bijdragen. Het geeft mij een goed gevoel om aan dit project mee te werken en om met het hele team iets te ontwikkelen.

Was het moeilijk om je in te werken?

Als relatieve buitenstaander kwam ik in eerste instantie veel informatie tegen waar ik niets van begreep. Vooral veel technische informatie over de regelgeving van UWV en de beoordelingspraktijk. Maar ik kreeg ook wel een heel complexe casus onder handen, waar ook de andere medewerkers nog een hele kluit aan hebben, maar als relatieve buitenstaander kwam ik veel informatie tegen waar ik niets van begreep. Vooral veel technische informatie over de regelgeving van UWV en de beoordelingspraktijk. Maar aan de andere kant is het me uiteindelijk ook wel weer meegevallen. Ik heb veel met collega's gepraat en dat hielp heel erg om mijn informatieachterstand in te lopen. Dat gaf voldoende handvatten om met dossieronderzoek aan de gang te gaan. Ik ben nu driekwart jaar 10 uur in de week bezig en ik kan de meeste aspecten van een dossier voldoende plaatsen. Bovendien ben ik gewend om interviews af te nemen en dat is bij dit project van belang. Wij toetsen de informatie in een dossier altijd bij de betrokken patiënt en vragen ook om aanvullende informatie. Tot nu toe werken we met alle collega's mooi gelijk op en we zijn nu redelijk goed in staat om een complete en heldere gevalsbeschrijving te maken. Toch realiseer ik me dat we tot nu toe nog vooral beschrijvend bezig zijn geweest. Het goed analyseren van de dossiers op kwaliteitsaspecten voor mediprudentie vraagt om meer expertise. Eigenlijk kun je zeggen dat juist daar specifieke expertise op moet worden ontwikkeld. Daar zijn we nu met de collega's en de projectleiding druk mee aan de slag.

Kunnen andere patiëntenorganisaties dit werk gemakkelijk oppakken, denk je?

Ik denk niet dat dit heel gemakkelijk zal gaan. De werkmethode en de expertise, die wij ontwikkelen kunnen we wel overdragen, maar het vergt toch veel investering van een organisatie. Er moet capaciteit voor worden vrijgemaakt. Niet alle patiëntenorganisaties zullen dat zo maar beschikbaar hebben. Maar de inbreng van patiëntenorganisaties is wel nodig. Naast de algemene expertise en ontwikkelde werkmethode heb je ook

goede input nodig op aandoenings specifiek terrein. Dat zullen patiëntenorganisaties moeten aandragen.

Hoe verloopt de samenwerking?

Dat gaat heel prettig. Bovendien vind ik het heel leerzaam. Door samen te brainstormen merk je dat je juist gezamenlijk dat leerproces doormaakt. Ik vind het daarom belangrijk dat er een heel open sfeer heerst; dat niemand elkaar vliegen probeert af te vangen of wantrouwig is naar de anderen. We wisselen elkaars stukken uit en lezen die voor een teamoverleg. Op die manier kunnen we elkaar heel goed feedback geven. Maar ook tussen teambijeenkomsten door kunnen we elkaar aanspreken.

Meer informatie is te vinden op de website: <http://www.steungroep.nl/index.php/mediprudentie>

POM-project; de stand van zaken

Door Catrinus Egas, projectleider

Het mediprudentieproject MENU van UWV en de NVVG is gebaseerd op intervisiebijeenkomsten van verzekeringsartsen die met elkaar casussen aandragen voor (een leerzame) becommentariëring en voor opname in een database waar verzekeringsartsen later weer uit kunnen putten. Daar blijkt in de praktijk een heel leertraject voor nodig. Ook wij moeten een leertraject doormaken. Belangenbehartiging en individuele hulpverlening via een spreekuur is dagelijkse praktijk bij onze organisaties. Mediprudentie gaat echter over kwalitatieve bijdragen aan de beoordelingspraktijk van verzekeringsartsen. Dat vraagt om een heel andere manier van denken. Het idee dat we vanuit het patiëntenperspectief een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de keuringspraktijk is snel geformuleerd. De aanname dat we dat kunnen is logisch; we beschikken immers over een schat aan praktijkervaring. Maar alleen al het precies definiëren van dat patiëntenperspectief en het vormgeven van onze bijdrage vergt een intensief ontwikkelingsproces.



Van begin af aan hebben we informatie van de direct betrokken patiënt als belangrijk aspect van het patiëntenperspectief benoemd. Het medisch dossier van een WIA-keuring vermeldt immers lang niet altijd het volledige beeld van de situatie van de patiënt. Soms hoeft dat ook niet omdat het alleen gaat om de beoordeling van de verzekeringsclaim. Vaak biedt de aanvullende informatie van de patiënt echter wel aangrijpingpunten om vragen te stellen bij de kwaliteit van de beoordeling. Het gaat daarbij niet om de vraag of in dit specifieke geval een juist oordeel werd geveld. Daarvoor bestaat de mogelijkheid van bezwaar en beroep of eventueel de klachtenprocedure. Het gaat erom of op basis van een concrete casus algemene lessen getrokken kunnen worden. Juist daarin zit de noodzakelijke omslag in denken van individuele belangenbehartiging naar het formuleren van kwalitatieve aanwijzingen en suggesties voor de beroepspraktijk van verzekeringsartsen. Een veel voorkomend knelpunt is bijvoorbeeld de gebrekkige communicatie met de patiënt tijdens het beoordelingstraject. Dat leidt niet alleen vaak tot onbegrip voor de uitkomst bij de patiënt, maar kan ook leiden tot het missen van wezenlijke informatie bij de verzekeringsarts. Een ander veel voorkomend knelpunt is het onvoldoende onderkennen van bepaalde aspecten in het klachtenpatroon, ook als die bijvoorbeeld in een diagnosespecifiek verzekeringsgeneeskundig protocol duidelijk zijn aangegeven, zoals bijvoorbeeld concentratieproblemen bij Whiplash en ME/CVS.

De kunst is om op basis van een concrete casus een vraag of dilemma zo helder te formuleren dat er een eenduidig antwoord (commentaar) op kan worden gegeven met een algemene strekking, die bijdraagt aan de kwaliteit van de medische beoordelingen. We leren snel, maar we hebben nog een hele weg te gaan.

Hebt u een interessante keuringsrapportage?

Voor dit project zijn we op zoek naar interessante keuringservaringen en rapportages van verzekeringsartsen om vanuit het patiëntenperspectief te onderzoeken. Het gaat niet alleen om negatieve ervaringen maar ook om positieve en om voorbeelden van goede medische rapportages. Verder geldt dat het moet gaan om een keuringsdatum vanaf 1 januari 2010 en om nierziekte, Whiplash of ME/CVS.

Wilt u met uw informatie bijdragen aan het project? Geef dit dan door via het contactformulier op de website: <http://www.steungroep.nl/index.php/pomoproepen>. Wilt u daarbij vermelden of het gaat om nierziekte, whiplash of ME/CVS? De betreffende projectmedewerker neemt dan contact met u op.