

KEURENDE ARTSEN WERDEN MISLEID DOOR PSEUDOPATIËNTEN

Zo ontmasker je een simulant

Twee artsen voorzagen pseudopatiënten van valse geneeskundige verklaringen waarmee ze uitkeringen opstrekten. Hoe kan het dat verzekeringsartsen en psychiaters bij reguliere (her)keuringen het bedrog – bekend als de Marque-affaire – niet doorzagen?

Onder de codenaam Marque liep vanaf 2008 een strafrechtelijk onderzoek tegen twee vrijgevestigde psychiaters wegens valsheid in geschrifte en oplichting. De psychiaters werden ervan verdacht dat zij pseudopatiënten van valse geneeskundige verklaringen hadden voorzien en hen vervolgens hielpen om daarmee uitkeringen te incasseren bij het UWV en de zorgkantoren. De Marque-affaire kwam aan het rollen doordat een informant uit de kring van de verdachten zich bij de politie meldde met een stapel dossiers. Het onderzoek leidde in 2016 tot de veroordelingen van de psychiaters. In het kielzog van de strafrechtelijke vervolging werden via civielrechtelijke procedures uitkeringen aan de pseudopatiënten met terugwerkende kracht ingetrokken. Het ging om enkele tientallen neppatiënten bij wie 5,6 miljoen euro is teruggevorderd. De besparing op toekomstige uitkeringen werd op 55 miljoen euro geschat.

In Duitsland speelde zich onlangs een vergelijkbare fraudezaak af: de affaire rond de Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Daarbij waren enkele honderden pseudopatiënten betrokken, die bij het in de wacht slepen van een vervroegd pensioen werden bijgestaan door frauderende artsen.

Opmerkelijk aan de Marque-affaire is wat eraan voorafging: in opdracht van het UWV ondergingen de pseudopatiënten aanvankelijk reguliere (her)keuringen, uitgevoerd door verzekeringsartsen en psychiaters. Hoe kan het dat deze artsen de geveinsde klachten voor authentiek hielden? Waar haperde hun klinische blik?

Te snel voor anker

De pseudopatiënten brachten, zoals gezegd, de medische verklaring van een psychiater in stelling. De teneur daarvan was steeds dat zij leden aan ernstige aandoeningen zoals een schizo-affectieve stoornis, een psychotische stoornis en/of een depressie met psychotische dan wel vitale kenmerken. Dat werd ondersteund met een opsomming van de klaarblijkelijk voorgeschreven psychofarmaca, die een omvangrijke indruk maakte en erop leek te duiden dat de patiënt gebukt ging onder invaliderende pathologie. Niet zelden besloot de medische verklaring met de opmerking dat de prognose infaust was en 'het huidige toe-standsbeeld als eindstadium is aan te merken'. Het totale pakket aan informatie zal de verzekeringsartsen vergaand hebben beïnvloed, wat op zichzelf niet uitzonderlijk is. De neiging van klinici om zich in hun oordeelsvorming te laten meenemen door wat zij vooraf in het patiëntendossier aantreffen aan diagnostische overwegingen van collega's staat te boek als diagnosis momentum. Doorgaans schuilt daar geen kwaad in, maar als het om medische keuringen gaat, kan het tot overhaaste conclusies leiden. De remedie daartegen, althans in de context van (her)keuringen, is om pas na het eigen onderzoek kennis te nemen van wat andere klinici over de patiënt beweren. Dat voorkomt dat men te snel voor anker gaat bij een diagnose, ook al wordt die aangedragen door een specialist.

Zeldzame klachten

De psychotische symptomen van de pseudopatiënten in het Marque-dossier ontstonden volgens de medische verklaringen van hun psychiaters op middelbare leeftijd. Dat is opmerkelijk omdat zulke symptomen zeer zelden pas op die leeftijd debuteren, en dat geldt al helemaal als patiënten uit het bestand van vrijgevestigde psychiaters komen, die zelden psychotische patiënten behandelen. Dat de keuringsartsen dit niet is opgevallen heet

Waar haperde hun klinische blik?



Het is moeilijk om goed voorbereide pseudopatiënten te onderscheiden van echte patiënten.

base rate neglect. Die valt te voorkomen door kennis te nemen van prevalentiecijfers over aandoeningen en door bij zeldzame aandoeningen collaterale informatie in te winnen, bijvoorbeeld door navraag te doen bij de huisarts. Daar waar dat gebeurde bij de pseudopatiënten in het Marque-dossier viel op dat huisartsen in hun standaardrapportages en journaals over betrokkenen zelden melding maakten van psychotische symptomen. Beschrij-

vingen van relationele problemen waren al even afwezig. Dat is een veeg teken, omdat de verwachting bij ernstige psychiatrische aandoeningen toch is dat die regelmatig escaleren tot het punt waarbij de huisarts wordt ingeschakeld. De moraal is dat als bij (her)keuringen laagfrequente symptomen in het dossier voorkomen, deze moeten worden getoetst aan informatie uit andere bronnen, bijvoorbeeld bij de huisarts.

Klinische blik

Tijdens de (her)keuringen simuleerden de pseudopatiënten ernstige psychiatrische aandoeningen. Een verzekeringsarts noteert bijvoorbeeld: 'Bizarre presentatie met een opgetrokken been in stoel, hoofd veelal achterover, wat murmelend en met geknepen oog kijkend'. De indruk die een clinicus hieraan al snel zal overhouden, is dat deze patiënt kampt met forse problemen. Artsen zijn doorgaans minder goed in staat om hier doorheen te prikken en simulanten te herkennen, een kwestie waarop we hierna nog terugkomen. Om hun klinische blik wat dat betreft beter te kalibreren, staan twee wegen open. De eerste, die in de Marque-affaire uiteindelijk ook daadwerkelijk werd bewandeld, is een klinische opname van de patiënt. Een opname geeft artsen en verpleegkundigen de gelegenheid om de patiënt grondig te observeren en dat kan corrigerende informatie opleveren. Zo werd door een van de verdachte psychiaters over een patiënt gezegd dat hij volledig zorgafhankelijk was. Tijdens de opname kon de verpleging dat ontcrachten, want de patiënt bewoog zich soepel over de afdeling en kon zelf eten en douchen. Een andere manier om de klinische blik aan te scherpen is door gebruik te maken van symptoomvaliditeitstests. Zulke tests onderzoeken de neiging om klachten op hyperbole wijze te presenteren; ze zijn er in twee varianten. De ene variant bestaat uit symptoomlijsten waarop de patiënt zijn/haar klachten moet aankruisen. De crux is dat de lijsten (ook) symptomen opsommen die ongeloofwaardig zijn ('soms heb ik zo'n last van hoofdpijn dat mijn voeten er zeer van doen'; 'ik herinner me niet wat me is overkomen, maar ik droom er wel vaak over'). Als iemand veel van

Het onderkennen van pseudopatiënten vraagt om respectvol scepticisme

dergelijke symptomen aanvinkt, is er alle reden om vraagtekens te plaatsen bij de symptoomvaliditeit.

De andere variant betreft cognitieve taken die oppervlakkig bezien moeilijk lijken, maar in werkelijkheid makkelijk zijn uit te voeren, zelfs voor patiënten met een hersenbeschadiging. Een voorbeeld is de *coin-in-hand*-test, waarbij de arts een munt in de linker- of rechterhand sluit terwijl de patiënt toekijkt. De patiënt wordt vervolgens geïnstrueerd om de ogen dicht te doen en een reksom op te lossen. Daarna moet de patiënt de ogen openen en de hand met de munt aanwijzen. Als deze taak tien keer wordt gedaan, zal zelfs een patiënt met serieuze cognitieve beperkingen op basis van gokken nog altijd rond de vijf correcte antwoorden geven. Wie aanmerkelijk lager scoort – en onder het kansniveau presteert – laadt de verdenking op zich willens en wetens slecht te presteren.

Symptoomvaliditeitstests

Symptoomvaliditeitstests worden zelden ingezet bij medische keuringen. Dat is een gemiste kans omdat de sensitiviteit en

REACTIE NVVG

Hoogleraar rechtspsychologie Harald Merkelbach, en collega-verzekeringsarts Charles Lemmers bespreken inzichten vanuit de cognitieve (gedrags) psychologie naar aanleiding van een ongekende affaire van misleiding door twee corrupte psychiaters. Juist als er sprake is van financiële of juridische belangen – wat in ons vak meestal het geval is – moeten wij extra alert zijn, is hun boodschap. Verder vormen psychische klachten bij meer dan de helft van de mensen inmiddels de belangrijkste onderliggende reden voor toegang tot een WIA-uitkering. Vrij vertaald zijn de tips om niet in de cognitieve valkuilen te stappen de volgende: vorm eerst zelf

een oordeel over de diagnose vooraleer je kennisneemt van de curatieve documentatie; wees je bewust van prevalentiecijfers over aandoeningen (raadpleeg richtlijnen bijvoorbeeld) en vraag bij (zeldzame) aandoeningen informatie op bij bijvoorbeeld de huisarts. Iets wat naar onze mening sowieso al te weinig gebeurt. Ons vak, als beoordelende dokters, kenmerkt zich immers juist door het met elkaar vergelijken van informatie vanuit diverse bronnen en het toetsen van de consistentie ervan. Een diagnostische opname als ultieme toets van de consistentie is een mooie, maar lastig te realiseren mogelijkheid. De kliniek waar

opnames plaatsvonden in het kader van het Marque-project is ermee gestopt en er zijn niet of nauwelijks alternatieven. Gebruikmaking van symptoomvaliditeitstesten lijkt daarom een praktisch beter te realiseren verrijking van het verzekeringsgeneeskundige instrumentarium. Kortom: verplichte kost voor (verzekerings)artsen. Ook de achtergronddocumentatie is zeer informatief. Hulde!

Hans de Brouwer

verzekeringsarts en secretaris NVVG

Rob Kok

verzekeringsarts en voorzitter NVVG

AAN HET LIJNTJE

specificiteit van deze tests over het algemeen behoorlijk zijn. Daarbij passen wel enkele kanttekeningen. Om te beginnen kunnen deze tests weliswaar het vermoeden bevestigen dat iemands klachten overdreven zijn. Maar over het waarom daarvan geven ze geen opheldering. Iemand zal een motief hebben om te overdrijven (bijvoorbeeld een uitkering willen verwerven), maar symptoomvaliditeitstests brengen dat motief niet in kaart. Om iemand aan te merken als simulant is meer nodig dan afwijkende scores op deze tests. Denk aan collaterale informatie, observatiegegevens en aantoonbare indicaties dat een financieel of juridisch belang meespeelt in de manier waarop de patiënt zijn klachten presenteert.

Tweede kanttekening: symptoomvaliditeitstests zijn niet perfect in het herkennen van bonafide patiënten. Ook al is het percentuele risico dat bonafide patiënten ten onrechte klachtenoverdrijving wordt aangewreven laag – dus ook al is de specificiteit van de tests hoog –, de waarde van zulke tests hangt ook af van de vraag hoe vaak klachtenoverdrijving in een bepaalde groep voorkomt. Hoe zeldzamer klachtenoverdrijving is, hoe ongunstiger het aantal foutpositieven zal uitpakken. Om dat aantal tot een minimum te beperken verdient het aanbeveling om meerdere (ongecorrleerde) symptoomvaliditeitstests in te zetten en slechts dan tot klachtenoverdrijving te besluiten als de patiënt afwijkend scoort op twee of meer van deze tests (de zogeheten *two-failures rule*). Ook is het wijs om dit type tests uitsluitend te gebruiken als op goede gronden mag worden aangenomen dat klachtenoverdrijving op non-triviale schaal voorkomt. In de groep die verzekeringsartsen zien, is dat waarschijnlijk het geval, althans dat is wat buitenlandse studies melden.

Moeilijk

Dat verzekeringsartsen de simulanten in het Marque-dossier aanvankelijk massaal over het hoofd zagen, heeft niets te maken met incompetentie, maar alles met hoe moeilijk het is om goed voorbereide pseudopatiënten te onderscheiden van echte patiënten. Daar komt bij dat artsen het verstandige uitgangspunt hanteren dat het wegzetten van patiënten met reële klachten als aanstellers of simulanten een grove kunstfout is. Dit uitgangspunt bemoeilijkt het onderkennen van pseudopatiënten. Daarvoor is een vorm van respectvol scepticisme nodig, een grondhouding die er terdege rekening mee houdt dat onder sommige omstandigheden – bijvoorbeeld daar waar financiële of juridische belangen in het geding zijn – gezonde mensen klachten kunnen fabriceren. Uiteindelijk is het ook niet in hun belang wanneer zij als chronische patiënten op de vluchtstrook van de samenleving worden geparkeerd. ■

contact

h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Ukunt altijd bellen, de woorden van de arts-assistent echoën nog na. Mijn patiënte kan thuis niet meer op of neer. Zij is kortademië geworden maar heeft een goede saturatie.

Ze woont alleen, heeft geen familie. Over twee dagen komt zij bij de professor die met haar de behandeling voor haar tumor gaat bespreken. Het is geen niet-pluisgevoel meer waar ik als verpleegkundige last van heb, het is pure zekerheid dat zij die afspraak zo niet meer gaat halen. Er staat alleen een beer op de weg.

Het is zondagmiddag. De professor is er niet en de arts-assistent ziet geen noodzaak mevrouw te laten

komen en zijn ziekenhuis ligt vol. De waarnemend huisarts kent mevrouw niet dan uit het dossier. Dat staat bol van uitzaaiingen en problemen. Hij hoogt de dexamethason op, een probate keus om symptomen te onderdrukken. Een toevallige vriendin laat zich overreden om 's nachts op

HET DOSSIER STAAT BOL VAN UITZAAIINGEN EN PROBLEMEN

mevrouw te passen want nachtverpleging is niet te vinden. De volgende ochtend hoor ik de uitkomst: reanimatie bij tot 1,9 mmol gedaald Hb als gevolg van melena bij Fraxiparine. Die saturatie van 95 procent was een instinker.

Maar zó goed te weten dat ik altijd kan bellen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl