

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming

Validiteitstests zijn nuttig

Sophie L. Giles, Brechje Dandachi-FitzGerald, Joseph A.G. Wijnen en Harald Merckelbach

Samenvatting

Een verzekeringsarts dient na te gaan of de medische klachten van de cliënt leiden tot beperkingen om arbeid te verrichten. Dit vereist zorgvuldigheid. Nader onderzoek is geïndiceerd wanneer de klachten niet duidelijk meetbaar zijn, zoals bij subjectieve klachten en een gebrek aan objectieve medische gegevens. Zogenaemde validiteitstests kunnen worden gebruikt om te beoordelen hoe aannemelijk de door de cliënt gerapporteerde klachten zijn. Momenteel worden validiteitstests op indicatie aangevraagd bij een kundige expert en hebben ze nog geen structurele plaats binnen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Een systematischere inzet van deze tests kan evenwel een nuttige bijdrage leveren aan de oordeelsvorming. We illustreren dit punt aan de hand van drie casussen.

Beste collega's,

Hoe beoordeel je in hoeverre mensen nog in staat zijn te werken als hun klachten subjectief zijn en objectieve medische gegevens ontbreken? Twee tests kunnen daarbij helpen.

De verzekeringsarts dient na te gaan in hoeverre medische klachten iemand beperken om te kunnen werken. De klachten moeten herleidbaar zijn tot de ziekte en een belemmering in het dagelijks functioneren moet aannemelijk zijn. Uiteindelijk moet die belemmering worden vertaald naar een arbeidsbeperking om de potentiële belastbaarheid van de cliënt te kunnen schatten. Het verzekeringsgeneeskundig oordeel vereist zorgvuldigheid. Nader onderzoek is geïndiceerd zodra er onduidelijkheden bestaan, bijvoorbeeld doordat de klachten subjectief van aard zijn of wanneer objectieve medische data ontbreken, zoals bij een somatisch-symptoomstoornis. Bovendien kan nader onderzoek helderheid scheppen bij belemmeringen die niet in verhouding staan tot het geobjectiveerde ziektebeeld – denk bijvoorbeeld aan iemand die twee jaar na een eenvoudige tibiafractuur niet kan lopen. Bij het ophelderen van zulke onduidelijkheden kunnen zogenaemde validiteitstests nuttig zijn.

De term validiteit slaat hier op de door de cliënt gerapporteerde klachten ('ik heb paniekaanvallen') en belemmeringen ('ik heb geheugenproblemen') en op de vraag of er gronden zijn om daaraan te twijfelen. Die gronden zijn er bijvoorbeeld als de cliënt een inconsistente beschrijving geeft van de klachten en belemmeringen. In dat geval kunnen validiteitstests worden gebruikt om klachtenbeleving van de cliënt te valideren.

Er bestaan twee typen validiteitstests: de symptoomvaliditeitstest en prestatievaliditeitstest. Bij de symptoomvaliditeitstest wordt de cliënt een reeks symptomen voorgelegd, waarvan een aantal zeldzaam of niet-kenmerkend zijn of zelfs helemaal niet bestaan. Als de cliënt veel van deze afwijkende symptomen aankruist, is er sprake van overrapportage. De prestatievaliditeitstest bestaat doorgaans uit een cognitieve taak die er oppervlakkig beschouwd complex uitziet, maar in feite zo eenvoudig is dat ook patiënten met hersenletsel de taak redelijk goed kunnen uitvoeren. Wanneer de cliënt meer fouten maakt dan de normgroep, is dat een indicatie voor onderpresteren.

Er bestaat uitvoerige psychometrische literatuur over tests naar overrapportage en taken waarmee onderpresteren kan worden gemeten. Een meta-analyse van onderzoeken naar een vaak gebruikte prestatievaliditeitstest liet een positieve en negatieve voorspellende waarde zien van respectievelijk 0,80 en 0,95, uitgaande van een basisfrequentie van onderpresteren van 30%.¹ Zulke waardes zijn geen uitzondering en met name het negatief voorspellend potentieel is niet zonder belang; als een cliënt niet afwijkend scoort op validiteitstests ondersteunt dat de geldigheid van de zelfrapportage. Bij verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kunnen artsen zulke tests gebruiken om te beoordelen hoe aannemelijk de door de cliënt gerapporteerde klachten zijn.

Dat veronderstelt wel begrip van deze tests en hoe de resultaten te duiden zijn. Een belangrijk punt in dit verband is het volgende: indien deze tests laten zien dat er bij de cliënt sprake is van overrapportage of onderpresteren, betekent dit niet per definitie dat er

sprake is van simuleren ('malingering'). Er zijn ook andere oorzaken die deze testuitkomsten kunnen verklaren en daarmee relevant zijn voor de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. Als op zichzelfstaand onderzoek heeft een validiteitstest weinig waarde. De gehele context van de cliënt, inclusief overige diagnostiek, moet worden meegenomen in de beoordeling.

Momenteel worden validiteitstests op indicatie aangevraagd bij een kundige expert en hebben ze nog geen structurele plaats binnen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Een systematischer inzet van deze tests kan evenwel een nuttige bijdrage leveren aan de oordeelsvorming. We illustreren dit punt aan de hand van drie casussen.

Clïënt A, een 58-jarige man met een blanco voorgeschiedenis, wordt door de verzekeringsarts beoordeeld voor een Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)-uitkering vanwege klachten die zijn ontstaan na een auto-ongeluk. Er loopt een letselschadezaak. Vanwege een verhoogde spiertonus van de nekspiermusculatuur zonder afwijkingen bij beeldvormend onderzoek is een 'whiplash associated disorder' (WAD) graad 1-2 vastgesteld. Een revalidatietraject heeft geen verbetering gegeven. Twee jaar na het ongeluk zijn de klachten aanhoudend aanwezig: nek- en schouderpijn, vermoeidheid, concentratieproblemen en angstklachten met vermijdend gedrag rondom autorijden.

Differentiaaldiagnostisch denkt de verzekeringsarts aan psychische problematiek, zoals een paniekstoornis, een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een somatisch-symptoomstoornis. Vanwege de ernst van de klachten, gebrek aan objectieve medische bevindingen bij beeldvormend onderzoek en twijfel over de oorzaak verwijst de verzekeringsarts de man naar een psychiater. Op een zelfrapportagevragenlijst scoort de cliënt hoog op depressieve symptomen, maar de psychiater merkt ook dat de cliënt de klachten 'vaag' beschrijft. Er zijn geen bijzonderheden bij de status mentalis. Bij neuropsychologisch onderzoek (NPO) duiken inconsistenties op tussen de tests onderling en tussen de tests en de klinische presentatie. Bovendien wijzen de validiteitstests op een neiging tot overrapportage en onderpresteren. Gezien deze bevindingen is een betrouwbare beoordeling van de psychische gezondheid en cognitieve capaciteiten niet goed mogelijk.

Gelet op de chronische klachten en het gebrek aan objectieve afwijkingen in combinatie met gebrekkige symptoomvaliditeit acht de verzekeringsarts het wel aannemelijk dat de cliënt lichte beperkingen heeft in stressbestendigheid en de mogelijkheid om zwaar fysiek werk te verrichten. De problematiek past het best bij een lichte somatisch-symptoomstoornis volgens de ggz-richtlijn 'SOLK en somatoforme stoornissen'.² Uiteindelijk biedt dat onvoldoende grond voor een WIA-uitkering.

Clïënt B, een 63-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis, komt bij de verzekeringsarts voor beoordeling in het kader van een WIA-uitkering. De cliënte heeft zich twee jaar eerder ziek gemeld met uitvalsverschijnselen die passen bij een 'transient ischaemic attack' (TIA). Vanwege de covid-19-pandemie is zij toen niet beoordeeld. Enkele maanden later treedt een tweede TIA op.

De cliënte meldt krachtsverlies, vermoeidheidsklachten en cognitieve klachten, waaronder problemen met aandacht, concentratie, geheugen. Omdat er geen objectieve bevindingen zijn die de klachten ondersteunen, laat de bedrijfsarts voorafgaand aan de WIA-beoordeling een neuropsychologische analyse verrichten.

Bij die analyse worden cognitieve beperkingen vastgesteld in aandacht, geheugen en planningsvaardigheden. Er is geen sprake van onderpresteren, maar er zijn wel aanwijzingen voor overrapportage. Er wordt geconcludeerd dat de cliënte vergeleken met de normgroep laag scoort op cognitieve taken, wat past bij restverschijnselen na twee TIA's. De uitkomsten van het neuropsychologisch onderzoek komen overeen met de door de cliënte beschreven cognitieve klachten. De plausibiliteit van die klachten wordt nog eens onderstreept door de afwezigheid van enige vorm van onderpresteren.

De verzekeringsarts stelt daarom vast dat er arbeidsbeperkingen zijn en kent de WIA-uitkering toe. De neiging tot overrapportage valt te begrijpen als de behoefte om zich gehoord te voelen, aangezien de cliënte twee jaar lang gebrekkige medische begeleiding had gehad en onbegrip had ervaren.

Clïënt C, een 34-jarige vrouw vraagt een WIA-beoordeling aan vanwege ernstige abdominale pijn. De medische voorgeschiedenis vermeldt een depressieve episode en burn-out. Ook is bij haar een therapieresistent 'abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome' (ACNES) vastgesteld. De cliënte is eerder operatief behandeld vanwege dit abdominale pijnsyndroom, maar ervaart nog steeds veel pijn. Ze is niet meer in staat om huishoudelijke taken en haar werk uit te voeren.

Tijdens de WIA-beoordeling houdt ze vol dat haar klachten chronisch en invaliderend zijn, en dat er geen perspectief is op verbetering. De verzekeringsarts bespreekt de subjectieve aard van de klachten met de cliënte, waarbij ze beiden aangeven dat de mate van invalidering moeilijk in precieze termen valt te beschrijven. Ook noemt de verzekeringsarts dat een WIA-uitkering op jonge leeftijd het risico met zich meebrengt dat iemand blijvend aan de zijlijn van de maatschappij komt te staan.

De cliënte woont zelfstandig, komt zelfstandig naar het spreekuur en voert een gesprek van 90 minuten zonder zichtbare uitingen van pijn. Vanwege deze inconsistenties en disproportionaliteit tussen dat wat de cliënte beweert en de klinische presentatie laat de verzekeringsarts een neuropsychologische analyse verrichten.

Bij de analyse worden pijnklachten, slaapproblemen en stemmingsklachten vastgesteld. Ook wordt geconcludeerd dat de ernst van

de klachten inmiddels niet meer in verhouding staat tot de diagnose. De validiteitstests laten geen aanwijzingen zien voor overrapportage, waardoor er geen grond is om aan te nemen dat de cliënte de klachten willens en wetens overdrijft. Een somatisch-symptoomstoornis wordt aannemelijk geacht.

Conform de ggz-richtlijn 'SOLK en somatoforme stoornissen' stelt de verzekeringsarts vast dat de cliënte een ernstige somatisch-symptoomstoornis heeft met bijpassende beperkingen. Daarom wordt een WIA-uitkering toegekend.

Beschouwing

In dit artikel beschreven wij drie verschillende uitkomsten van validiteitstests en hoe ze kunnen bijdragen aan de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. Hieronder gaan wij in op de bredere betekenis van zulke tests in de verzekeringsgeneeskunde.

Symptoomvaliditeit

Overrapporteren en onderpresteren staan niet gelijk aan veinzen of malingeren. Zulke termen veronderstellen de aanwezigheid van calculerende overwegingen. Iemand die veinst zal symptomen overdrijven om er bijvoorbeeld financieel of juridisch op vooruit te gaan. Maar het omgekeerde geldt uitdrukkelijk niet: niet iedereen die symptomen op een overdreven manier uit, doet dat met het oogmerk om een belang veilig te stellen.³

Er kunnen allerlei redenen zijn waarom cliënten hun klachten of beperkingen overdrijven. Zo kan een cliënt de behoefte voelen om de hulpverlener of beoordelaar van de ernst van de klachten te overtuigen. Andere mogelijke drijfveren zijn: boosheid en wrok, frustratie, zelfrechtvaardiging, aandacht van de partner of de omgeving, somatisatie, sociaal-culturele invloeden en persoonlijkheidstrekken. Uitsluitend wanneer de cliënt willens en wetens klachten overdrijft om zo een financiële compensatie of uitkering te verwerven, kan worden gesproken van malingeren.⁴

Prevalentie gebrekkige symptoomvaliditeit

Als een cliënt afwijkend scoort op een validiteitstest is er sprake van gebrekkige symptoomvaliditeit. De prevalentie daarvan is grondig onderzocht in zowel de klinische als de forensische context. Ook is onderzocht hoe gebrekkige validiteit zich verhoudt tot financiële of strafrechtelijke belangen, zoals compensatie, uitkering of strafvermindering. Daarbij is aangetoond dat de prevalentie van gebrekkige validiteit aanmerkelijk hoger ligt wanneer zulke belangen in het geding zijn dan wanneer die er niet zijn. De prevalentie van gebrekkige validiteit bij klinische beoordelingen bedraagt zo'n 10%, maar ligt een factor vier hoger zodra er uitkeringen op het spel staan.^{5,6}

Toepasbaarheid in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Het objectief beoordelen van gezondheidsklachten in relatie tot arbeid is een kerntaak van de verzekeringsarts. Wanneer een cliënt subjectieve klachten heeft, er inconsistenties worden waargenomen en objectieve medische data niet beschikbaar zijn, bemoeilijkt dat een zorgvuldige beoordeling van de verzekeringsarts.

Een analyse met validiteitstests kan dan informatief zijn. Vanuit de neuropsychologie zijn suggesties gedaan over hoe zulke tests inconsistenties en discrepanties binnen de verzekeringsgeneeskunde kunnen helpen documenteren.⁸ Een eenduidige richtlijn voor een gestructureerde toepassing van dergelijke tests binnen de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming ontbreekt momenteel echter.

Terug naar de casuïstiek

Bij cliënt A, een fictieve casus, is sprake van onderpresteren en overrapportage. Op basis van de chronische klachten werd vastgesteld dat er sprake was van een lichte somatisch-symptoomstoornis conform de adviezen in de landelijke richtlijn. Zodoende kreeg cliënt A geen WIA-uitkering toegekend.

Cliënt B, een echte casus, vertoonde afwijkende cognitieve prestaties, maar er was geen sprake van onderpresteren. Dit was bepalend voor de uitkering. Het feit dat er daarnaast sprake was van overrapportage wijst op een sterke wens tot erkenning van haar medische situatie bij een compleet gebrek aan medische zorg gedurende een ziekteperiode van twee jaar.

Cliënt C vertoonde geen afwijkende score op symptoomvaliditeitstests. De discrepantie tussen de klacht en de diagnose werd verklaard door een ernstige somatisch-symptoomstoornis. Zodoende was er sprake van een valide klachtenbeleving en konden passende arbeidsbeperkingen worden geadviseerd.

Beste collega's, aandacht voor symptoomvaliditeit hoort een plaats te hebben binnen de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. Bij verzekeringsgeneeskundige beoordelingen komt het geregeld voor dat cliënten een vertekend beeld schetsen

van de ervaren klachten en beperkingen in hun dagelijks functioneren. In zulke gevallen kunnen validiteitstests worden gebruikt om te bepalen in hoeverre er sprake is van vertekening. De beschreven casuïstiek illustreert dat er verschillende uitkomsten mogelijk zijn. Zowel afwijkende als niet-afwijkende scores op validiteitstests dragen bij aan een afgewogen oordeel over de arbeidsbelastbaarheid van de cliënt. Dit toont het belang van structurele toepassing van validiteitstests binnen de verzekeringsgeneeskunde om de gerapporteerde klachten te valideren wanneer objectieve gegevens ontbreken.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D7898
- UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Eindhoven: drs. S.L. Giles arts in opleiding tot verzekeringsarts; dr. J.A.G. Wijnen, verzekeringsarts. RINO ZUID, Eindhoven: prof.dr. B. Dandachi-FitzGerald, klinisch psycholoog-psychotherapeut en bijzonder hoogleraar psychotherapie in de context van wetenschap-werkveld-onderwijs (tevens: Open Universiteit Heerlen en Universiteit Maastricht). Universiteit Maastricht, Maastricht: prof.dr. H. Merckelbach, hoogleraar rechtspsychologie en decaan Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.
- Contact: S.L. Giles (sophie.giles@uwv.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 15 november 2023
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D7898

Literatuur

1. Martin PK, Schroeder RW, Olsen DH, et al. A systematic review and meta-analysis of the Test of Memory Malingering in adults: Two decades of deception detection. Clin Neuropsychol. 2020;34(1):88-119. [doi:10.1080/13854046.2019.1637027](https://doi.org/10.1080/13854046.2019.1637027). [Medline](#)
2. [Richtlijn 'SOLK en somatoforme stoornissen'](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2011.
3. Merckelbach H, Dandachi-FitzGerald B, van Helvoort D, Jelicic M, Otgaar H. When patients overreport symptoms: More than just malingering. Curr Dir Psychol Sci. 2019;28(3):321-326. [doi:10.1177/0963721419837681](https://doi.org/10.1177/0963721419837681).
4. Vendrig AA. [Het meten van onderpresteren bij whiplashslachtoffers: veelbelovend maar juridisch lastig te vertalen](#). Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade. 2011;14:73-81.
5. Roor JJ, Peters MJV, Dandachi-FitzGerald B, Ponds RWHM. Performance validity test failure in the clinical population: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. Neuropsychol Rev. 6 maart 2023 (epub). [doi:10.1007/s11065-023-09582-7](https://doi.org/10.1007/s11065-023-09582-7). [Medline](#)
6. Schroeder RW, Clark HA, Martin PK. Base rates of invalidity when patients undergoing routine clinical evaluations have social security disability as an external incentive. Clin Neuropsychol. 2022;36(7):1902-1914. [doi:10.1080/13854046.2021.1895322](https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1895322). [Medline](#)
7. Vendrig L. Beoordeling van symptoomvaliditeit in neuropsychologisch onderzoek. Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. 2019;27(6-7):10-13. [doi:10.1007/s12498-019-0068-9](https://doi.org/10.1007/s12498-019-0068-9).

Kernpunten

- Validiteitstests kunnen een informatieve bijdrage leveren aan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.
- Overrapportage en onderpresteren betekenen niet per definitie dat de cliënt de klachten veinst.
- De validiteit van de gerapporteerde klachten neemt aanzienlijk af zodra er financiële of strafrechtelijke belangen op het spel staan.
- Nader onderzoek moet worden verricht bij cliënten met subjectieve klachten zonder objectieve medische afwijkingen bij wie zo'n belang in het geding is.