WERKGROEP
ARTSEN
ADVOCATEN

De kunst(fouten) van (neuro)psychologisch onderzoek in psychiatrische expertises

Joachim Tilanus
Psychiater

De kunst(-fouten) van (neuro-) psychologisch onderzoek bij psychiatrische expertises

WAA-JAARCONGRES 2016

Vrijdag 25 november 2016 / Media Plaza Utrecht

Joachim Tilanus, Psychiater
(Bestuurs-)lid NVMSR

Belangen

NVMSR

Federatie Medisch Specialisten

etz

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

PSV EST 1913

De kunst(-fouten) van (neuro-)psychologisch onderzoek bij psychiatrische expertises

1. De Psychiater
2. Het Psychiatrisch Onderzoek
3. Aanvullend onderzoek
4. Het (Neuro-)psychologisch onderzoek
5. Discussie

Take home messages I

1. psychiatrische diagnose ≠ classificeren
2. psychiater ≠ psycholoog (≠ ≠ jurist!)
3. psychiatrisch onderzoek ≠ (neuro-)psychologisch onderzoek

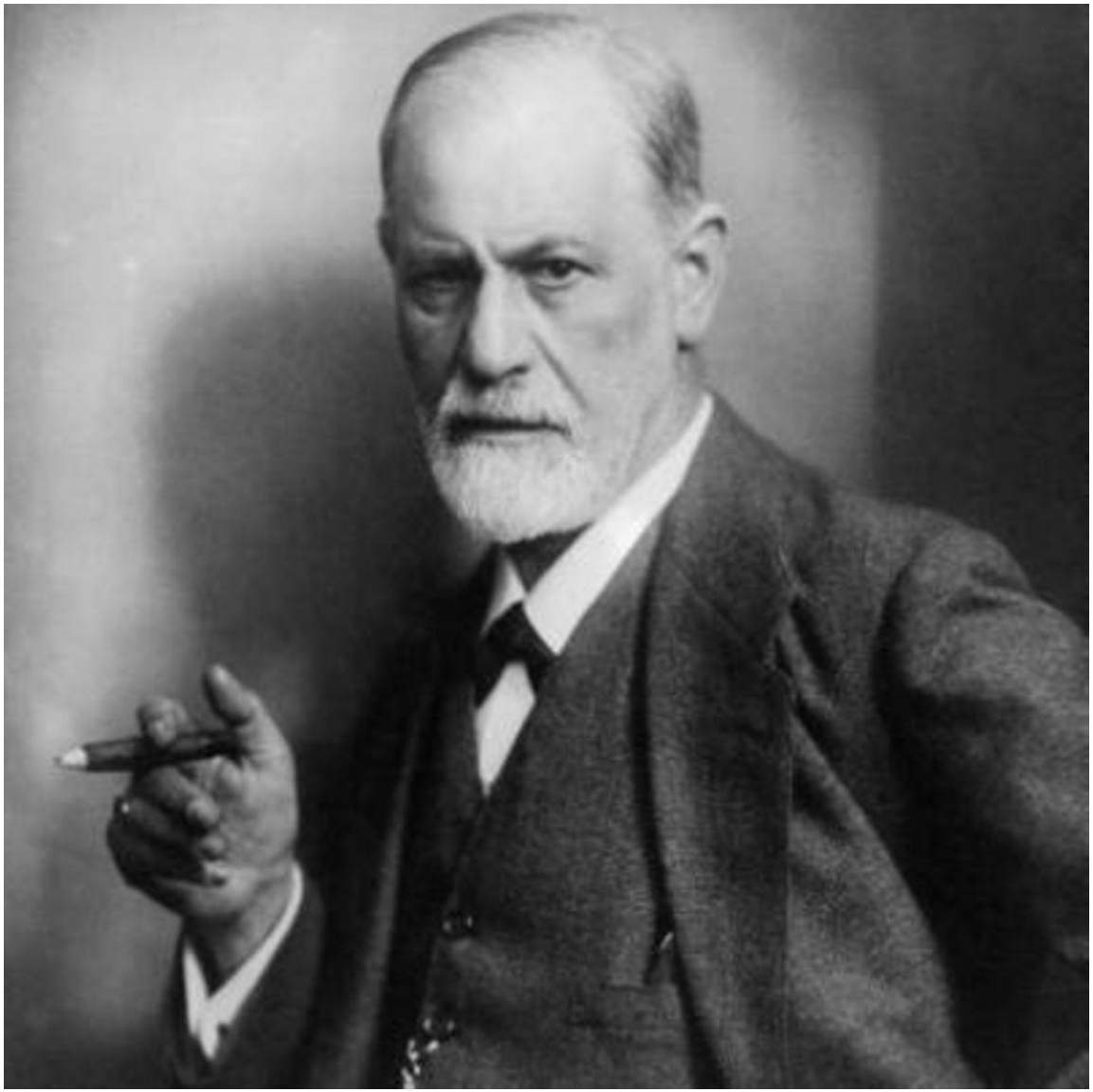
4. een (neuro-)psychologisch onderzoek kan een belangrijke (complementaire) bijdrage vormen bij (neuro-)psychiatrische diagnostiek

Take home messages II

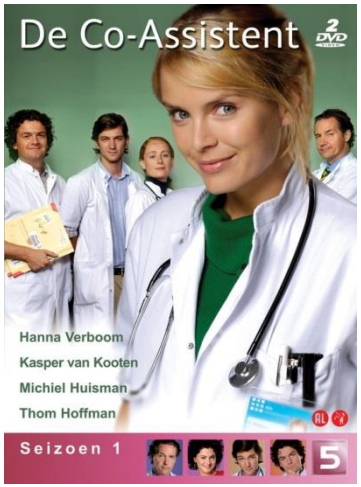
WIJ $\neq$

$\neq$

1. De Psychiater



1. De Psychiater

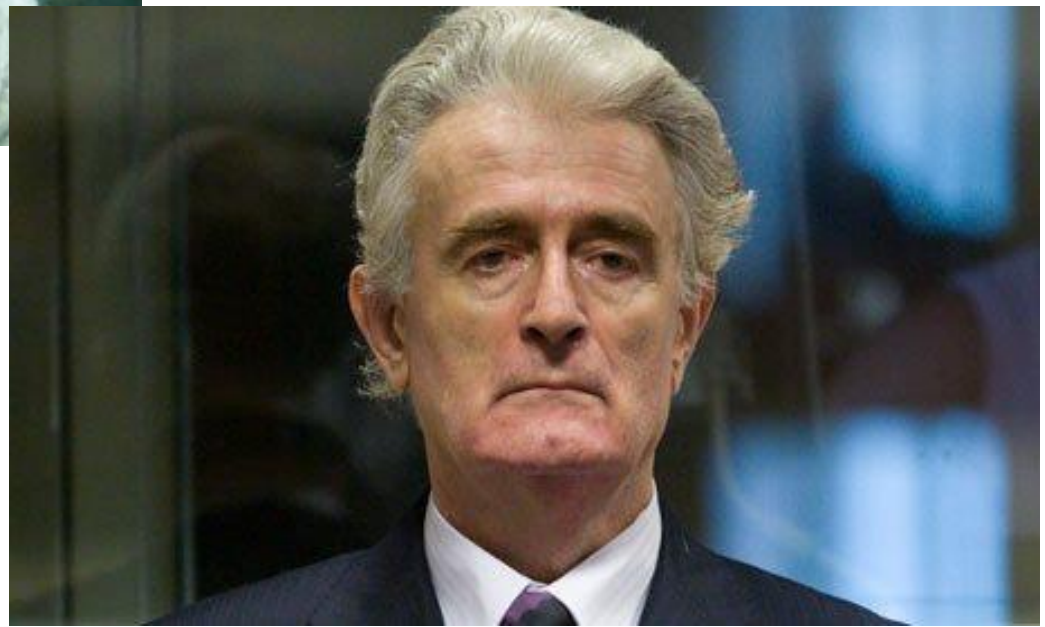


- 3 jaar Masters Geneeskunde
- 3 jaar Co-assistent

- *1 - 3 jaar Arts-assistent niet in opleiding (ANIOS)
- * Promotieonderzoek
- 4 - 4,5 jaar Opleiding Psychiatrie (AIOS)

Snel: 10 jaar, meestal langer

1. De Psychiater



1. De Psychiater

‘Als je me zou vragen wie is de psychiater nu eigenlijk? Dan zou ik zeggen: psychiater dat is een werkwoord. Omdat we moeten werken aan de psychiater, omdat we werken met het woord en omdat onze woorden werken.’

Damiaan Denys, Hoogleraar Psychiatrie/Voorzitter NVvP

1. De Psychiater

iPad 09:53 61%

Gereed JAMA definitief.pdf

Original Investigation

Deep Brain Stimulation of the Ventral Anterior Limb of the Internal Capsule for Treatment-Resistant Depression
A Randomized Clinical Trial

Isidoor O. Bergfeld, MSc; Mariska Mantione, PhD; Mechteld L. C. Hoogendoorn, PhD; Henricus G. Ruhé, MD, PhD; Peter Notten, MD; Jan van Laarhoven, MD; Ieke Visser, MD; Martijn Figee, MD, PhD; Bart P. de Kwaasteniet, MD, PhD; Ferdinand Horst, MSc; Aart H. Schene, MD, PhD; Pepijn van den Munckhof, MD, PhD; Guus Beute, MD; Rick Schuurman, MD, PhD; Damiaan Denys, MD, PhD

IMPORTANCE Patients with treatment-resistant depression (TRD) do not respond sufficiently to several consecutive treatments for major depressive disorder. Deep brain stimulation (DBS) is a promising treatment for these patients, but presently placebo effects cannot be ruled out.

OBJECTIVE To assess the efficacy of DBS of the ventral anterior limb of the internal capsule (vALIC), controlling for placebo effects with active and sham stimulation phases.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Twenty-five patients with TRD from 2 hospitals in the Netherlands were enrolled between March 22, 2010, and May 8, 2014. Patients first entered a 52-week open-label trial during which they received bilateral implants of 4 contact electrodes followed by optimization of DBS until a stable response was achieved. A randomized, double-blind, 12-week crossover phase was then conducted with patients receiving active treatment followed by sham or vice versa. Response and nonresponse to treatment were determined using intention-to-treat analyses.

Editorial

Supplemental content at jamapsychiatry.com

Richtlijn voor neuropsychologische expertise

NIP: Sectie Neuropsychologie, mei 2016

"Strikt genomen stelt de psycholoog geen medische diagnoses. Volgens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is een gezondheidszorg-psycholoog met universitaire neuropsychologische opleiding en relevante werkervaring echter voldoende deskundig om zelfstandig DSM-V diagnoses te stellen en uitspraken te doen over de waarschijnlijkheid dat geobjectiveerde stoornissen herleidbaar zijn tot hersenschade of andere factoren zoals depressie."

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Certificaat

De Commissie ter Registratie van de Interne Aantekening verklaart dat

J.J.D. Tilanus

is getoetst en voldoet aan de eisen door de Vereniging vastgesteld en dientengevolge is ingeschreven in het Verenigingsregister voor de

Interne Aantekening

Ouderenpsychiatrie

datum van inschrijving: 01 juni 2011

certificaat geldig tot: 01 maart 2019

Namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de voorzitter van de Commissie ter Registratie van de Interne Aantekening (CRIA),

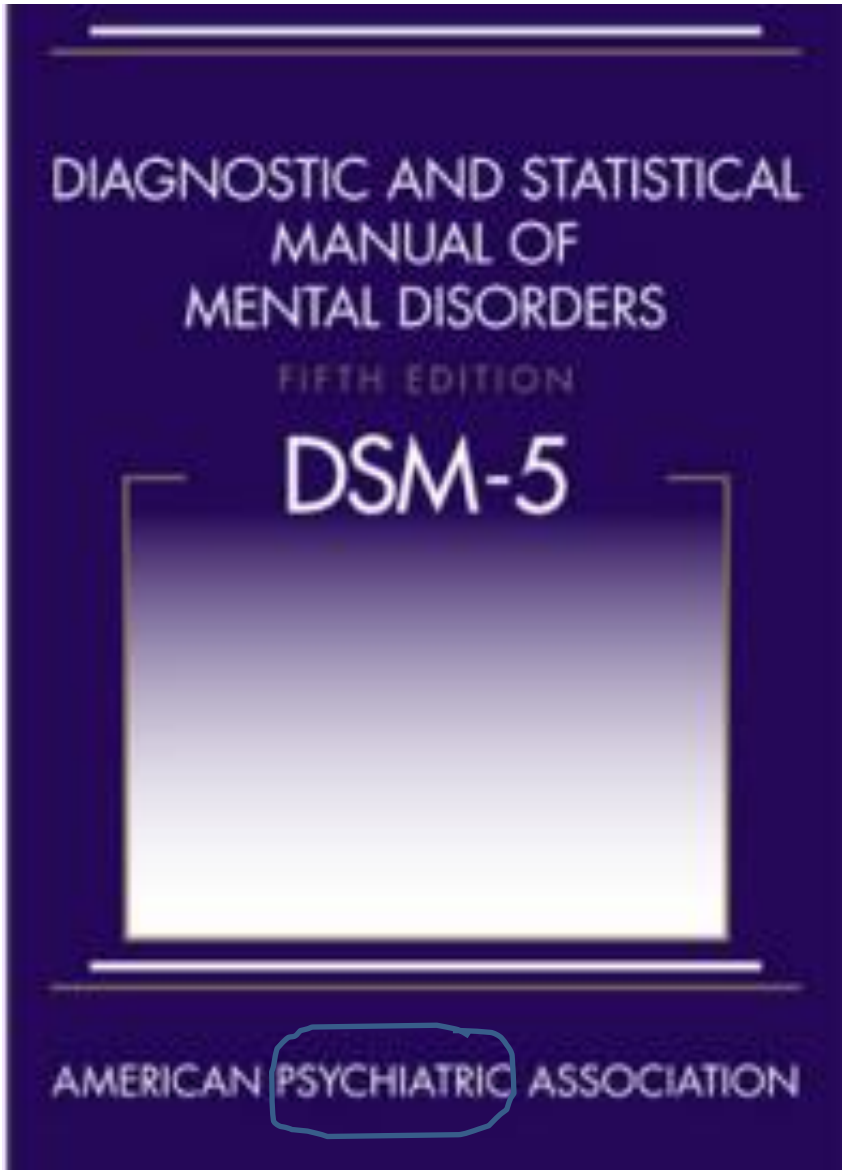
Dr. Gunnar Faber
Voorzitter CRIA

Prof. dr. D. Denys
Voorzitter NVvP

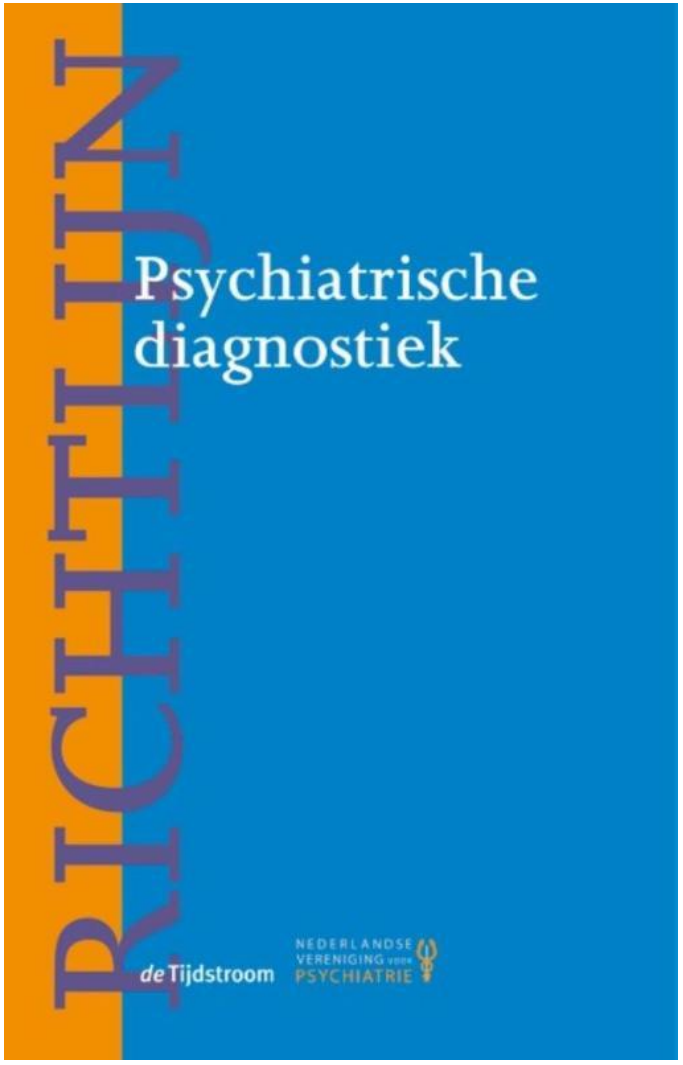
Richtlijn voor neuropsychologische expertise

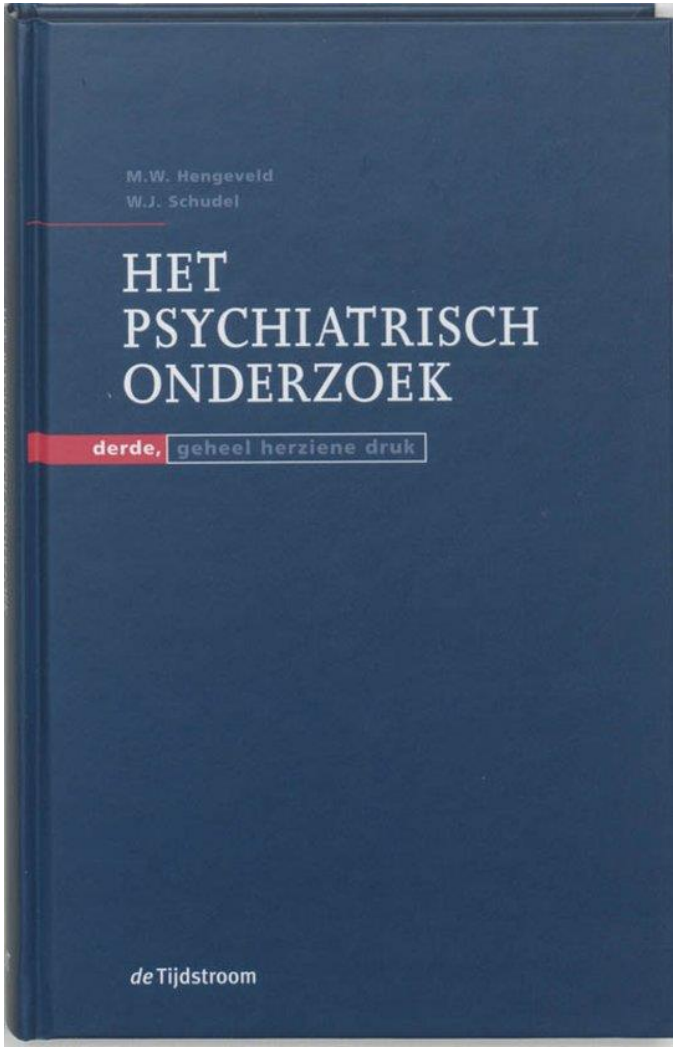
NIP: Sectie Neuropsychologie, mei 2016

"Bedenk dat u geen uitspraken kunt doen over zaken die niet op uw vakgebied liggen maar op het gebied van andere specialismen, zoals medische, psychiatrische, arbeidsdeskundige of juridische aspecten, rijbekwaamheid, en mate van invaliditeit in procenten."


DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION
DSM-5
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

2. Het Psychiatrisch Onderzoek





2. Het Psychiatrisch Onderzoek

Klinische blik: Het vermogen van een arts om door enkele waarneming, beschouwing van de patiënt (in bed) een juiste diagnose te stellen. Het gaat daarbij dan uiteraard om het opmerken van kleine, maar veelzeggende bijzonderheden, om scherpe en onbevooroordeelde, 'koele' observatie. *(Bron: De nieuwe taalgids. Jaargang 75).*

'De klinische blik van de huisarts is een goed diagnostisch middel'

Afgelopen winter promoveerde Saskia van Vugt op haar proefschrift *Caring for cough. Guiding diagnosis in primary care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Opmaat naar het onderzoek

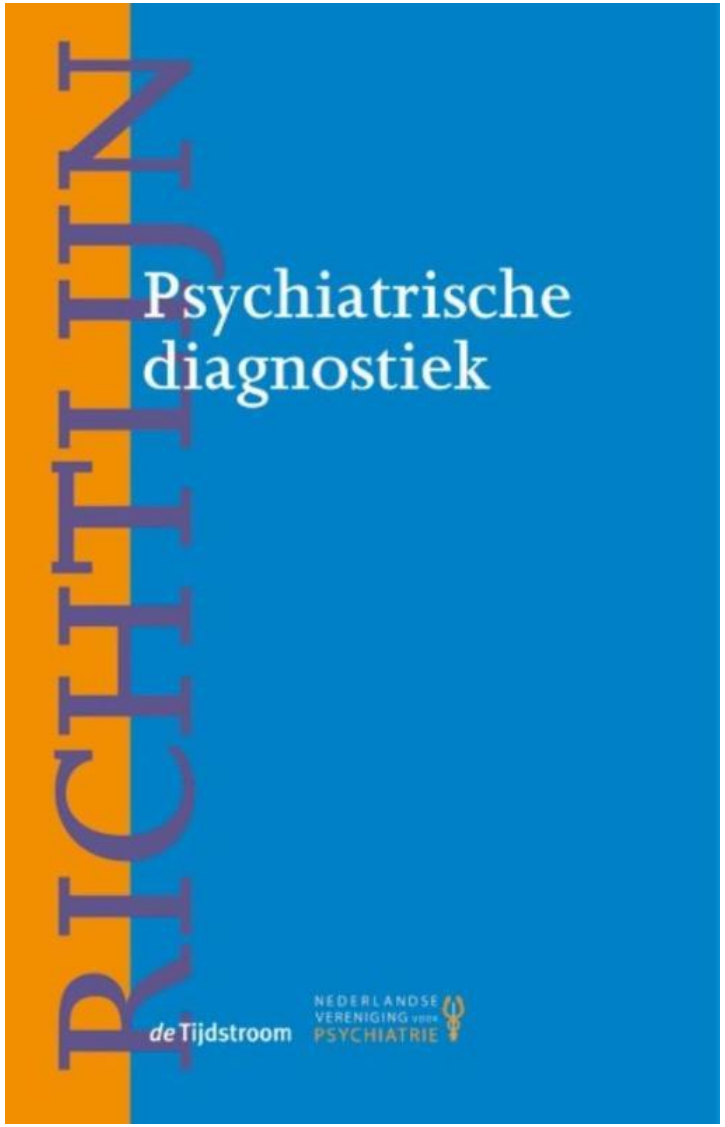
'In mijn laatste stage tijdens de opleiding ging ik werken in een huisartsenpraktijk in Mongolië en daar kreeg ik longontsteking', vertelt Van Vugt. 'De artsen daar zeiden dat dit kwam doordat ik ging hardlopen bij min twintig graden Celsius, maar dat geloofde ik natuurlijk niet. Wel was ik heel erg ziek; ik kwam zelfs op de Intensive Care terecht en lag daar aan de beademing. Uiteindelijk moest ik terug naar Nederland. Dus toen mijn studiebegeleider aan mij vroeg of ik dit promotieonderzoek wilde doen was dat met een knipoog: "Jij weet nu immers alles van hoestklachten!" In elk geval had ik affiniteit gekregen met het onderwerp en was ik geïntrigeerd: zou ik die pneumonie in Mongolië zelf hebben kunnen ontdekken als ik meer over hoestklachten had geweten?'

Het onderzoek van Van Vugt richtte zich alleen op de diagnostiek bij hoestklachten. 'Bij het grote Europese onderzoek waarbij ik betrokken was, ging het ook om het effect van antibiotica, maar dat onderdeel is in Engeland opgepakt. Ik heb mij vooral gericht op: hoe haal je in je diagnostiek de longontsteking eruit?'

Op 't oog diagnosticeren

Van Vugt bekeek als eerste de effectiviteit van de 'klinische blik' van de huisarts. 'Die bleek heel aardig te werken. Als de huisarts denkt dat er geen sprake is van een longontsteking, is de kans erg groot dat hij het bij het rechte eind heeft: in 96% van de gevallen was er dan inderdaad geen pneumonie. Anderzijds, als de huisarts denkt dat er wel sprake is van een longontsteking, dan is de kans 60% dat hij het juist heeft en dat is nog steeds behoorlijk goed. En al zit de

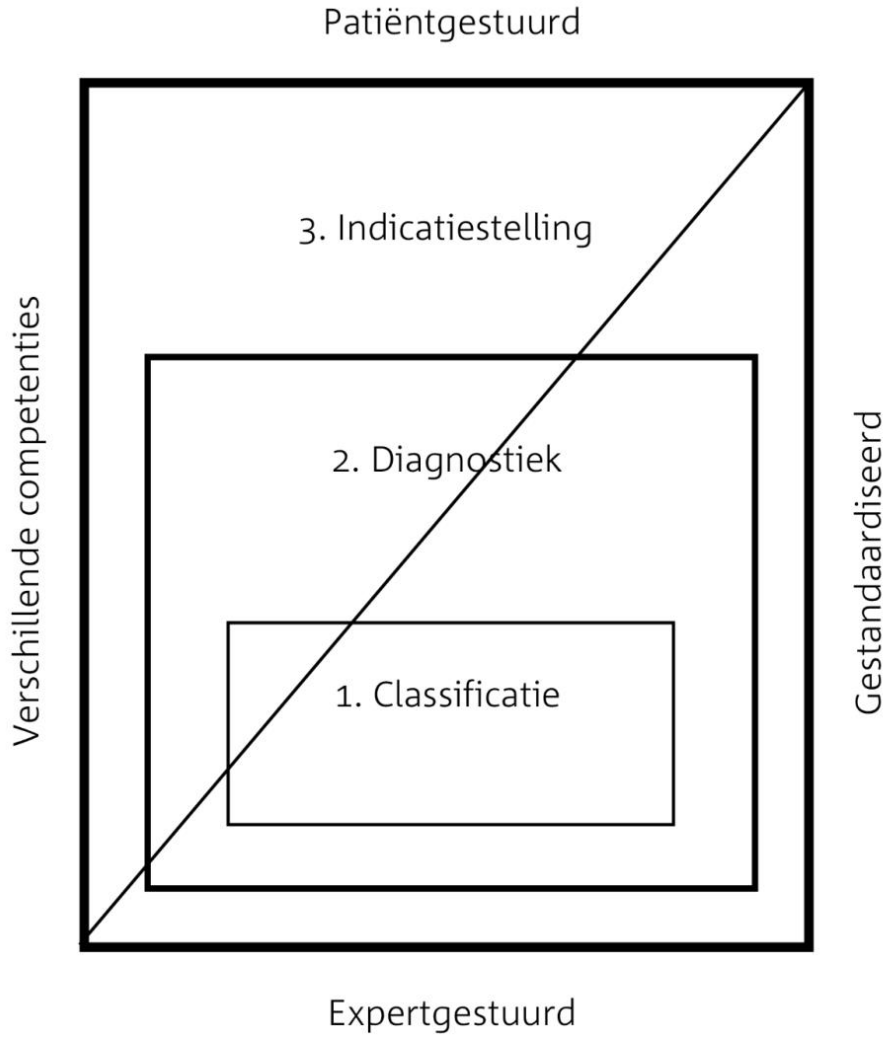
2. Het Psychiatrisch Onderzoek



Kader 4.2 Behandelcontexten waarbinnen psychiatrische diagnostiek plaatsvindt

- Separatie
- Detentie
- Huisbezoek
- Consultatief
- Poliklinisch
- Klinisch
- Langdurig
- Psychiatrische psychotherapie
- Hoogspecialistisch
- Second opinion
- Rapportage

Figuur 3.1 De drie niveaus van gegevensverzameling binnen de psychiatrische diagnostiek



Diagonale lijn: de competenties nemen toe bij een hoger niveau, de standaardiseerbaarheid neemt af bij een hoger niveau

2. Het Psychiatrisch Onderzoek
Niveau I: Classificeren

*Etiologisch neutrale beschrijving van de symptomen

*Is goed te standaardiseren.

*Onvoldoende voor het vaststellen van de indicatie voor een specialistische behandeling.

*Geschikt voor verwijzing voor verdere diagnostiek.

*Gestandaardiseerde en sterk gestructureerde interviews

- Mini International Neuropsychiatric Interview (mini),
- Structured Clinical Interview for dsm-iv-tr (scid-ii)
- Composite International Diagnostic Interview (cidi)

Denken
in hokjes
beperkt
zicht
KIJKOPEIGENWIJSHEID

2. Het Psychiatrisch Onderzoek
Niveau II: Diagnostiek

Bij de diagnostiek zijn:

- de context
- de beleving
- de betekenis

van de symptomatologie belangrijker.

NB: Bij uitstek een specialistische aangelegenheid!

2. Het Psychiatrisch Onderzoek
Niveau II: Diagnostiek

• inventarisatie van de betekenis en beleving van de symptomen voor en door de patiënt en diens naasten;

• een omschrijving van de fase van ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van het ziektebeeld (stagering);

• comorbiditeit;

• differentiële diagnostiek: het uitsluiten van andere aandoeningen

• een dynamische beschrijving van etiologische en pathogenetische factoren die hebben bijgedragen tot de ontwikkeling van de stoornis;

• specifieke functies die door het ziektebeeld verstoord zijn alsmede de invloed die dat heeft op het functioneren op relevante levensgebieden;

• factoren die van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van de stoornis;

• factoren die de te verwachten effecten van behandeling beïnvloeden en daarom van belang zijn bij indicatiestelling en verantwoording.

2. Het Psychiatrisch Onderzoek
Niveau II: Diagnostiek

In tegenstelling tot de classificatie is de diagnostiek niet te standaardiseren.

Het hangt sterk af van

- *de vraagstelling*
- *de context*
- *de setting*
- *de aard van de problematiek*

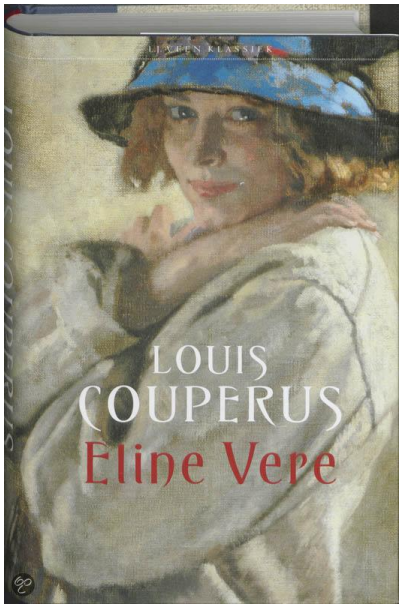
hoe diep de psychiater zal ingaan op de verschillende onderdelen van de diagnostiek.

Kader 4.1 Onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (Hengeveld & Schudel, 2003, aangepast)

- Reden en/of aanleiding voor de diagnostiek en/of vraagstelling
- Speciële psychiatrische (hetero-) anamnese
- Algemene psychiatrische (hetero-) anamnese (tractus mentalis)
- Gebruik van middelen
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Psychiatrische familieanamnese
- Somatische diagnostiek (anamnese en onderzoek)
- Actuele medicatie
- Sociale (hetero-) anamnese
- Biografische anamnese
- Ontwikkelingsheteroanamnese
- Status-mentalisonderzoek (exploratie, observatie en testen)
- Persoonlijkheidsonderzoek
- Risicotaxatie
- Klinimetrie
- Aanvullend neurobiologisch onderzoek

2. Het Psychiatrisch Onderzoek

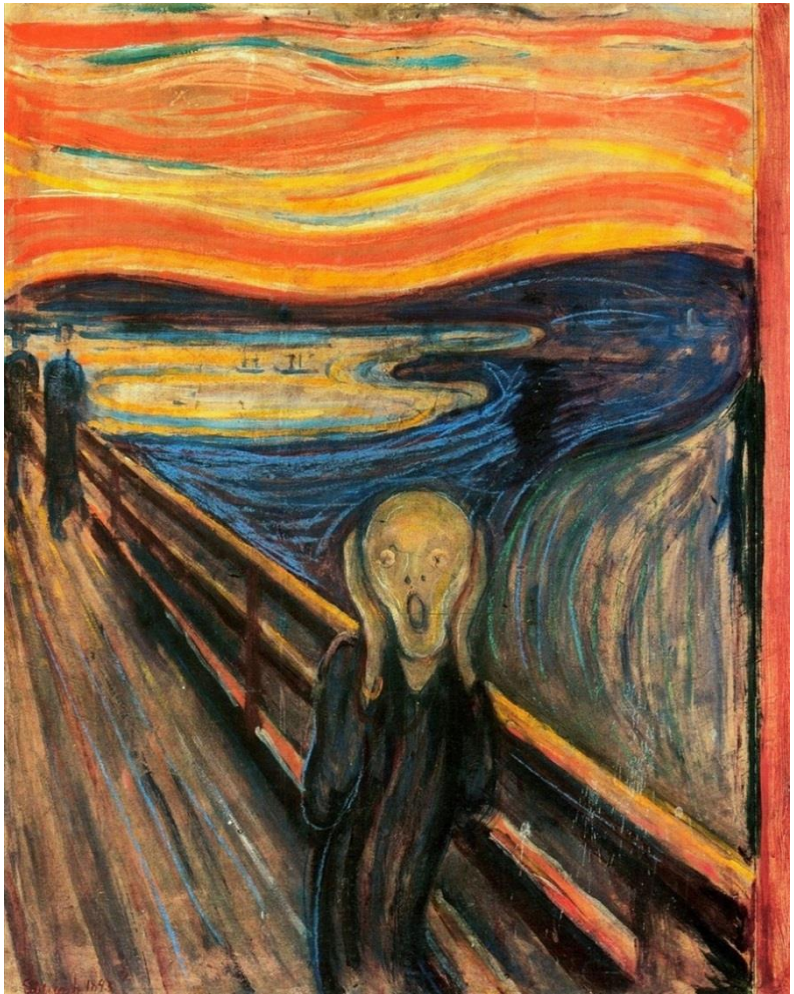
1. Bij diagnostiek ligt het accent op de subjectieve symptomen, dus op de anamnese en de exploratie van het verhaal van de patiënt.



Leerboek Psychiatrie, 3de geheel herziene druk; Hengeveld e.a. de Tijdstroom, 2016.

2. Het Psychiatrisch Onderzoek

2. Psychiatrische anamnese = onderzoek.

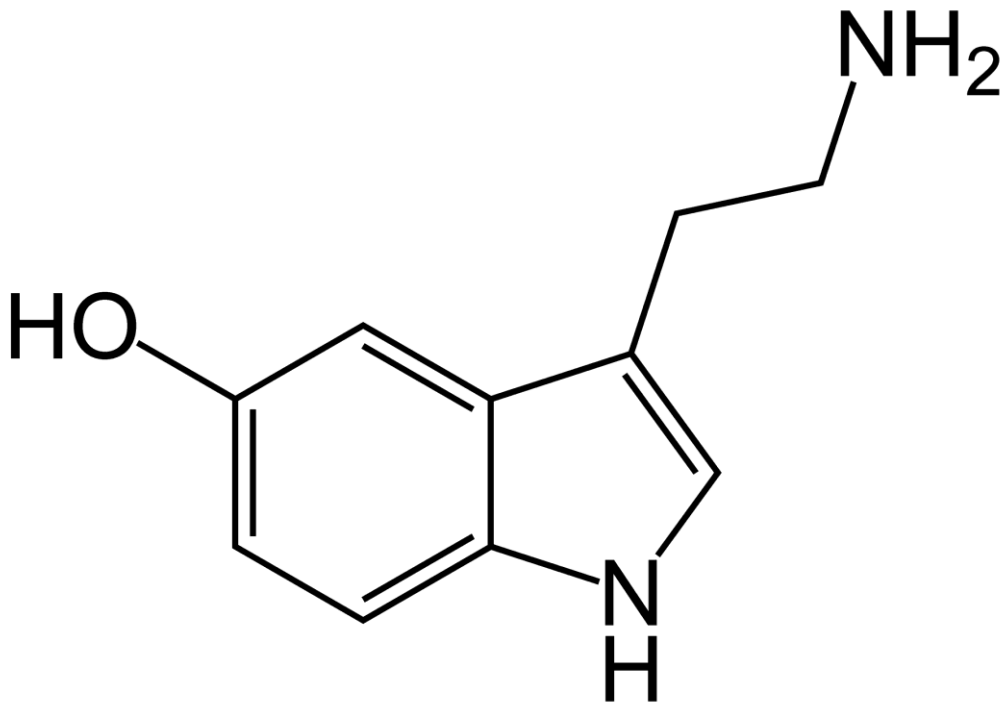


2. Het Psychiatrisch Onderzoek

3. Sociale en biografische anamnese ter wille van opsporen van mogelijke etiologische factoren.

2. Het Psychiatrisch Onderzoek

4. Ziektebeeld en de etiologie worden voornamelijk vastgesteld op grond van anamnese en onderzoek en er is weinig aanvullend onderzoek mogelijk.



2. Het Psychiatrisch Onderzoek

5.a (Fundamenteel!) De functies waarmee de patiënt zijn klachten meedeelt aan de psychiater (denken, spreken) behoren tot de mogelijk gestoorde psychische functies die de psychiater onderzoekt.

2. Het Psychiatrisch Onderzoek

5.b Het ‘instrument’ waarmee de psychiater die werking van de psychische functies onderzoekt, bestaat uit zijn eigen psychische functies:

-luisteren,

-kijken,

-vragen stellen

Leerboek

Psychiatrie

Derde, geheel herziene druk

dr. M.W. Hengeveld
dr. A.J.L.M. van Balkom
dr. C. van Heeringen
dr. B.G.C. Sabbe

Online leren
www.tijdstroom.nl
Kijk binnenin

de Tijdstroom

"De diagnostische formulering, in Nederland ook wel beschrijvende diagnose of structuurdiagnose genoemd, bevat voor elke patiënt een nauwkeurige klinische voorgeschiedenis en een bondige samenvatting van de sociale, psychologische en biologische factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontstaan van een bepaalde psychische stoornis. Om een psychische stoornis te kunnen diagnosticeren is het dan ook niet voldoende om alleen te controleren of de symptomen uit de classificatiecriteria aanwezig zijn. Een systematische controle of de criteria op de betreffende patiënt van toepassing zijn maakt de beoordeling zeker betrouwbaarder, maar de clinicus zal toch zelf moeten beoordelen wat per afzonderlijk criterium de ernst en de waarde is en wat dat betekent voor de betreffende diagnose."

Diagnostische formulering
Een 36-jarige, gehuwde vrouw met matig ernstige depressieve stoornis, met vooral angst, insomnia, gewichtsverlies en agitatie; sinds 8 maanden; 3e episode met tussendoor onvolledig herstel; eerste episode op het 18e jaar. Depressieve en bipolaire-II-stoornissen in de familie. Mogelijke etiologische factoren: overlijden vader toen ze 10 jaar was; geen duidelijke aanleiding; onderhoudende factor: relatieproblemen. Vermijdende- en afhankelijke-persoonlijkheidstrekken.
De stoornis interfereert sterk met het vermogen van de patiënte om te kunnen werken, terwijl zij bij eerdere episoden heeft ervaren dat terugkeer naar werk haar herstel bevorderde. Volgens de patiënte en haar partner zijn hun onderlinge problemen deels het gevolg van de stemmingsstoornis en belemmeren zij tevens haar herstel. Alhoewel beiden graag kinderen willen, zien zij hier van af zolang de patiënte depressief is. Bij een eerdere episode was er sprake van suïcidegedachten, maar zijn er geen suïcidepogingen geweest. Momenteel staat suïcidaliteit niet op de voorgrond.

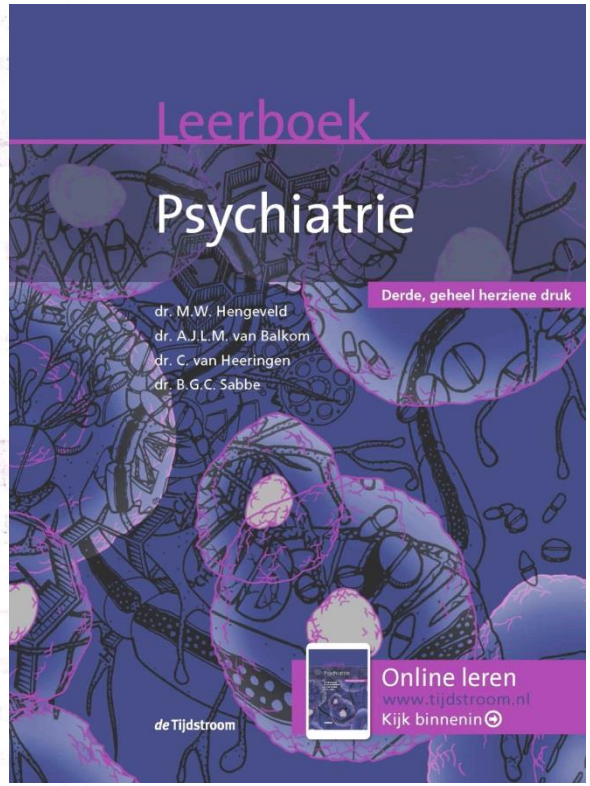
Classificatie (*volgens* DSM-5)
Depressieve stoornis, recidiverend, matig ernstig, met angstige spanning.
Codering (volgens ICD-9-CM): 296.32.

Differentiële classificaties
Bipolaire-II-stoornis (296.89); persisterende depressieve stoornis (300.4); gegeneraliseerde-angststoornis (300.02).

3. Aanvullend onderzoek

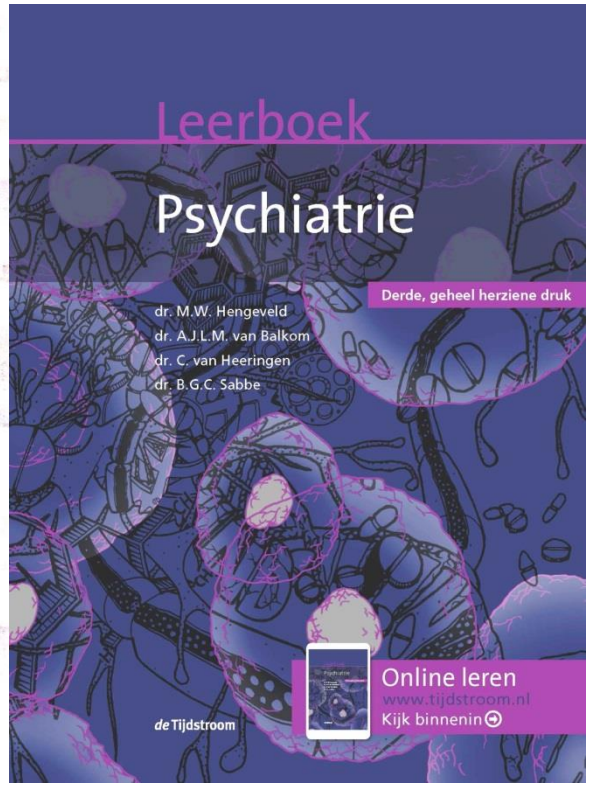
Tabel 10.1.3 Somatische aandoeningen die depressieve-stemmingsstoornissen kunnen veroorzaken

Gebied	*Aandoening*
Centrale zenuwstelsel	– Ziekte van Parkinson
	– Multiple sclerose
	– Hersentumoren
	– Ziekte van Alzheimer
	– Trauma capitis
	– Partiële epilepsie
	– Slaapapneu
	– Cerebrovasculaire aandoening
Hormonale aandoeningen	– Hyper- en hypothyreoïdie
	– Hyperparathyreoïdie
	– Hypopituïtarisme
	– Ziekte van Addison
	– Ziekte van Cushing
	– Diabetes mellitus
Auto-immuunziekten	– Lupus erythematodes
	– Reumatoïde artritis
Infecties	– Influenza
	– Toxoplasmose
	– Hepatitis
	– Ziekte van Pfeiffer
	– Hiv
	– Syfilis
Overig	– Maligniteiten buiten de hersenen
	– Anemie
	– Vitamine B_{12}-tekort
	– Myocardinfarct

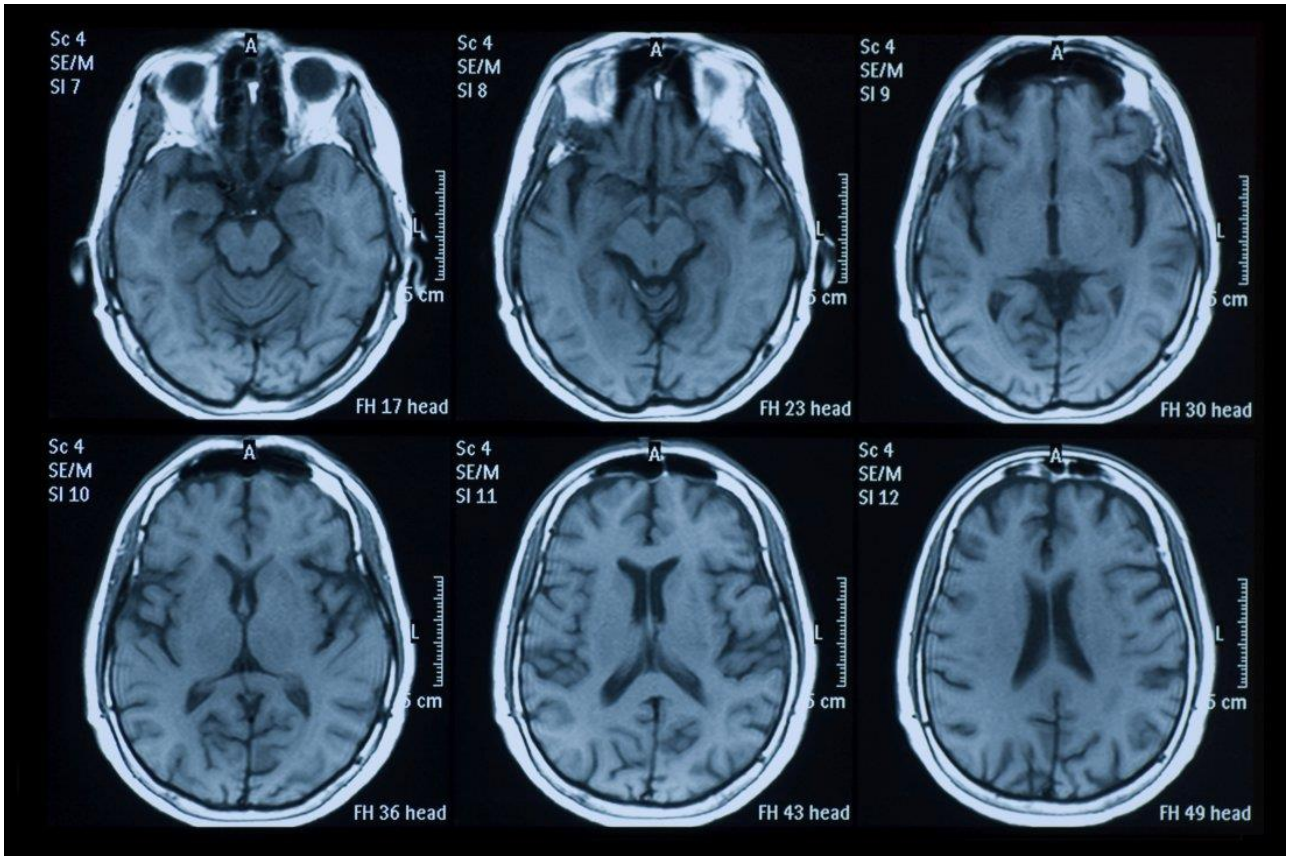


Tabel 11.2 Somatische aandoeningen die angstsymptomen en -stoornissen kunnen veroorzaken

Gebied	*Somatische aandoeningen*
Centrale zenuwstelsel	Epilepsie
	Hersentumor
	Postcontusioneel syndroom
	Postencefalitis
	Vestibulaire disfunctie
	Ziekte van Huntington
	Ziekte van Parkinson
Hormonale aandoeningen	Bijnierdisfunctie
	Feochromocytoom
	Hyperparathyreoïdie
	Hypofyseaandoeningen
	Schildkliersymptomen
Cardiovasculaire aandoeningen	Aritmie
	Coronair lijden
	Hartfalen
	Hypovolemie
Tractus respiratorius	Astma en COPD
	Hyperventilatie
	Hypoxie
	Longembolie
	Pneumothorax
Stofwisselingsaandoeningen	Acidose
	Acute intermitterende porfyrie



3. Aanvullend onderzoek



3. Aanvullend onderzoek

3. Aanvullend onderzoek

3. Aanvullend onderzoek

3. Aanvullend onderzoek

4. De kunst(-fouten) van het (Neuro-) psychologisch onderzoek

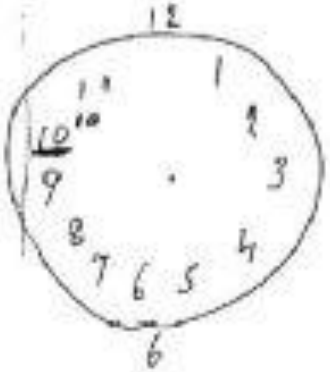
GEEL BLAUW ORANJE
ZWART ROOD GROEN
PAARS GEEL ROOD
ORANJE GROEN ZWART
BLAUW ROOD PAARS
GROEN BLAUW ORANJE

Richtlijn voor neuropsychologische expertise

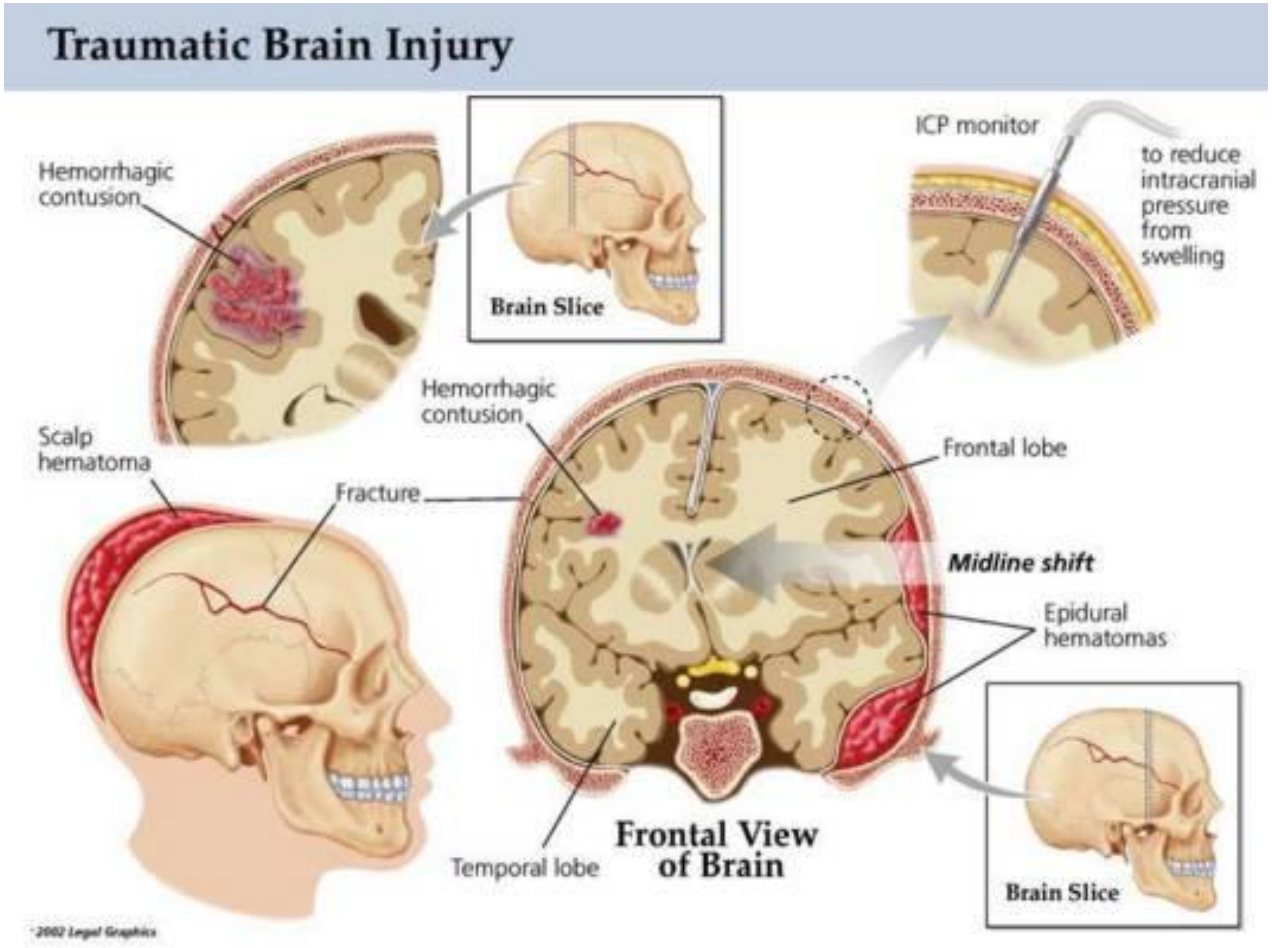
NIP: Sectie Neuropsychologie, mei 2016

"In veel gevallen zal de neuropsychologische expertise een aanvullend onderzoek zijn binnen een neurologische of psychiatrische expertise."

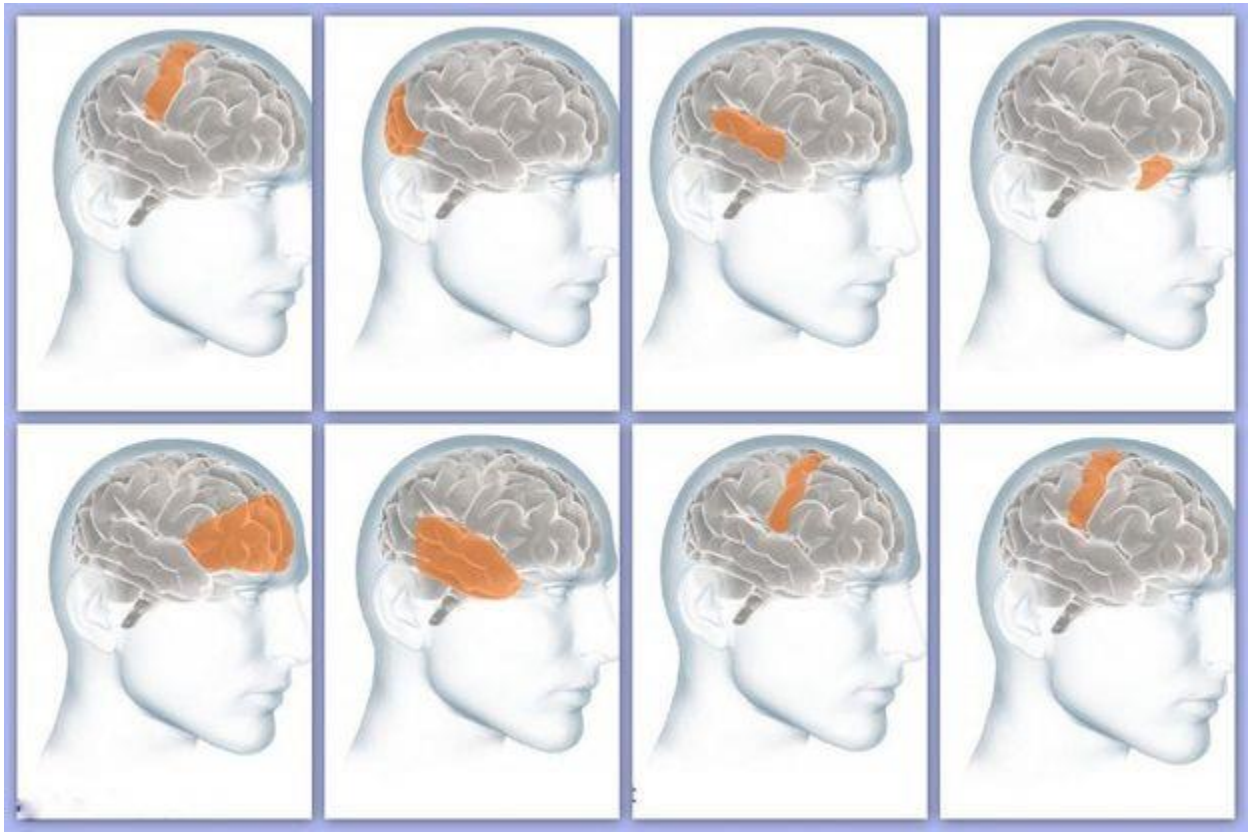
De Kunst: De Indicatie



De Indicatie



De Indicatie



De Indicatie

Traumatisch	Niet-traumatisch
▪ Zonder schedelletsel: - (verkeers-)ongeval - val - zwaar voorwerp tegen het hoofd - klap tegen het hoofd - shaken baby syndroom ▪ Met schedelletsel: - binnendringen van botgedeelte als gevolg van schedelbreuk - binnendringen van een voorwerp zoals kogel, steekwapen, ijzeren voorwerp	▪ Beroerte/cerebro-vasculair accident (CVA): - herseninfarct (afsluiting bloedvat) - hersenbloeding ▪ Infectie (encefalitis/meningitis) ▪ Gezwel/tumor ▪ Vergiftiging/intoxicatie (drugs, alcohol) ▪ Zuurstofgebrek (hypoxie/anoxie), ten gevolge van: - hartstilstand - bijna-verdrinking - afsluiting luchtpijp - rookvergiftiging ▪ Epilepsie ▪ Waterhoofd/hydrocephalus ▪ Stofwisselingsaandoeningen ▪ Degeneratieve ziekten: - Multiple Sclerose - Parkinson - Alzheimer - Huntington

De Indicatie

iPad 15:56 40%
telegraaf.nl

Vrouw hakte arm af voor geld van zorgverzekering

3 uur geleden

HANOI - Een 30-jarige vrouw uit Vietnam liet haar arm en voet afhakken om omgerekend ruim 13.000 euro te ontvangen van haar zorgverzekering. Ze vertelde vervolgens dat ze was aangereden door een trein.

De vrouw, Ly The N., huurde een vriend in om het gruwelijke klusje te klaren, meldden Vietnamese media. De vrouw zou problemen hebben met haar zaak, waardoor ze in geldnood verkeerde.

De man, Doan van D., die ook melding had gedaan dat de vrouw betrokken was bij een treinongeluk, had voor de verminking omgerekend bijna 2000 euro gekregen.

SIMULANTEN

Doen alsof je ziek bent

Artsen zijn geen opsporingsambtenaren, maar moeten zich ook niet laten bedonderen. Met wat beter opletten kunnen ze neppatiënten ontmaskeren

Het lijkt maatschappelijk nog steeds taboo om zelfs maar te suggereren dat mensen ziektes voorwenden

José van der Sman

Laten we haar voor het gemak maar even mevrouw boekhandel en op internet genoeg informatie over oorzaken, symptomen en het verloop van migraine vinden om er geloofseren, is niet bekend. Artsen zullen niet gauw durven beweren dat hun patiënt de kluit belazert door op gewiekste wijze ziektedergelijke profiteurs bestaan.

Maar cijfers van uitkeringsinstantie UWV geven te denken. Sinds de start in 2004 van de herbeoordelingen, zijn 181.000 mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering opnieuw gekeurd. Van 36,3 procent werd de uitkering verlaagd of beëindigd. In de eerste zes maanden van dit jaar zijn bijna 14.000 mensen na een reïntegratietraject weer aan het werk gegaan.

In een artikel in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (MGv) betogen Harald Merckelbach, hoogleraar psychologie aan de Universiteit Maastricht, en vier coauteurs dat artsen en psychologen een grotere rol kunnen spelen bij het ontmaskeren van simulanten. Maar dan moeten hun beroepsorganisaties hen daarbij wel steunen. Die kunnen dat doen door hun leden de verplichting op te leggen dat als zij denken dat hun patiënt simuleert, zij dit ook ondubbelzinnig moeten uitspreken en geen omfloerste taal meer moeten gebruiken, zoals nu nog vaak het geval is. Met zo'n verplichting kunnen zij ook voorkomen dat hun leden tuchtrechterlijk ter verantwoording worden geroepen als zij bij een patiënt de diagnose 'simulant' vaststellen.

Hoe kom je er als behandelaar achter of je met een neppa-

THIRD EDITION

CLINICAL ASSESSMENT OF MALINGERING AND DECEPTION

Edited by RICHARD ROGERS

RICHTLIJN
MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE
IN BESTUURS- EN CIVIELRECHTELIJK VERBAND
April 2016

2.2.8 Als de anamnese niet overeenkomt met vaststelbare feiten of eerder gedane anamnestische mededelingen zoals die uit de stukken naar voren komen, dan dient uit het rapport te blijken dat de onderzochte, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze discrepantie werd geconfronteerd. Vermeld wordt, wat diens reactie daarop was en wat daaruit is geconcludeerd.

De Kunstfout: Geen/verkeerde Indicatie

ELSEVIER

Archives of Clinical Neuropsychology 22 (2007) 589–604

Archives of CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY

Commentary

Cogniform Disorder and Cogniform Condition: Proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms

Dean C. Delis *, Spencer R. Wetter

Veterans Affairs San Diego Healthcare System, University of California, San Diego, School of Medicine, CA, United States

Accepted 2 April 2007

Abstract

In neuropsychological practice, individuals often present with evidence of excessive cognitive complaints or invalid test performances indicative of symptom exaggeration; however, clinicians often struggle with how to diagnose these cases once they have been identified. Difficulties in subsuming these individuals within existing DSM-IV diagnoses such as Malingering, Factitious Disorder, and Conversion Disorder are discussed, including: (a) lack of a diagnostic category that adequately targets the specific features of this relatively common condition and (b) the use of criteria that require the clinician to make judgments about internal states that are difficult to evaluate in an objective manner (e.g., intentional versus unintentional production of exaggerated symptoms). Two diagnostic categories – Cogniform Disorder and Cogniform Condition – are proposed as new subtypes of the Somatoform Disorders to encompass cases of excessive cognitive complaints and inadequate test-taking effort in the absence of sufficient evidence to diagnose Malingering. Of the two new categories, Cogniform Disorder is defined as a more pervasive form in which the individual tends to exhibit the excessive cognitive symptoms in widespread areas of his or her life, thereby suggesting a conversion-like adoption of the sick role manifested primarily as cognitive dysfunction. Guidelines for improving the evidence-based diagnosis of these cases, particularly with regards to criteria related to intentionality, secondary gain, and sick role factors, are also discussed.
Published by Elsevier Ltd on behalf of National Academy of Neuropsychology.

Richtlijn voor neuropsychologische expertise

NIP: Sectie Neuropsychologie, mei 2016

"Bij de vraagstelling wordt vaak verzocht een uitspraak te doen over de aannemelijkheid van de relatie tussen cognitieve stoornissen en de gebeurtenis of de aandoening. Het betreft hier in feite een causaliteitsvraag. Dit gaat verder dan het louter vaststellen en beschrijven van stoornissen. Over causaliteitsvragen kan alleen een uitspraak gedaan worden als de anamnese, de hetero-anamnese en het testonderzoek consistent met elkaar zijn en op een duidelijke verandering in het functioneren wijzen, en als er geen sprake is van verminderde symptoomvaliditeit."

RICHTLIJN

MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE IN BESTUURS- EN CIVIELRECHTELIJK VERBAND

April 2016

2.2.15 Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vaststelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging.

De expert zal nimmer anamnestische klachten en/of anamnestische beperkingen aan een ongeval "toerekenen" of de causaliteit ervan baseren op het feit dat ze na het ongeval voor het eerst worden vermeld.

2.2.16 Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen. Hij toetst de mededelingen van de onderzochte aan hun plausibiliteit en consistentie.

De Kunstfout: Toestandsbeeld

De Kunstfout: Middelen

De Kunstfout: Medicatie

Take home messages I + II

5. Discussie