Juni
1
2022

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 26, nummer 1, juni 2022

Editorial 2

Van het bestuur 3

Opiniekolom GASTscoop 4
Geen al te hoge eisen aan het bewijs van het causaal verband. Of in de praktijk juist wel?
P. van Huizen

Tucht en Zucht 7
A. de Vries

Voor u gelezen 9
Els Borst, medicus in de politiek
C. Lelieveld

De scoop op… 10
Monique Piegza
C. Lelieveld

Vet belangrijk 15
L. van Rossum

New Long Covid Research - Considerations for Life & Health Insurance 23
Dr. A. Regenauer

Onder ons gezegd en gezwegen: The truth, the whole truth and nothing but the truth, so help me God 27
Drs. B. van Lauw-Kous

Behandeling van humerus schacht fracturen bij volwassenen 30
J.B. Sintenie

Lustrumcongres GAV 10 juni 2022 31

Agenda 32

Colofon 32

GAVscoop

Editorial

GAVscoop 2022-1

Net toen het er qua coronapandemie beter uit ging zien begon er een oorlog. Wie verzint zoiets? Daar staat je verstand toch bij stil. Wie had kunnen denken dat dit mogelijk was. En op deze manier? Bizar! En verschrikkelijk. Ik hoop dat deze oorlog op het moment dat u dit leest voorbij is, maar ik vrees het ergste. Hoe dan ook, de wereld draait door. Wij hebben met een aantal van u op 31 maart jongstleden na herhaald uitstel en twee jaar later dan de bedoeling onze 25e (inmiddels 27e) verjaardag feestelijk gevierd met een uniek en memorabel symposium. In Engeland luidt de wens voor een jarige: 'many happy returns of the day'. Laten we hopen op many happy returns voor GAVscoop. Of die er zullen komen staat niet vast, want er zijn wat zorgen over de toekomst van GAVscoop. Er hebben zich namelijk ondanks herhaalde oproepen nog geen aspirant-redacteurs aangemeld, die bereid zijn om een constructieve bijdragende rol binnen de redactie op zich te nemen en zodoende de eigen scoop en die van de collega's te verbreden en te verdiepen.
De toekomst is dus onzeker, maar hier en nu heeft u toch weer een zeer lezenswaardige editie te pakken met hierin veel aandacht voor een omvangrijk, gewichtig en groeiend probleem: obesitas.
Hoogleraar interne geneeskunde/endocrinologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam prof. Dr. Liesbeth van Rossum is een pionier op het gebied van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Zij werd bereid gevonden om een interview te geven en deed dat al lunchwandelend. Het is aanbevelenswaardig om de weergave van een webinar hierover alsmede het interview al wandelend te lezen. Bewegen moet! Haar boek 'Vet belangrijk' is een absolute aanrader.
Dr. Achim Regenauer was jarenlang klinisch werkzaam als internist voordat hij de overstap maakte naar de verzekeringswereld. Hij is nu werkzaam als chief medical officer bij herverzekeraar PartnerRe en houdt zich bezig met de impact van long-COVID. Hij schreef een eye-opening bijdrage over de mid- en langetermijneffecten van long-COVID voor verzekeraars. Aardig om het ook eens van die kant te bekijken. In de rubriek gastscoop treft u ditmaal een bijdrage van advocaat Peter van Huizen, die het aloude twistpunt juridische versus medische causaliteit adresseert. In de rubriek Tucht & Zucht een zeer lezenswaardige bijdrage van gastredacteur Guusje de Vries over vernietigen van een dossier of een beetje vernietigen ervan en in de rubriek 'Voor u gelezen' aandacht voor de biografie over Els Borst geschreven door Nele Beijens.
Drs. B. van Lauw-Kous gaat u voor in een meanderende column die begint bij de waarheid en die via diverse tussenstations eindigt bij geloof.
Ten slotte leest u in ' de scoop op…' een interview met oud-voorzitter van de GAV Monique Piegza.
Ik wens u veel leesplezier en ik hoop op een mooie lange zomer.

Carla Lelieveld

Van het bestuur

De GAV kent een lange historie, het 120-jarig jubileum van vorig jaar zal dit jaar alsnog worden gevierd. Ondanks onvermijdelijke pieken en dalen was het altijd een wetenschappelijke vereniging voor en ook door de leden.
Vooral op dat laatste, door de leden, willen wij hierbij ingaan. In de afgelopen jaren hebben wij te maken gekregen met een gestage leegloop van bestuur en de diverse commissies binnen de GAV.
Het bestuur mist een voorzitter en twee algemene leden, terwijl daarnaast de secretaris en een algemeen lid hun taken op korte termijn zullen neerleggen vanwege het eindigen van hun bestuurstermijn.
De PAA en de registratiecommissie hebben op dit moment geen voorzitter. De hoofdredacteur van de GAV-scoop vertrekt. Binnen de PAA en de PAP bestaan diverse vacatures. De taken worden nu verdeeld onder de overige leden, wat natuurlijk een onwenselijke situatie is. De gevolgen hiervan beginnen zich af te tekenen.
Voor alle leden die het bestuur of de commissies verlaten geldt, dat zij minimaal hun bestuurlijke termijn en vaak langer hebben uitgediend. Voor geen van de vacatures die daardoor ontstonden hebben wij een invulling gevonden, ondanks herhaalde oproepen in ALV-en en op de website, in de GAV-scoop, in brandbrieven, persoonlijke benadering en contact met verzekeringsmaatschappijen. Er is helaas ook geen positieve trend waar te nemen.
Waarschijnlijk zijn het tekort aan medisch adviseurs en de hoge werkdruk hier debet aan. En voor onze zelfstandige collegae is een uur niet werken een uur niet verdienen. Een andere factor is dat het gevoel voor maatschappelijke verantwoordelijkheid aan verandering onderhevig is.
Misschien moeten wij ook de hand in eigen boezem steken; is het bestuur- en commissiewerk niet interessant genoeg meer? Verder zal de onduidelijkheid over de toekomst van de vereniging geen positieve rol spelen in de participatiebereidheid.
Doorgaan op dezelfde voet en hopen dat het beter wordt is geen optie, in ieder geval niet voor het huidige bestuur. De vraag of er genoeg draagvlak is om de vereniging in stand te houden moet als eerste worden beantwoord. Als het antwoord hierop positief is, wat is dan nodig om succesvol door te gaan? Wellicht een andere structuur, een andere organisatie en invulling, nieuw geformuleerde missie en doelstellingen en een heldere koers voor de toekomst van onze vereniging.
Om deze vragen beantwoord te krijgen en vorm te geven aan het vervolg hebben we een aantal leden gevraagd hierin mee te denken. Binnenkort komen wij samen en zullen wij u informeren over de uitkomsten. Ook zal dit onderwerp hoog op de agenda van de Algemene Ledenvergadering van 19 mei 2022 staan. Want uiteraard neemt u als leden de beslissingen.

We hopen zo de voorwaarden te scheppen om van de GAV weer een florerende wetenschappelijke vereniging te maken, voorbereid op de toekomst en dat een ‘nieuwe GAV’ u zal inspireren zich hier voor in te zetten!

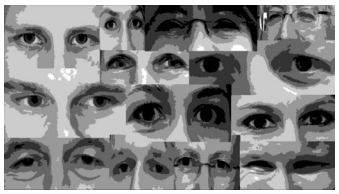
Met vriendelijke groet,

Bestuur GAV

GASTscoop

Geen al te hoge eisen aan het bewijs van het causaal verband. Of in de praktijk juist wel?

Door de ogen van ...
*P. van Huizen**



Medisch niet-objectiveerbare klachten worden ze genoemd, verschijnselen zoals pijn, die medisch niet te objectiveren zijn en dus ook niet te verklaren. Mensen met dergelijke verschijnselen zijn daardoor moeilijker in staat om een ander te overtuigen van de oorzaak ervan, ook al weten zij zelf vaak heel zeker wat die oorzaak is. Een ongeval bijvoorbeeld of een andere aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis. Ook de aansprakelijkheidsverzekeraar en zijn medisch adviseur zijn daar vaak moeilijk van te overtuigen, zeker als de pijn langer aanhoudt dan enkele weken of maanden.
Een gang naar de rechter is dan noodzakelijk om een oordeel te krijgen over het causaal verband tussen het ongeval en de pijn. Het bestaan van een causaal verband is immers een vereiste voor het recht op schadevergoeding. De rechter is daarbij vrij in het interpreteren van het bewijs van het causaal verband. Het ontbreken van een 'medisch aantoonbare verklaring' voor de klachten staat niet in de weg aan het kunnen oordelen dat het bewijs van het causaal verband is geleverd. Dit volgt eigenlijk al uit de vrije bewijsleer zoals wettelijk vastgelegd, hetgeen suggereert dat het te leveren bewijs niet pas is geleverd als het in lijn is met (natuur)wetenschappelijke uitgangspunten. Voor een rechter is 'een redelijke mate van zekerheid' dat het causaal verband bestaat, voldoende om het bewijs als geleverd te achten. In letselschadezaken is dit uitgangspunt ook nog eens uitdrukkelijk bevestigd door de Hoge Raad in een bekende uitspraak die later veelvuldig is aangehaald in de (rechts)praktijk. Het gaat dan om de overweging van de Hoge Raad die luidt: "Met die overweging heeft het Hof immers, in overeenstemming met zijn in cassatie niet bestreden uitgangspunt dat in een geval als het onderhavige niet al te hoge eisen aan het bewijs van het oorzakelijke verband tussen het ongeval en de gezondheidsklachten kunnen worden gesteld, tot uitdrukking gebracht dat het ontbreken van een specifieke, medisch aantoonbare verklaring voor de klachten in die zin voor risico van de veroorzaker van het ongeval komt, dat dit niet in de weg staat aan het oordeel dat het bewijs van het oorzakelijk verband geleverd is." Hiermee is slechts geldend recht bevestigd. Van een nieuwe regel kon eigenlijk niet worden gesproken. Immers, nog steeds kon de rechter zelf beoordelen op basis waarvan hij oordeelde of het bewijs van het causaal verband wel of niet was geleverd. Het ontbreken van een 'medisch aantoonbare verklaring' stond daar niet aan in de weg. In het recht gaat het altijd om de 'juridische causaliteit', aangezien de vraag of er sprake is van een causaal verband in de zin van de wet altijd een juridische beoordeling is. Een medisch aantoonbare verklaring kan daarbij uiteraard helpen en een reden zijn om dat causaal verband aan te nemen, maar het is geen vereiste voor het kunnen aannemen van een causaal verband.
Toch lazen velen er een nieuwe regel in, namelijk dat er aan het bewijs van het causaal verband tussen een ongeval en gezondheidsklachten überhaupt geen al te hoge eisen gesteld zouden mogen worden. Dat dit een onjuiste lezing is, werd in de literatuur al eens benadrukt, maar is ook onderkend in een conclusie van de Advocaat-Generaal bij de Hoge Raad. De (verzekeraar van de) aansprakelijke partij kan dus niet aanvoeren dat er geen causaal verband is, alleen omdat er geen medisch aantoonbare verklaring is. Maar (de belangenbehartiger van) het slachtoffer kan ook weer niet aanvoeren dat er aan het bewijs van het causaal verband überhaupt geen al te hoge eisen mogen worden gesteld.
Naar mijn idee doet een dergelijke lezing bovendien meer kwaad dan goed, want het leidt er misschien toe dat er ook minder moeite wordt gedaan om het bewijs van het causaal verband te leveren.
Het leidt mogelijk tot een zekere passiviteit als het aankomt op bewijslevering met daarbij ook wat te gemakkelijk de verwijzing naar de Hoge Raad en de 'regel' dat er geen al te hoge eisen mogen worden gesteld aan het bewijs van het causaal verband tussen een ongeval en gezondheidsklachten. Ik zou zelfs eerder zeggen dat het tegendeel waar is. In de praktijk worden er juist hogere eisen gesteld aan het bewijs van het causaal verband tussen een ongeval en medisch niet-objectiveerbare klachten.

* P. van Huizen, advocaat Salva Schaderecht

Niet zozeer in de waarde van het bewijs zelf, maar eerder in de hoeveelheid van het bewijs dat wordt verlangd om tot een redelijke mate van zekerheid te kunnen komen. Immers, een slachtoffer van een verkeersongeval die daarna gedurende lange tijd medisch niet-objectiveerbare klachten heeft, zal veel meer uit de kast moeten halen om de rechter te kunnen overtuigen van het causaal verband, dan een slachtoffer die wél medisch objectiveerbare klachten heeft. Dat slachtoffer met medisch niet-objectiveerbare klachten zal vaak een volledig medisch dossier moeten tonen, inclusief het huisartsenjournaal vanaf vijf jaar vóór het ongeval tot en met de periode daarna. Daarbij zal het slachtoffer moeten aantonen dat de klachten er niet al waren vóór het ongeval (in dezelfde mate) en dat mogelijke alternatieve oorzaken van de klachten ontbreken. Dit geldt allemaal niet voor het slachtoffer met medisch objectiveerbare klachten. Dat is ook niet verwonderlijk, want de rechter dient nog steeds te worden overtuigd van het bestaan van het causaal verband. In het ene geval is daar meer voor nodig dan in het andere geval. Inmiddels blijkt uit de rechtspraak dat rechters een causaal verband tussen een ongeval en gezondheidsklachten veelal aannemen als: het soort ongeval het soort gezondheidsklachten kan veroorzaken, de gezondheidsklachten vóór het ongeval niet bestonden (in dezelfde mate), mogelijke alternatieve oorzaken voor de gezondheidsklachten ontbreken.
Uiteraard geldt dit pas nadat eerst is komen vaststaan dat de gezondheidsklachten bestaan zoals wordt gesteld. Daartoe beoordelen rechters vaak of er sprake is van een 'plausibel klachtenpatroon', oftewel een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten. In de praktijk komt dit erop neer dat het slachtoffer dient aan te tonen dat artsen en behandelaars worden bezocht op een wijze die een rechter kan kwalificeren als een 'plausibel klachtenpatroon'.
Wellicht kan er bij het vragen om medische advisering ook aandacht zijn voor deze wijze waarop een rechter uiteindelijk vaak het causaal verband beoordeeld. De vraag of er een medisch aantoonbare verklaring is voor de gezondheidsklachten is immers niet van doorslaggevende betekenis, maar dat betekent ook weer niet dat er dan nog maar nauwelijks bewijs mag worden verlangd.
Het lijkt mij daarom zinvol als partijen bij het vragen om medische advisering ook vragen om in te gaan op de hierboven genoemde omstandigheden, die gelet op de praktijk vaak wél van doorslaggevende betekenis zijn, namelijk ten aanzien van het bestaan van een 'plausibel klachtenpatroon', de vraag of het ongeval het soort gezondheidsklachten überhaupt kan veroorzaken en vragen over het al vóór het ongeval bestaan van de klachten en over mogelijke alternatieve oorzaken van de gezondheidsklachten.

Referenties

1. Artikel 152 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.
2. Hoge Raad 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054 (r.o. 3.5.1).
3. S.D. Lindenbergh, noot bij het arrest van het Gerechtshof 's-Hertogenbosch van 19 november 2013, NJ 2016/133.
4. Conclusie van Advocaat-Generaal Wuisman bij het arrest van de Hoge Raad van 8 september 2017, ECLI:NL:HR:2017:2273 (art. 81 lid 1 RO), conclusie A-G Wuisman, ECLI:PHR:2017:647.
5. Zie vooral Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 20 februari 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:1661 (r.o. 7.13) en ook de conclusie van de Advocaat-Generaal van 12 januari 2018 (ECLI:NL:PHR:2018:44) bij het arrest van de Hoge Raad van 9 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:311).

Tucht en Zucht

A. de Vries

'Als een patiënt mag kiezen voor vernietiging van het integrale dossier, heeft hij ook de minder vergaande optie van selectieve vernietiging.'
Zo schrijft het Centraal Tuchtcollege in een recente uitspraak. Als u mijn column vaker leest dan weet u waarschijnlijk inmiddels dat ik na het lezen van tuchtuitspraken vaak met vragen achterblijf. Ook nu gaf de uitspraak mij vraagtekens, het grootste vraagteken over de geciteerde zin. Ik zal u de casus schetsen en vervolgens aan de hand van eerdere uitspraken en overige informatiebronnen mijn gedachten weergeven.

Het achterliggende verhaal

Bij een patiënte werd in de voorgeschiedenis (2005-2006) de diagnose autisme spectrum stoornis (ASS) gesteld en in 2013 vond een opname plaats in verband met een bijkomende dan wel primaire psychotische stoornis; beide diagnosen werden in het dossier vermeld. In 2018 gaf de patiënte aan dat sprake was van een verkeerde diagnose waarna haar moeder, die (ook) in de tuchtzaak optrad als gemachtigde, het verzoek indiende om alle notities die met ASS te maken hadden uit het dossier te verwijderen. Namens de psychiater volgde de reactie dat het ondoenlijk was om aan het verzoek te voldoen omdat de te verwijderen gegevens op veel plekken in het dossier werden beschreven. Wel werd aangeboden om ofwel een verklaring aan het dossier toe te voegen of om het gehele dossier te vernietigen. Het leidde tot een tuchtzaak. Door de psychiater werd aangevoerd dat de vermelding van de ASS op vele plekken in het dossier voorkwam en dat verwijderen ervan de leesbaarheid en interpreteerbaarheid zou kunnen aantasten, waarbij werd verwezen naar een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 2017. Het Regionaal Tuchtcollege achtte de huidige casus vergelijkbaar met deze uitspraak uit 2017, concludeerde dat ook hier selectieve vernietiging van de diagnose afbreuk zou doen aan de geloofwaardigheid van het dossier, en verklaarde de klacht ongegrond. Het Centraal Tuchtcollege dacht er echter anders over.

De relevante overwegingen van het College

Onder verwijzing naar wet- en regelgeving, waaronder de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, geeft het College allereerst aan dat een verzoek tot vernietiging niet enkel het volledige dossier hoeft te betreffen maar ook betrekking kan hebben op een deel van het dossier waarbij te denken valt aan een woord, een zinsnede, een alinea of bepaald onderdeel (zoals een brief). Het College geeft vervolgens aan zich ervan bewust te zijn dat een selectieve vernietiging, zeker als deze strekt tot verwijdering van de voor patiënt onwelgevallige diagnose, afbreuk kan doen aan de begrijpelijkheid en geloofwaardigheid van een dossier, maar ziet daarin geen grond om een verzoek tot selectieve vernietiging per definitie af te wijzen. Als een patiënt mag kiezen voor vernietiging van het integrale dossier, heeft hij ook de minder vergaande optie van selectieve vernietiging. En voor zover uit de eerdere rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege (zoals de beslissing van 2017) het tegendeel kan worden afgeleid komt het nu tot een ander oordeel, zo voegt het toe. Het College merkt verder op dat de wet zich er niet tegen verzet dat de arts eerst in gesprek gaat met de patiënt alvorens het verzoek uit te voeren en dat de arts op de betreffende plaatsen in het dossier mag vermelden dat gegevens op verzoek van de patiënt zijn verwijderd.

De beslissing

De beslissing luidt dat het handelen van de psychiater weliswaar verwijtbaar was, maar omdat de uitleg van de regelgeving tot dan toe geen volledige duidelijkheid bood werd geen aanleiding gezien om een maatregel op te leggen.

Wat is hieruit op te maken

Het recht van de patiënt om gegevens te laten vernietigen of verwijderen lijkt als een heel sterk recht te worden uitgelegd en betreft niet enkel het gehele dossier of concrete stukken, maar ook tekstonderdelen of woorden, inclusief een onwelgevallige diagnose.

Wanneer we de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens erbij openslaan dan wordt duidelijk dat een arts een verzoek tot vernietiging van (gegevens uit) het dossier in beginsel moet honoreren tenzij hij een beroep kan doen op een van de volgende uitzonderingen.

1. Een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens. Hieronder valt onder andere ook de situatie waarin een

arts een aanmerkelijk belang heeft, bij voorbeeld wanneer de patiënt een juridische procedure is gestart tegen de arts. Het enkele feit dat een patiënt mogelijk een klacht zal indienen is overigens onvoldoende om een vernietigingsverzoek af te wijzen. Mocht na vernietiging inderdaad een klacht worden ingediend dan zal de arts zich mogelijk niet kunnen verweren en zal de klacht worden afgewezen.
2. Een andere wet bepaalt dat de gegevens niet vernietigd mogen worden. Dit betreft de wettelijk bepaalde bewaartermijn, zo blijkt uit een uitspraak waarin een gemeente, in het kader van de jeugdhulpverlening, zich beriep op de verplichting de gegevens 20 jaar te bewaren.
3. Belemmering van goed hulpverlenerschap. Dit betreft onder andere informatie die zo cruciaal is dat bij vernietiging geen goede zorg meer kan worden verleend.
4. Wanneer de WGBO niet van toepassing is, waarbij te denken is aan verplichte keuringen door een bedrijfsarts, verplichte contacten in het kader van sociaal-medische begeleiding, of beoordelingen door de verzekeringsarts van het UWV.

Gezien de huidige uitspraak rijst nu de vraag of geconcludeerd mag worden dat het selectief verwijderen van een diagnose het hulpverlenerschap kennelijk niet of onvoldoende aantast. Aantasting van begrijpelijkheid en geloofwaardigheid van het dossier vormen, zo zegt de tuchtrechter, onvoldoende argument om het vernietigingsverzoek af te wijzen. Is nu de verwachting dat met een niet goed te begrijpen en/of, door gebrek aan onderliggende gegevens, gebrekkig onderbouwd dossier toch goed hulpverlenerschap mogelijk is? Eerder, in 2017, in een zaak waarin het ook ging om het verwijderen van een psychiatrische diagnose, gaf het Centraal Tuchtcollege nog aan dat selectieve vernietiging afbreuk zou doen aan de geloofwaardigheid van het dossier en de daarin gestelde diagnose. Het gaf de KNMG aanleiding om op te merken dat aangenomen moet worden dat de arts na verwijdering van de gewraakte tekst geen verantwoorde zorg meer zou kunnen leveren. Deze uitspraak uit 2017 wordt echter in de huidige uitspraak expliciet gepasseerd en dus niet (meer) als bindend beschouwd.

In 2017 speelden overigens tevens twee andere factoren die een uitzondering op de hoofdregel kunnen onderbouwen, namelijk een aanmerkelijk belang van twee andere personen, te weten het belang van de ex-partner en van de arts tegen wie inmiddels een tuchtklacht was aangekondigd. Helaas wordt in de uitspraak niet vermeld waar het belang van de ex-partner uit bestond en of de verschillende factoren op zich voldoende waren om niet te hoeven vernietigen. Helaas geeft de uitspraak van 2017 op deze punten onvoldoende helderheid om ervan te kunnen leren.

Zoals in de huidige uitspraak wordt opgemerkt, en zoals ook de KNMG aangeeft, mag de arts op de betreffende plaats(en) in het dossier vermelden dat gegevens op verzoek van de patiënt zijn verwijderd. De KNMG voegt er expliciet aan toe dat daarbij niet mag worden aangetekend welke gegevens dit betreft, en de correspondentie rondom het vernietigen wordt buiten het dossier bewaard. Uit een eerdere uitspraak van het Centraal Tuchtcollege (2020) blijkt dat ook geen notities in het dossier mogen worden geplaatst die herleidbaar zijn tot de vernietigde gegevens. Het betrof in deze casus vermelding van de arts van wie de verwijderde tekst afkomstig was en vermelding dat een diagnosecode werd verwijderd. Hierdoor was te herleiden dat sprake was geweest van een consult en van een diagnose. De notitie die de arts op de plek van de verwijderde tekst mag plaatsen betreft dus puur de melding dat op verzoek van patiënt ‘iets’ is verwijderd. Let wel: hier wordt het woord ‘mag’ gebruikt, niet het woord ‘moet’. In het dossier mag dus worden vermeld dat ‘iets’ is verwijderd. Het is geen verplichting.

Na een vraag aan de artsen-infolijn van de KNMG, waarin een casus werd geschetst waarbij een patiënt om vernietiging van bepaalde gegevens vroeg omdat ze voorzag dat ze, wanneer de gegevens door het UWV zouden worden opgevraagd, haar arbeidsongeschiktheidsuitkering kwijt zou raken, kwam de KNMG tot de volgende weging en conclusie. Een volledig dossier is essentieel voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg zodat geadviseerd wordt om eerst met de patiënt in gesprek te gaan (zoals ook de tuchtrechter in de huidige uitspraak aangeeft) om bij voorbeeld de achterliggende gedachten op te helderen en een alternatief te kunnen bieden, maar hier lijkt het te gaan om een verzoek met als doel om de boel op te lichten. De arts zou vervolgens kunnen denken dat het hem niet aangaat wat er met het UWV, of andere sociale of particuliere verzekeraar, speelt en dat het nou eenmaal de wetgever is geweest die het vernietigingsrecht in het leven heeft geroepen, maar de arts heeft anderzijds ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid, zoals neergelegd in de artseneed en in de KNMG-regels en richtlijnen. Geopperd wordt dat de arts aangeeft dat hij grote moeite heeft met het meewerken aan frauduleus handelen. Wanneer de patiënt echter in zijn verzoek volhardt zal de arts dit wel uit moeten voeren en zal hij de gevraagde gegevens moeten vernietigen. Zoals zojuist aangegeven wordt geadviseerd dat de arts in het dossier noteert dat tekst is verwijderd (zonder aan te geven welke tekst dat betreft). Als de arts ziet dat een onjuist beeld ontstaat zou hij bij een informatieverzoek als volgt kunnen reageren: ‘wegens een onvolledig dossier kan ik deze vragen niet goed beantwoorden’.

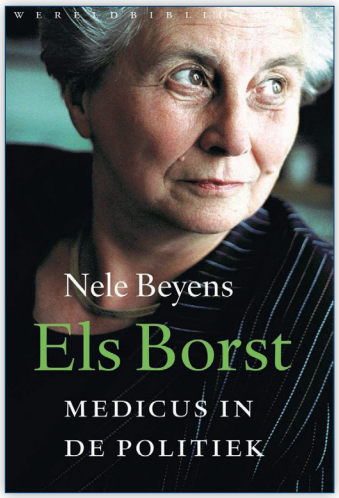
Zelfs wanneer het gaat om ‘de boel oplichten’ en frauduleus handelen zal een arts dus mee moeten werken aan het vernietigen van gegevens, zo stelt de

KNMG. De maatschappelijke verantwoordelijkheid die de arts heeft weegt niet op tegen het recht op vernietiging van de patiënt. De patiënt heeft dus de mogelijkheid om zijn dossiergegevens te sturen, of, zo u wilt, te manipuleren in een door hem gewenste richting. De medisch adviseur zal met deze mogelijkheid rekening moeten houden wanneer hij informatie opvraagt bij een behandelaar, of deze informatie (al dan niet via de belangenbehartiger) aangeleverd krijgt. Mocht u, naar aanleiding van een gerichte vraagstelling, de reactie ontvangen dat de vragen niet goed te beantwoorden zijn wegens een onvolledig dossier, denk dan niet enkel aan bij voorbeeld een computercrash als oorzaak, of een gebrekkige overdracht van een oude naar een nieuwe praktijk, maar ook aan onvolledigheid als gevolg van verwijderen van gegevens door de patiënt; het moet door de behandelaar cryptisch omschreven worden, maar houd rekening met deze uitleg. Bovendien is mogelijk dat u informatie ontvangt die er op het oog normaal uitziet maar die tot stand gekomen is na het selectief verwijderen van gegevens. Het is immers geen verplichting voor de arts om een notitie te maken wanneer gegevens zijn verwijderd. Hij mag dat doen, maar moet het niet, en om gedoe te voorkomen zou voor dit laatste gekozen kunnen worden. Ook hier geldt dus: houd rekening met de mogelijkheid dat gegevens die u ontvangt selectief bewerkt zijn.

Met de huidige uitspraak wordt duidelijk dat ontstaan van een onvolledig, in begrijpelijkheid en geloofwaardigheid aangetast dossier geen belemmering vormt om tot selectieve vernietiging van gegevens over te gaan. Het opent de weg tot het in een gewenste richting sturen, of manipuleren, van dossiergegevens. Als we nu terugkeren naar de geciteerde zin waarmee ik deze column opende, *als een patiënt mag kiezen voor vernietiging van het integrale dossier, heeft hij ook de minder vergaande optie van selectieve vernietiging*, dan geven de woorden ‘minder vergaande optie’ mij een groot vraagteken. Is selectief bewerken van dossiergegevens minder vergaand dan vernietigen van een heel dossier? Ik vermoed dat u mijn reactie op deze vraag kunt raden.

Voor u gelezen

ELS BORST, MEDICUS IN DE POLITIEK
Auteur:
Nele Beyens
Uitgeverij:
Wereldbibliotheek
EAN: 9789 0284 514 83



Op de achterflap staat:
“Els Borst - geboren Eilers - (1932-2014) was van 1994 tot 2002 namens D66 minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de paarse kabinetten-Kok. Zij stond aan de basis van ons huidige zorgstelsel en was voor veel Nederlanders een van de betrouwbaarste en geliefdste politici van die tijd. Toen Borst op tweeënzestigjarige leeftijd minister werd, had zij een lange carrière in de gezondheidszorg achter de rug. Opgeleid als arts was zij onder meer medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, vicevoorzitter van de Gezondheidsraad en bijzonder hoogleraar evaluatieonderzoek van het klinisch handelen aan de Universiteit van Amsterdam. Als minister voerde zij de wettelijke regeling voor euthanasie en hulp bij zelfdoding in, de eerste ter wereld. Zij maakte serieus werk van de strijd tegen het roken, voerde een donorregistratie in, gaf patiënten medezeggenschap in de zorg, bereidde de invoering van de basisverzekering voor, en dit is nog slechts een selectie. *Els Borst. Medicus in de politiek* is een pakkende biografie over een vrouw die als moeder van drie jonge kinderen stap voor stap een indrukwekkende loopbaan wist op te bouwen. Nele Beyens mocht daarbij gebruikmaken van de persoonlijke archieven van Els Borst en van haar familie. Deze biografie bood haar daarnaast de gelegenheid de fascinerende geschiedenis van vijftig jaar Nederlandse gezondheidszorg bloot te leggen.”
Els Borst komt naar voren als een intelligente, nuchtere, vooruitstrevende en flexibele vrouw, die haar tijd vooruit was. Geen Dolle Mina, niet op de barricaden van het feminisme, maar zeker geen doetje. Zij werd anders dan tegenwoordig (nu mannen in de geneeskunde in de minderheid zijn) opgeleid in een tijd waarin vrouwen in de geneeskunde niet vanzelfsprekend waren. Zij stond pragmatisch en praktisch in het leven.

Zij liet voor haar werk de zorg voor haar kinderen gemakkelijk over aan een kindermeisje, maar schroomde anderzijds niet om huishoudelijke taken en gezins-/zorgtaken op zich te nemen en haar carrière opzij te zetten. Als directeur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (vanaf 1977) maakte zij zich onder andere sterk voor een betere samenwerking tussen medische faculteit/universiteit en ziekenhuis. Verder was zij betrokken bij de verhuizing van het Academisch Ziekenhuis Utrecht van de binnenstad naar de Uithof en bij bezuinigingen in de zorg, want in de naoorlogse periode stegen de kosten van de gezondheidszorg enorm. Dit kwam door een betere toegankelijkheid (geïnitieerd door Het Ziekenfondsbesluit, 1941) maar ook door vooruitgang in medisch kennen, kunnen en handelen. De alarmbel over de stijgende zorgkosten werd al geluid in de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Jo Hendriks (1974). De hierin aangekondigde hervorming van het ziektekostenstelsel werd pas geëffectueerd in 2006 (verplichte basiszorgverzekering en een door de overheid gereguleerde marktwerking). Als medisch directeur was zij ook betrokken bij het blussen van branden en brandjes en bij een aantal schandalen rond medisch specialisten. Patiëntenbelang stond altijd hoog in haar vaandel. In 1986 zette zij haar carrière voort als vicevoorzitter van de Gezondheidsraad.
Op 11 februari 1993 sprak zij haar oratie 'Geneeskunde op recept?' uit bij de aanvaarding van het hoogleraarschap bij het AZUA (Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam). Kern hiervan: gedegen klinisch onderzoek en een systematische evaluatie van de resultaten (Cochrane reviews, evidence based medicine) zijn belangrijk voor verbeteren van de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid van de zorg. Bij de parlementsverkiezingen in 1994 behaalde D66 met Hans van Mierlo veel stemmen, goed voor 24 zetels. Er werd toen een eerste paars kabinet gevormd (met Frits Bolkestein en Wim Kok). Els Borst (al jaren D66-lid) werd in dit kabinet op 62-jarige leeftijd minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op 31 mei 1997 werd zij door Hans van Mierlo als kandidaat-lijsttrekker aangekondigd met de woorden: "Het is een meisje en we noemen haar Els".
Zij beschouwde de politieke benoeming als een grote verantwoordelijkheid en als een eer. Zij had naar eigen zeggen na het overlijden van haar man en toen de kinderen de deur uit waren voldoende tijd om in de weekeinden loodgieterstassen met dossiers door te lezen. Zij had nooit een carrière in de politiek geambieerd, maar was er tegelijkertijd goed op voorbereid. Speerpunten waren de financieringssystematiek in de zorg, de samenstelling van het verzekeringspakket en de verhouding tussen de verantwoordelijkheden van overheid, verzekeraars, zorgaanbieders en burgers.
Zij werd in de pers beschreven als een vakminister die zelf afkomstig was uit de gezondheidszorg en zij cultiveerde dat beeld bewust ("dat weet ik uit mijn ervaring in mijn vroegere werkkring"). Zij was dokter Borst, de arts van Nederland. De persona, een bewust vormgegeven sociale identiteit van de vakminister en de 'arts in de politiek' hebben evident een rol gespeeld in het bewind van Els Borst. Zich profileren als arts was een tweede natuur en tegelijk strategisch. Niet alleen ministerie en de pers, maar ook de medische beroepsgroep was blij met een arts als vakminister. Over haar gebrek aan politieke ervaring maakte niemand zich zorgen. Zij kon prima te rade bij haar zeer ervaren staatssecretaris Erica Terpstra. Haar eerste doel als minister was herstellen van de verhouding tussen ministerie en de mensen aan de basis (huisartsen en medisch specialisten). De strakke begrotingsdiscipline van het eerste paarse kabinet (de Zalm-norm) leidde tot problemen op het gebied van de gezondheidszorg; de stijgende zorgkosten waren politiek al lang een hoofdpijndossier. Tijdens haar periode als bewindsvrouw kreeg ze te maken met een groot aantal medisch-ethische kwesties. Ze werd vooral bekend als voorvechtster om euthanasie niet meer strafbaar te stellen. De wet 'Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' trad op 1 april 2002 in werking (de arts dient zich bij de uitvoering van euthanasie wel aan wettelijk vastgelegde zorgvuldigheidseisen te houden en achteraf dienen evaluatiecommissies aan te geven of de juiste regelingen in acht genomen zijn). Bovenal werd haar ministerschap echter bepaald door de financiële problemen van de vergrijzing en de toenemende medisch-technische mogelijkheden. Keer op keer moest ze vechten voor verhoging van haar financiële middelen. Om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen voerde ze een regeling in waarbij aan veelvoorkomende medische ingrepen een budget werd toegewezen. Dit leidde ertoe dat operatiekamers leegstonden terwijl er wachtlijsten ontstonden. Borst heeft als minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een wetgevingsoeuvre van meer dan honderd wetten op haar naam staan.

Mijn visie:
De zeer positieve recensies op de achterflap zijn veelbelovend. Het is een vrij lijvig (480 bladzijden, waarvan 105 met voetnoten en bronvermelding) boek en bevat een zeer (te?) gedetailleerde verslaglegging van haar jeugd, opleiding, studie, gezin, medische loopbaan en politieke carrière.
Ik kon het niet snel lezen. Ik kon het ook niet te lang wegleggen, want dan moest ik een flink stuk teruglezen om de draad weer op te pakken. Hoe de specialisatie tot immuno-hematoloog precies verliep is mij niet helemaal duidelijk geworden. Uit

meer passages blijkt dat de auteur geen medische achtergrond heeft. Hoe dan ook, het is een complete en lezenswaardige biografie die naast de drievoudige rol van Els Borst (vrouw/moeder, een medicus die haar mannetje stond en een integer en onderscheidend politicus) een beeld schetst van de medische opleiding in de jaren vijftig van de vorige eeuw en een beeld van de politieke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Herkenbaar en nostalgisch voor leeftijdgenoten.

Carla Lelieveld

De scoop op …

C. Lelieveld

Monique Piegza*

Monique ontvangt mij in haar kantoor in 'Het Glasgebouw', een historisch gebouw van circa 10.000 vierkante meter op het voormalige Philips terrein Strijp-S. te Eindhoven. In Het Glasgebouw produceerde Philips gloeilampen. Sinds enige jaren biedt Het Glasgebouw een onderkomen aan bedrijven. Daar is haar medisch adviesbureau Tolsma Consult gehuisvest.

Monique, de meeste lezers van GAVscoop kennen jou als oud-voorzitter van de GAV, maar kun je ons iets meer vertellen? Waar kom je vandaan, wie is jouw vader, wie is jouw moeder, waar liggen jouw roots?
Mijn grootvader is geboren in Polen. Voor de eerste wereldoorlog kwam hij via Tsjecho-Slowakije (waar hij mijn grootmoeder ontmoette) terecht in de mijnen in Noord Frankrijk. Daar is mijn vader geboren. Na de eerste wereldoorlog verhuisde het gezin naar Zuid Limburg. Mijn vader moest tegen zijn zin op zijn 14e aan het werk in de mijnen. Na korte tijd kreeg hij "last" van zijn knieën. Hij heeft daarna gesolliciteerd bij Bata in Best en is daar aangenomen, waarna hij al snel is opgeklommen tot filiaalmanager. Hij heeft in verschillende steden als een soort crisismanager gewerkt tot de kinderen kwamen. Toen was mijn moeder het verhuizen zat en hebben mijn ouders zich gevestigd in Sittard. De roots van mijn moeder liggen in Brabant en de Belgische Ardennen. Ik ben geboren en getogen in Sittard.

Dat is een internationale familie. Geeft een verklaring voor jouw naam, die exotisch klinkt. Wat is de goede uitspraak?
Officieel klinkt het ongeveer als piëg-dzja (fonetisch). Zelf zeg ik Piegza, zoals je het schrijft. Leidt wel tot misverstanden, want als ik Piegza zeg wordt daar van alles van gemaakt, inderdaad, ook pizza en piëzo.

* M. Piegza, bedrijfs- en verzekeringsarts/RGA, eigenaar/medisch adviseur Tolsma Consult, prominent GAV-lid en oud-voorzitter van de GAV.

Wat was jouw toekomstdroom als klein meisje (later als ik groot ben….?
Ik wilde van jongs af aan uitsluitend geneeskunde studeren. Toen op de middelbare school vanwege het lotingssysteem werd gevraagd naar eerste, tweede en derde studiekeuze vulde ik driemaal geneeskunde Maastricht in. Het was niet echt een roeping, meer een evidentie. Ik wilde geneeskunde studeren in Maastricht en anders niet. Ik spalkte bijvoorbeeld als 10-jarige de poten van onze hond met potloden….
Na het voortgezet onderwijs heb ik bewust voor de medische faculteit in Maastricht gekozen, vanwege het vrije onderwijssysteem. Ik begon in 1981, vrij snel na de oprichting van de universiteit van Maastricht (officieel in 1976). Er waren destijds vier artsexamens per jaar en een skillslab toets, de bloktoetsen telden niet mee. Het was de bedoeling om een stijgende score te behalen die werd afgemeten aan het gemiddelde van dat jaar. Als je dat haalde was het goed, voor de rest kon je het jaar en de te bestuderen onderwerpen redelijk vrij invullen, als je maar voortgang boekte. Mijn eerste jaar was relatief zwaar, omdat er onder andere een aantal fysiotherapeuten waren die door hun kennis van anatomie en van het bewegingsapparaat het gemiddelde flink opdreven, maar dat normaliseerde al snel.

Hoe was jouw studententijd?
Mijn studententijd was saai, want als ik ergens aan begin moet het zo snel mogelijk af zijn. Ik ben al na vijf jaar en acht maanden afgestudeerd. Tegen mijn kinderen heb ik altijd gezegd: doe het niet zoals ik het gedaan heb, neem de tijd. Ik was heel doelgericht bezig en puur gericht op het behalen van het diploma. Ik heb nauwelijks deelgenomen aan het studentenleven, voor zover dat toendertijd bestond. Er waren maar twee faculteiten (geneeskunde en rechten) in Maastricht en er was maar een studentenvereniging (Circumflex). Het idee was toentertijd om de studenten te integreren in de stad Maastricht, er was dus geen campus en er bestond geen duidelijke studentencultuur. Dus ja, ik heb vooral gestudeerd en niet gefeest. Overigens heb ik dat na mijn studententijd wel ruimschoots gecompenseerd.

En hoe ging het daarna?
Toen ik klaar was waren er tweeduizend werkeloze basisartsen. Na mijn co-schap bood men mij een plaats op de afdeling algemene heelkunde bij Co Greep. Dat was erg leuk. Ik was de eerste vrouw in dat specialisme daar toen (1987) en ik heb het daar prima naar mijn zin gehad. Op enig moment stapte ik over naar hartchirurgie in Maastricht, ook als eerste vrouw bij hartchirurg Olaf Penn.
Ik had destijds de keuze uit een aantal opleidingsplaatsen en toch vroeg ik mij op enig moment af: Piegza, wat wil je nou echt? Want ik heb een brede interesse. Plastische chirurgie was mijn droom en ik had een plaats in Groningen, maar daarop had ik zeven jaar moeten wachten, want ik kon pas terecht in 1994. Ik had de tijd kunnen vullen met onderzoek, maar onderzoek ligt mij niet. Ik kan niet vier jaar lang met een onderwerp bezig zijn, dan slaat de paniek toe. Maar ja, wat dan? Openhartchirurgie is aan de ene kant geweldig, maar aan de andere kant beperkt tot maar een heel klein deel van het menselijk lichaam. Ik vond het nogal wat om je daar een carrière lang toe te moeten beperken. Ik zag dat toen (op 24-jarige leeftijd) niet zitten en dat was het moment waarop ik mij breder ben gaan oriënteren. En zo kwam ik terecht bij Detam (Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen) in de functie van verzekeringsarts. Nu had Detam vooral winkels onder zijn hoede zonder bedrijfsartsen, dus feitelijk was het een dubbele functie omdat je die ook bezocht. Ik herinner mij dat chirurg Cees-Rein van de Hoogenband destijds tegen mij zei: maar Monique, je kunt toch gewoon medisch specialist worden? Ik antwoordde: Cees-Rein, ik word medisch specialist, alleen op een ander gebied.

Dus de keuze voor sociale geneeskunde is bepaald door de wachttijd voor je met de opleiding plastische chirurgie kon beginnen.
Dat klopt.

Heb je nooit heimwee gevoeld naar de hectiek van de curatieve sector?
Nou nee, niet echt. Als het werk klaar is, is het klaar. Dat was voor mij in de chirurgie niet anders dan elders of nu. Als ik iets wil, dan ga ik ervoor. Ik houd van efficiency, doorwerken. Dus als ik er dan toch was, dan wilde ik wel graag iets doen. Daarom opteerde ik bijvoorbeeld voor de diensten met oud en nieuw of met carnaval, dan was er tenminste iets te doen. Lange werkdagen vond ik prima, maar als het werk gedaan was hoef je niet te blijven rondhangen. Wat ik misschien wel een beetje miste was de praktische kant, het iets doen met je handen. Daarom heb ik (veel later) een cursus acupunctuur gevolgd, meer ter oriëntatie en voor achtergrondinformatie. Dat is iets heel anders. Ik stel mij voor wat dit betreft openminded op, ik vind het meer verbreding, niet perse onzin. Ik deel het standpunt van Renckens niet, dat vind ik vrij ongenuanceerd, vooral omdat hij alles over één kam scheert zonder zich te verdiepen in de materie.

Hoe ging het verder bij Detam?
Na enige tijd vond ik het tijd om verder te kijken dan Limburg, ook omdat het idee bestaat dat Limburgers altijd in Limburg blijven hangen. Ik wilde dan graag naar Amsterdam en zo kwam ik terecht bij de BVG in Amsterdam/Haarlem. Ik heb daar ongeveer acht jaar met plezier gewerkt als geregistreerd bedrijfs-/verzekeringsarts. In die periode ontstonden de

arbo-diensten en zo kwam ik terecht bij Avios, de arbo-dienst van de BVG, waar ik de operationeel manager van kantoor Amsterdam werd. In die periode ontmoette ik een leuke man, met wie ik uiteindelijk naar Eindhoven ben verhuisd.

Hoe heb jij je carrière voortgezet?
Na een periode bij de Philips arbodienst ging ik werken voor WOSM (Wijers, Oostdijk, Schipper & Van Mook; een commercieel bureau voor verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen), een kleine organisatie met het hoofdkantoor in Zeist, die helaas niet meer bestaat. Ik werkte vooral als bedrijfsarts, ik had topbedrijven. Maar ik zei dan ook: jullie willen mij wel hebben, maar ik wil wel even onderzoeken of ik jullie ook wil hebben. Er moet een klik zijn, anders werkt het niet. De werkzaamheden raakten steeds meer geprotocolleerd en ik vind protocollen op zich prima, alleen ontslaan die je niet van de verplichting om zelf na te denken. Dan kun je net zo goed het werk door een aap laten doen, als die maar de juiste kaart pakt. In 2004 attendeerde Bart Linders mij op een vacature bij Interpolis. Door een eerdere kennismaking met de private sector (mannen in driedelige pakken) leek dat niet bij mij te passen, misschien ooit, als ik 60 zou zijn. Maar Interpolis was anders. Het was een groot bedrijf maar gaf het gevoel van een kleine organisatie. Ze werken vanuit vertrouwen en uiten dat naar cliënten, maar ook naar de medewerkers. Ik heb daar met veel plezier gewerkt als medisch adviseur letselschade. Dat was de overstap naar de private sector. Na een fusie met Achmea heb ik het een jaar aangezien, of er een match was. Die was er niet, want na verloop van tijd bleek dat met name de bedrijfscultuur erg anders was, formeler. Ik speelde al een tijdje met het idee om voor mijzelf te beginnen en toen Frans van den Wildenberg mij op enig moment op een opdrachtgever attendeerde heb ik de sprong gewaagd en ging ik als zelfstandige door. Best spannend.

Inderdaad, een sprong in het diepe. Was een opdrachtgever genoeg?
Nee, dat was het niet. Maar het werk kwam op enig moment vanzelf naar mij toe. Het is een kleine wereld. Ik wil mijzelf niet op de borst slaan, maar kwaliteit blijft niet onopgemerkt. Mijn adviezen kenmerken zich door respect, nuance en eerlijkheid. Professionele integriteit is belangrijk voor mij en kennelijk wordt dat gezien.

Adviseer je voor slachtoffers of voor verzekeraars?
Ik heb nooit echt gekozen. Ik werk voor verzekeraars en ook wel voor belangenbehartigers. Soms ben ik de enige medisch adviseur in een zaak, dus adviseer ik beide zijden. Een soort van I-medisch adviseur dus. Dat concept is niet zo nieuw. Mijn standpunt is dat het slachtoffer krijgt waar hij/zij recht op heeft. Meestal gaat het goed en verloopt het proces in redelijkheid, maar er zijn uitzonderingen.
Ik heb een speciale interesse in neurotrauma en beroepsgerelateerde aandoeningen.
Voor een juiste beoordeling van wat als beroepsziekte dient te worden aangenomen is consistente en specifieke informatie noodzakelijk. Er is nu een keurmerk voor letselschade, dat is een goede ontwikkeling. Vanuit de GAV vind ik het voor de herregistratie RGA belangrijk dat verzekeringsartsen specifieke nascholing volgen met aandacht voor letselschadeonderwerpen. Zelf volg ik een regelmatig internationaal revalidatiecongres. In een week tijd ben je over de hele linie up to date geïnformeerd, intensief, maar enorm leerzaam. Ik ontmoet daar nooit collega's, dat vind ik eigenlijk wel jammer.
Als lid van de VG-dagencommissie hoor ik bij evaluaties wel eens kritische geluiden van collega's die zich afvragen wat zij met het gebodene kunnen in de spreekkamer. Ik vind dat een medisch adviseur best iets verder mag kijken dan de praktische aspecten in de spreekkamer, maar dat komt waarschijnlijk door mijn bredere interesse.

Kun je iets vertellen over werkzaamheden naast het advieswerk?
Ik ben altijd actief geweest in commissiewerk (onder andere de onderwijscommissie van de GAV), daarnaast was ik actief voor de EUMASS (als GAV-voorzitter viel dat niet te combineren) en voor de ICLAM. Ik vind het leuk om met veel dingen tegelijk bezig te zijn, ik kan mij goed focussen. En ik vind heel veel dingen leuk. Zo bedacht ik mij vorig jaar dat ik nog nooit een artikel had geschreven. Dat heb ik toen gedaan. [1] Het was meer werk dan verwacht. Het vooruitzicht om jaar in jaar uit met hetzelfde bezig te zijn schrikt mij af, van nieuwe dingen ondernemen krijg ik ook energie. Ten slotte geef ik les aan juristen (advocaten, belangenbehartigers) via Kerckebosch. Ik geef twee modules: 'whiplash en de beperkingenvraag' en 'huishoudelijke hulp; het 'ondergeschoven kindje' in de letselschaderegeling'. Mensen willen graag een 'kookboek'; dat krijgen ze niet. Er is geen antwoord mogelijk op de vraag hoeveel uur huishoudelijke hulp noodzakelijk is in een bepaalde situatie. De juiste vraag dient te zijn welke beperkingen er bestaan. Ik geef handvatten en probeer de juristen te doen inzien dat 100% zekerheid in de geneeskunde niet bestaat. Dat is wel een ding. Wat ik doe is juristen leren om een zinnige vraag te stellen, waarop een betekenisvol antwoord te verwachten is.
Voor wat betreft de werkzaamheden voor ICLAM: juist vorige week werd bekend dat Japan het congres heeft afgeblazen. Het was al verplaatst naar 2023. Het uitstel (tot 2025!) heeft te maken met corona. Mijns inziens zou het mogelijk moeten zijn om in 2023 of in 2024 een congres te organiseren, eens te meer als het in Europa zou worden gehouden en ik heb me alweer aangeboden om mee te denken over

de organisatie. We overleggen regelmatig (zoom) en het organiseren van dingen vind ik leuk. En daar ben ik ook goed in. Ik stel mij pragmatisch op; het aantal bezoekers bepaalt de locatie en de catering en ik ben prijsbewust.

Recent was je betrokken bij een nieuwe onderneming in medische dienstverlening met de naam Intermedes. Hoe gaat het daarmee?
Intermedes is een joint venture met een aantal takken. Het heeft een tak één medisch advies (tijdelijk geparkeerd), een poot coaching en intervisie (daar houd ik mij mee bezig) en een tak expertises; mijn collega directeur Marieke van Oorsouw verzorgt feitelijk de back office voor deskundigen; denk aan administratie, logistiek, termijnen bewaken. De coaching en intervisie is een periodieke intercollegiale toetsing waarin casuïstiek besproken wordt conform de richtlijnen en checklist van de NVMSR. Dit kan ook voor externe experts worden verzorgd.

Veel collegae kennen jou als voorzitter van de GAV. In jouw columns namens het GAV-bestuur deed je regelmatig een oproep aan de leden om actief te worden en zich aan te melden voor een bestuurs-/ commissiefunctie. Wat vind je ervan dat de GAV er tot op heden niet in geslaagd is om een opvolger te vinden?
Ik vind het jammer dat het bestuur niet voltallig is. Bestuurswerk met een aantal gemotiveerde collega's is enig om te doen en levert waardevolle bestuurservaring. Ik heb geen idee waarom niemand zich meldt voor een bestuursfunctie. Mogelijk bestaat er angst over de tijdsinvestering. Maar als bestuurslid kom je op plaatsen/in gremia die ertoe doen, die het verschil kunnen maken voor je collega's. Misschien zou het helpen om een directeur aan te stellen in een betaalde functie, zodat de bestuursleden zich alleen bezig kunnen houden met besturen. Deze vacature staat inmiddels online maar de animo is beperkt. De GAV is zeer belangrijk voor verzekeraars en voor advocaten. Veel verzekeraars eisen van een medisch adviseur dat die RGA (register geneeskundig adviseur) is of althans aangesloten is bij de GAV. Ook neemt de GAV standpunten in om medisch adviseurs te beschermen. Als lid van het regionaal Tuchtcollege zie ik het aantal tuchtzaken de laatste jaren toenemen. De GAV heeft hier een belangrijke toegevoegde waarde omdat de standpunten van de vereniging door de tuchtcolleges als maatstaf worden genomen. Als de GAV niet zou bestaan vallen de verzekeringsartsen onder de NVVG en wordt dat de standaard met alle gevolgen van dien. Ik denk dat veel (jongere) collegae zich dat onvoldoende realiseren. Nu komen we bij mijn stokpaardje. Toen ik voorzitter was van de onderwijscommissie wilde de GAV professionaliseren en groter worden. Aansluiting bij een andere partij leek wenselijk. De NVVG lag het meest voor de hand. We wilden RGA's de mogelijkheid bieden om zich om te scholen tot verzekeringsarts. Roelien Hadders kwam met het idee om zelf een opleiding aan te bieden. Samen met Jan Hoevenaars (lid onderwijscommissie) hebben wij de "GAVschool" opgericht en werd de zij-instroomopleiding tot verzekeringsarts aangeboden. Verzekeringsartsen konden vervolgens een aanvullende opleiding volgen, waarna de RGA-aantekening kon worden behaald. In dezelfde tijd speelde het idee om een koepel verzekeringsgeneeskunde op te richten. Na een voortvarende start stagneerde dat. De NVVG zag in het plan geen meerwaarde meer en toen is het gestopt. Vervolgens rees de vraag of het de bedoeling was dat iedereen verzekeringsarts blijft. Het was een keuze. In het verleden was de RGA-opleiding namelijk ook mogelijk voor niet-verzekeringsartsen. Moest de kans nu opnieuw worden geboden aan niet-verzekeringsartsen? Een herregistratie als verzekeringsarts zou immers niet identiek moeten zijn aan die van RGA. In overleg met Edwin Khoe van de registratiecommissie werden er nieuwe eisen opgesteld voor de RGA-herregistratie (een aantal uren per week werkzaam zijn als medisch adviseur en specifieke nascholing gericht op private onderwerpen). Toen dat rond was werd het ter stemming ingebracht. Toen zei iemand: maar waarom moet je dan verzekeringsarts zijn? Als de registratie van verzekeringsarts verloopt, kun je dan niet gewoon RGA blijven, een situatie die nu voor een aantal leden geldt? Om de mening van de leden hierover te peilen werd een enquête rondgestuurd, waarvan de uitkomst was dat 70% zei: loslaten, bied ook collega's die geen verzekeringsarts zijn die opleiding aan. Dus je hoeft niet per se verzekeringsarts te zijn om RGA te worden. Hierna volgde een nieuw voorstel, dat ter stemming werd ingebracht. En toen kwamen er vragen. Lang verhaal kort: we hadden gehoopt dit onderwerp af te ronden voor de bestuurswisseling en dat is niet gelukt tot op heden. Het laatste nieuws was dat er weer een vragenronde zou komen na een voorlichtingssessie op een ALV. Door de beperkte bestuursdeelname is de zaak kennelijk nu helemaal on hold gezet.

Dat lijkt onbevredigend.
Dat klopt. De situatie ontstaat dat niet verzekeringsartsen een uitspraak doen over belastbaarheid. En aan de andere kant zijn er verzekeringsartsen zonder enige klinische ervaring die de meest complexe letsels beoordelen. In een RGA-opleiding , die je zelf vorm geeft, kan aan dit soort aspecten aandacht besteed worden. Als je een opleiding aanbiedt aan een verzekeringsarts-RGA of aan een medisch specialist RGA, is het

redelijk dat die persoon lid wordt van de vereniging. Het is niet realistisch om een medisch adviseur/ voormalig medisch specialist die werkzaam is als medisch adviseur een volledige 5-jarige opleiding tot verzekeringsarts te laten volgen, terwijl een RGA-cursus prima zou volstaan. Die groep collega's wordt overgeslagen. Misschien zie ik iets over het hoofd, maar ik vind het een win-winsituatie. Binnen de AOV zou een VG-registratie zeker een meerwaarde hebben, binnen de letselschade is echter ook de klinische blik van belang. In de herregistratie-eisen zou dat kunnen worden meegenomen, dus dat een medisch adviseur letselschade een specifieke nascholing volgt gericht op een letselschadeonderwerp en vice versa.
Kortom: er zijn massa's leuke uitdagingen voor onze beroepsgroep en er is nog veel ruimte voor verbetering.

Wat zijn jouw dromen/ambities?
Mijn werk biedt voldoende uitdaging. Organiseren van grote internationale congressen zou ik nog wel eens willen doen. En het houden van een grote presentatie in het buitenland. Maar eigenlijk ben ik niet bezig met langetermijnplanning. Ik zie wel wat er op mijn pad komt en tot nu toe werkt dat goed voor me. Er zijn veel uitdagingen en interessante dingen. Ik denk dat wij een zeer leuk vak hebben, al zie ik wel een verharding ontstaan in de loop der jaren waarbij er meer op de persoon gespeeld wordt als iets op inhoud niet kan worden weerlegd. Gelukkig betreft dat een minderheid van de gevallen. Eerlijkheid en integriteit zijn belangrijke waarden.

Ten slotte: heb je hobby's/interesses die je met ons wilt delen?
Ik heb altijd op redelijk hoog niveau gezongen. Ik heb ooit meegedaan aan 'Una voce particolare' met Ernst Daniel Smid. En ik heb meegezongen in het Nederlands Concertgebouwkoor. Toen ik kinderen kreeg had ik daar geen tijd meer voor. Ik heb een zoon en een dochter, beiden volwassen uitwonend. Mijn dochter is bijna klaar met de opleiding bewegingswetenschappen in Amsterdam en mijn zoon heeft international business gestudeerd bij Nijenrode. En ik mag graag klussen, nu bijvoorbeeld in mijn pied á terre in Amsterdam. Ik zing nu alleen nog voor de lol. Met een vriendin volgde ik pas een workshop burlesque, dat is een soort van vijftiger jaren dansen. Doe ik met 5 vriendinnen. En ik kook graag, bijvoorbeeld voor vrienden. Experimenteren met koken voor vrienden heb ik echt gemist tijdens de corona-lockdowns. Zij hopelijk ook.

Je kunt vol trots terugzien op jouw even tot nu toe. Hoe zie jij je toekomst tegemoet?
Voor wat betreft het verleden: ik heb altijd gedaan wat op mijn pad kwam, ik ben er niet per se trots op, ik vond het nooit bijzonder, ik deed het gewoon.
En de toekomst zie ik vol vertrouwen tegemoet, zowel voor wat betreft mijn kinderen als voor wat betreft het werk. Ik heb een vervelende periode achter de rug, privé, door corona met al die lockdowns en door de winter waar ik geen liefhebber van ben en nu de situatie rond Oekraïne. Maar de wereld gaat weer open, de lente begint, tijd voor een positieve blik op de toekomst.

Referenties

1. Piegza, M., Boiten, M.R., Het medisch advies in relatie tot de belastbaarheid in alle domeinen. Een nauwere samenwerking tussen de medisch adviseur en de personenschade-expert. GAVscoop jaargang 25, nummer 1, april 2021.
2. Piegza, M., Beroepsziekte of beroepsgebonden aandoening: Het perspectief van de medisch adviseur Quintesse - Jaargang 10 - editie 1 - Nummer 1 | Beroepsziekten.

Vet belangrijk

Webinar door / interview met en boek van prof. dr. Liesbeth van Rossum

C. Lelieveld

Inleiding

Overgewicht c.q. obesitas is een omvangrijk en toenemend gezondheidsprobleem.
Prof. Dr. Liesbeth van Rossum is internist-endocrinoloog in het Erasmus Medisch centrum Rotterdam (EUR) en zij is een expert op het gebied van obesitas. Ter voorbereiding op een interview deed zij een link toekomen naar een door haar gepresenteerde webinar[1]. Daarnaast kwam ik op het spoor van een door haar samen met Mariëtte Boon gepubliceerd boek ('Vet belangrijk', feiten en fabels over voeding, vetverbranding en verborgen dikmakers, 2019[2]). Onderstaande treft u een beknopte weergave van de webinar, het interview en een korte bespreking van het boek.

Wat zijn de gevolgen van overgewicht

Overgewicht wordt gedefinieerd aan de hand van de body mass index (BMI; gewicht gedeeld door lengte in het kwadraat; <18,5 kg/m2ondergewicht, 18,5-25 kg/m2 normaal gewicht, ≥ 25-30 kg/m2 overgewicht, ≥ 30 kg/m2 obesitas). Ruim de helft van Nederland heeft een BMI van≥ 25, dus overgewicht. Eigenlijk gaat het niet zozeer om het gewicht, maar om de hoeveelheid vetmassa en met name het buikvet. Vet is een orgaan, niet alleen een isolatielaag. In vet worden wel honderden hormonen en andere stoffen gemaakt, die in verbinding staan met bijvoorbeeld de hersenen of de darmen. Bij iemand met te veel buikvet worden ontstekingsstoffen aangemaakt in het vet en ontstaat er een disbalans in de vethormonen hetgeen kan leiden tot diverse complicaties zoals onder andere suikerziekte, hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker, depressie, onvruchtbaarheid, gewrichtsklachten, stoornissen in de werking van het immuunsysteem en een ernstiger beloop van COVID-19 en andere infecties.

Leefstijl en hormonale eetlustregulatie

Een ongezonde leefstijl (te veel eten, te weinig bewegen) is een belangrijke maar niet de enige oorzaak van overgewicht. In de spreekkamer gaat het vaak alleen daarover. Maar veel van het gewicht wordt ook mede bepaald door andere factoren. Zo wordt de helft van de gewichtsregulatie al bepaald door de genetische aanleg. En hoe die interactie heeft met omgevingsfactoren. Ook de afstelling van (o.a. eetlust-)hormonen ligt gedeeltelijk genetisch vast. De eetlustregulatie vindt plaats als volgt: bij het ruiken of zien van voedsel ontstaat een hongergevoel en wordt het o.a. hongerhormoon ghreline aangemaakt. Dan ga je eten. Op enig moment stop je met eten, omdat de maag vol zit, maar ook omdat de aanmaak van darmhormonen op gang wordt gebracht. Die verzadigingshormonen uit de darm en onder andere leptine uit vetweefsel geven een verzadigingssignaal aan de hypothalamus en resulteren in remmen van de eetlust. Je kunt daar overigens prima doorheen eten, want na een meergangendiner is er vaak toch nog ruimte over voor een toetje. Hierbij speelt het hedonisch systeem een rol, dat is een beloningssysteem uit de hypothalamus onder andere door de gelukshormonen dopamine, serotonine en endocannabinoïden. Die hormonen veroorzaken een sterk belonend gevoel (spelen ook een rol bij verslaving). Leptine is een zeer sterke regulator die de eetlust kan afremmen en de verbranding kan aanzetten. Leptine wordt geproduceerd in de vetmassa van het lichaam en koppelt terug aan de hypothalamus hoeveel vet er is in het lichaam. Als er veel lichaamsvet is wordt er veel leptine geproduceerd waardoor er minder eetlust/trek ontstaat en daalt de voedselinname. Tegelijk wordt de verbranding gestimuleerd en gaat het metabolisme omhoog. Dit regelmechanisme kan verstoord raken. Als eenmaal sprake is van obesitas door welke oorzaak dan ook (ongezonde leefstijl, traagwerkende schildklierfunctie of een of meer van de talloze andere oorzaken) dan raakt het vet ziek, is de communicatie met het brein verstoord en werkt je lichaam je tegen. Dit geldt bijvoorbeeld voor wie afgevallen is na obesitas. Het lichaam is als het ware geherprogrammeerd en wil terug naar de oude situatie (hoger lichaamsgewicht). Daarom is afvallen moeilijk, maar niet onmogelijk. Even op dieet is onvoldoende voor een blijvend resultaat doordat de eetlusthormonen dan verstoord kunnen raken. Dus 'op dieet gaan' is niet een manier om langdurig af te vallen. Wat wel kan werken is een blijvend gezondere leefstijl, waarbij ook aandacht is voor veel beweging, voldoende ontspanning en slaap. Ook is het is belangrijk om zoveel mogelijk onbewerkte producten te eten, want bij het eten van sterk bewerkte producten kunnen ook de eetlusthormonen verstoord raken. Hierdoor treedt er pas later een

* internist-endocrinoloog, Erasmus MC

verzadigingsgevoel en eet je automatisch meer. Dus eet zo min mogelijk uit pakjes en zakjes, maar koop producten die nog herkenbaar zijn als het originele product en geen toevoegingen bevatten. De richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (2015) en de Schijf van Vijf (2016) adviseren onbewerkte producten en een gevarieerd dieet, samenvattend: enkele porties groente en fruit per dag, meer peulvruchten, vermijd industrieel geproduceerde voedingsmiddelen (kant en klaar, rood of bewerkt vlees), elke dag een handje ongezouten noten, eenmaal per week vette vis, volkoren graanproducten, drink water/koffie/thee, geen suikerhoudende drank, dagelijks wat zuivel en matig met alcohol. Zo simpel is het,ook al is ons gedrag om ernaar te handelen wel heel lastig. Wat het onder andere moeilijk maakt is dat bijvoorbeeld van het aanbod in de supermarkt 75% van de producten bewerkt is. Handige tip: er is een gratis appje van het Voedingscentrum (''Kies ik gezond") waarmee je heel snel producten in de supermarkt kunt scannen om te zien of zij voorkomen in de Schijf van Vijf. Als zij er niet in staan, wordt ook vermeld waarom niet (te zout, te vet, te veel suiker) en wordt een alternatief product uit dezelfde categorie voorgesteld. Handige app voor de dagelijkse boodschappen.

Psyche, voedselkeuze en eetlusthormonen

Interessant is dat de psyche ook een grote rol speelt bij de afstelling van eetlusthormonen. Zo wordt ons brein beïnvloed door reclame uitingen. Zo kan het water je in de mond lopen bij het zien van bijvoorbeeld chocolade. Dan zullen de hongerhormonen in je lichaam reageren en je krijgt trek. Ook wordt er insuline aangemaakt, want het brein denkt dat er suiker aankomt. Het lichaam bereidt zich al voor en je krijgt trek in iets zoets. De kans dat je dan een gezonde keuze maakt zoals een salade is dan veel kleiner dan de keuze voor iets zoets. Dit soort fenomenen spelen in de huidige omgeving heel veel, waarbij de omgeving ons verleidt om een ongezonde keuze te maken.
En we maken wel meer dan 200 voedselkeuzes per dag. Verreweg het merendeel is onbewust. Hongerhormonen sturen daarin. Daar komt bij dat mensen gewoontedieren zijn. Kopje koffie met altijd een koekje erbij. Gewoontes afleren is een ingewikkeld traject. Mede daarom is een simpel advies in de spreekkamer van 'minder eten en meer bewegen' vaak onvoldoende. Als sprake is van overgewicht door de leefstijl is gedragsverandering belangrijk, juist van onbewuste automatische gedragingen. Daarvoor is een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) ontwikkeld, dat is een tweejarig traject met leefstijlcoaching in groepen (een jaar behandelen en een jaar onderhoud). Veel onbewuste automatismen kunnen op een goede manier afgebouwd worden, waardoor iemand automatisch voor de goede dingen kiest. Op den duur kost het niet te veel moeite. En dan is het niet een streng dieet, maar gewoon een ander beweeg- en eetgedrag.

Stress en andere gewicht verhogende factoren

Bij eetgewoonten/het gewicht/overgewicht/obesitas zijn nog veel meer factoren van belang, bijvoorbeeld de sociale omgeving, financiële problemen, culturele aspecten, de darmflora (bepalend voor de manier waarop het lichaam omgaat met voedingsstoffen) en slaap (slaaptekort brengt oa een verstoring teweeg van de hongerhormonen resulterend in meer eetlust).
Ook stress is een van de verborgen dikmakers.
Te onderscheiden zijn mentale stress (bijvoorbeeld chronische overbelasting) en fysieke stress (ziekten, chronische pijn, ploegendiensten). Hierdoor ontstaat een verhoogde aanmaak van het stresshormoon cortisol. Een van de gevolgen hiervan is een herverdeling van de vetmassa van de armen en benen, waarbij het perifere vet naar centraal migreert. De meeste mensen krijgen een dikkere buik van chronische stress en komen aan. Chronische stress beïnvloedt daarnaast ook de eetlust: je krijgt meer trek (via de hypothalamus). En niet zo maar trek, nee, trek in hoog-calorische voeding. Ofwel snacktrek!
Het is dus bij afvallen ook belangrijk om aandacht te hebben voor chronische stress, omdat deze afvallen kan tegenwerken.

Medicatie als potentiële dikmaker

Een andere categorie van oorzaken van overgewicht en obesitas is medicatiegebruik.Medicijnen kunnen een verborgen dikmaker zijn. De helft van patiënten met obesitas gebruikt medicatie met een potentieel gewichtsverhogend effect, bijvoorbeeld anti-depressiva (mirtazapine, paroxetine, citalopram), anti-epileptica (carbamazepine, valproïnezuur, gabapentine, pregabaline), anti-psychotica (lithium, olanzapine, risperdal). Sommige kunnen forse gewichtstoename veroorzaken. Ook bepaalde anti-hypertensiva (beta-blokkers, alfa-blokkers), diabetesmedicatie (insuline, sulfonureumderivaten), middelen tegen allergie (cetirizine, desloratidine), maagzuurremmers (protonpompremmers mogelijk) en corticosteroïden (prednison, fluticason, triamcinolon) kunnen bijdragen aan gewichtstoename. (Geslachts) hormonen spelen een belangrijke rol bij gewicht: oestrogeen, testosteron, schildklierhormoon, cortisol, insuline.
Zo'n 40-50% van de mannen met obesitas heeft een laag testosteron. Meestal is dat een gevolg van het overgewicht en herstelt het na afvallen, maar bij een klein deel kan het ook een oorzaak zijn.

Verbranding

Naast hormonen en de eetlust is de verbranding belangrijk. De verbranding wordt onder andere

gestimuleerd door bewegen. Aanbevolen wordt matige inspanning gedurende minimaal 150 minuten per week verspreid over verschillende dagen en daarnaast spier- en botversterkende oefeningen (voor ouderen inclusief balansoefeningen) minimaal tweemaal per week én niet teveel stilzitten. Stilzitten is een onafhankelijke risicofactor voor gewichtstoename, ook voor hart- en vaatziekten. De slogan is: bewegen is goed, meer bewegen is beter. Van personen van 18 jaar en ouder voldoet slechts 44% aan de richtlijn.
Uit onderzoek van enkele jaren geleden bleek dat friemelen (fidgeting) de ruststofwisseling een beetje verhoogt en dat door fidgeting het verhoogde risico op hart- en vaatziekten door langdurig stilzitten werd opgeheven. Wiebelen kan dus geen kwaad. Een andere factor die een rol speelt bij de verbranding is bruin vet. Twintig jaar geleden werd gedacht dat alleen baby's bruin vet hadden, maar in de daaropvolgende jaren werd middels de PET-scan bij toeval ontdekt dat ook volwassenen bruin vet hebben. Bruin vet is het goede vet, want dat zet calorieën om in warmte. Het verbrandt calorieën waardoor je minder hebt van het witte vet, waar je niet te veel van wilt hebben.
Voor stimulatie van bruin vet is bewegen belangrijk, maar ook je blootstellen aan koude temperatuur. Extreme koude is niet noodzakelijk. Studies uit Azië hebben aangetoond dat het bruine vet actiever wordt als mensen gedurende een aantal weken twee uur per dag doorbrengen in een kamertemperatuur van ongeveer zeventien graden. Bij deze personen nam het witte vet af met behoud van spiermassa. Dat is een heel gezonde manier van afvallen. Ook schildklierhormoon stimuleert bruin vet. Bij een vertraagde schildklierwerking is er een verminderde activiteit van het bruine vet en bij een verhoogde werking meer. Dit draagt bij aan het niveau van de verbranding voor mensen met schildklierproblemen. Schildklierhormoon werd vroeger als afvalmiddel gebruikt, maar dat is geen gezonde methode. Ten eerste val je er niet heel veel van af, maar het heeft ook bijwerkingen onder andere op het hart en de botten. Momenteel wordt onderzocht of bijvoorbeeld negentig seconden koud douchen kan bijdragen aan stimulatie van bruin vet.

Categorieën van oorzaken van obesitas

Het geheel overziend is een aantal factoren de revue gepasseerd die bijdragen aan het gewicht: genetische aanleg, hormonen, een crashdieet, de psyche, medicatie, de leefstijl, de sociale context en eetcultuur, het microbioom in de darmen, slaaptekort, stress en verbranding. In het Centrum Gezond Gewicht in het Erasmus MC is het in diverse categorieën onderverdeeld en dit is ook te vinden op de website van Partnerschap Overgewicht Nederland. Grofweg zijn er zes oorzaken aan te wijzen voor het ontstaan van obesitas:
leefstijl (OSAS, overmatig alcoholgebruik, hoog-calorische voedselinname, jojo-effecten, immobiliteit, armoede, ongezonde leefomgeving), psychisch (depressie, eetbuistoornis (binge-eating, boulimia, andere specifieke eetstoornissen), medicamenteus (anti-depressiva, corticosteroïden, anti-hypertensiva, anti-psychotica, anti-epileptica, mogelijk protonpompremmers), hormonaal (polycysteus ovariumsyndroom, hypogonadisme, postpartum gewichtsbehoud, post-menopauzale status, hypothyreoïdie, (cyclische) syndroom van Cushing, groeihormoondeficiëntie), hypothalaam (na radiotherapie/operatie, hypothalame tumor, malformatie) en (mono)genetisch of syndromaal (MV4R-deficiëntie, POMC-deficiëntie, leptine of leptinereceptordeficiëntie, PCSK1-deficiëntie, Prader-Willi syndroom, Bardet-Biedl syndroom, Temple syndroom, 16p11.2 deletiesyndroom, pseudohypoparathyreoïdie, Alström syndroom).
Voor meer informatie werd verwezen naar de site www.partnerschapovergewicht.nl/stappenplan.
Bij obesitascentra in Nederland werd vastgesteld dat bij vier tot negen procent van mensen die zich daar aanmelden sprake is van een genetische oorzaak. Dit wordt vaak gemist.

Obesitas behandelingen

Voor wat betreft obesitasbehandeling is er een aantal mogelijkheden. De meest actuele zijn: de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI, sinds 2019 vergoed uit het basispakket bij een BMI ≥ 25 kg/m2en bijkomende complicaties zoals hypertensie of diabetes óf bij een BMI ≥ 30 kg/m2).
Als middels een GLI onvoldoende gewichtsafname breikt wordt kan worden overgegaan tot medicamenteuze behandeling. Uit internationaal onderzoek bleek dat daar goede resultaten mee zijn te boeken. Ook in Nederland wordt er ervaring mee opgedaan. Anti-obesitasmedicatie is sinds 2020 verkrijgbaar in Nederland.
Sinds april 2022 zit (Liraglutide 3mg (Saxenda®) in het basispakket, en wordt alleen onder strikte criteria vergoed: o.a. deelname aan een RIVM erkend GLI-programma, body mass index (BMI) ≥ 40 kg/m^2 of BMI ≥ 35 kg/m2 met bepaalde bijkomende aandoeningen zoals een hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose hebben, en geen diabetes mellitus type 2. Als iemand het zelf betaalt zijn de kosten zo'n € 160 per maand. Andere middelen worden vooralsnog niet vergoed: Orlistat 120mg (Xenical®) € 75-120 per maand) en Naltrexon/Bupropion 8mg/90mg (Mysimba®), ca € 100 -120 per maand. Dit laatste middel wordt momenteel voor vergoeding beoordeeld door het Zorginstituut.
De werking van Liraglutide is gedeeltelijk door nabootsen van verzadigingshormonen, door een effect op de maagontlediging en eetlustremming. Naltrexon/Bupropion heeft eveneens een centrale werking op de hypothalamus en heeft oa effecten op craving.

Ten slotte zijn er chirurgische mogelijkheden: de bariatrische chirurgie. Aanbrengen van een maagband (wordt niet veel meer toegepast, was weinig effectief). De maagverkleining en de bypass worden vaak toegepast en zijn effectief niet alleen door restrictie, maar ook door hormonale effecten en malabsorptie. Chirurgie is een effectieve behandeloptie, maar komt altijd bij de gezonde leefstijl. Obesitasbehandeling begint altijd met het optimaliseren van de leefstijl

Conclusies:

1. Vet is een orgaan dat tal van hormonen en stoffen maakt.
2. Gewicht staat onder invloed van vele factoren die je deels zelf kunt beïnvloeden zoals: leefstijl, stress, slaap, psyche, koude, medicatie, omgeving en hormonen.
3. Afvallen is vaak mogelijk, maar kost moeite en vaak zijn aanvullende therapieën nodig omdat het lichaam tegenwerkt.
4. In geval van overgewicht dient primair de oorzaak te worden vastgesteld, dient de leefstijl te worden geoptimaliseerd en kan daarna effectievere behandeling plaatsvinden indien geïndiceerd.

Interview

Op maandag 7 februari 2022 sprak ik prof. Dr. Liesbeth van Rossum via een online verbinding. Zij verenigde het nuttige met het aangename (en noodzakelijke) door tijdens het interview te lunchwandelen.

Wat bepaalde uw keuze juist voor de specialisatie endocrinologie binnen de interne geneeskunde en hoe werd uw specifieke interesse gewekt voor obesitas?
Tijdens mijn studie vond ik de hele mens interessant, zowel de psyche als het lichaam. Interne geneeskunde is heel breed en kent veel ziektebeelden. Binnen de interne geneeskunde ging mijn voorkeur al vrij snel uit naar de endocrinologie omdat hormonen op het hele lichaam van invloed zijn, op alle organen en weefsels. Voor wat betreft obesitas werd ik al jong geïntrigeerd door het feit dat er mensen zijn die intensief sporten en toch een laagje vet hielden, terwijl anderen die niet intensief sportten dat helemaal niet hadden. Ik zag dat sommige mensen heel erg hun best deden voor een goed figuur en tegelijk dat er duidelijk meer aan de hand was dan uitsluitend ongezonde voeding en beweging.
Na de ontdekking van het hormoon leptine (1994) werd ik al tijdens mijn studie geneeskunde in de gelegenheid gesteld om naar de Verenigde Staten te gaan om wetenschappelijk onderzoek te doen. Ik mocht zelf een onderwerp kiezen en koos om dit spannende nieuw ontdekte vethormoon nader te onderzoeken. Er bleek zoveel meer biologie achter obesitas, er ging een wereld voor mij open en ik dacht: dat wil ik mee terug nemen naar Nederland. Ik wil een obesitascentrum opzetten en de wetenschappelijke kennis toepassen voor de patiënten. Er waren toen hooggespannen verwachtingen over leptine die later getemperd werden. Maar er zijn momenteel weer nieuwe hoopgevende ontwikkelingen waarbij we als therapie toch gebruik maken van dit soort hormonen die de eetlust en het gewicht reguleren via de hersenen. Het is een onderwerp dat veel mensen bezighoudt. Ik vond de wetenschap interessant en de moeite waard om er iets mee te gaan doen.

Hoe groot is het obesitasprobleem in Nederland en wat verwacht u van toekomstige ontwikkelingen? Is het tij te keren?
Obesitas is een omvangrijk en groeiend probleem. Ongeveer 14% van mensen in Nederland heeft obesitas (BMI ≥ 30 kg/m2 ; CL) en bij ruim 50% is sprake van overgewicht (BMI tussen 25 en 30). Om het tij te keren zijn ingrijpende maatregelen noodzakelijk. Enerzijds dient er veel meer aan preventie te worden gedaan. Primaire/ universele preventie door een gezonde voedselomgeving en een gezonde leefomgeving. We moeten worden gestimuleerd om gezond te leven. Daarvan is nu absoluut geen sprake, want de ''default'' is dat de ongezonde keuze de makkelijkste keuze is: zo nemen velen de lift in plaats van de trap en is in de supermarkt 80% van het aanbod buiten de schijf van vijf . Maar universele preventie zal niet meteen het hele probleem oplossen. Mensen met obesitas zullen daar niet direct van afvallen. Daar is meer voor nodig. Dan zal moeten worden ingezet op de juiste behandeling, ofwel individuele zorg-gerelateerde preventie. En dat is niet even op dieet of een kuurtje. Dat betekent dat intensief met leefstijl aan de slag moet worden gegaan, denk aan bewegen, stress, slapen, ook voeding. Als dat onvoldoende effect heeft moet worden doorgepakt bijvoorbeeld met behandeling met farmacotherapie of bariatrie. Als er stevig wordt ingezet op zowel de universele als de individuele preventie dan kun je het tij keren.

Beïnvloeden van gedrag door preventie.
Er zijn zelfs vier lagen van preventie *(www.vzinfo.nl: Universele preventie richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking).* Er wordt politiek beleid op gemaakt. In het regeerakkoord werd invoering van de suikertaks genoemd. Politieke besluitvormig is een traag proces en BTW-verlaging op groente en fruit blijkt financieel-technisch erg ingewikkeld; de belastingdienst lijkt dit op korte termijn niet te kunnen uitvoeren. Maar ook op het gebied van behandeling valt winst te boeken, want veel mensen met obesitas worden pas behandeld als zij een hartinfarct hebben ontwikkeld of een depressie of knieklachten, terwijl obesitas een officiële ziekte is volgens de WHO, de

Gezondheidsraad en volgens de Europese Commissie. Als je obesitas als officiële ziekte erkent dan kun je beter (eerder) behandelen en daardoor ruim 200 andere ziekten voorkomen. Het is zonde om te zien hoe iemand eerst wordt behandeld voor een hartinfarct, daarna in verband met knieklachten en een jaar later voor een depressie, allemaal obesitas-gerelateerde aandoeningen, terwijl de obesitas zelf onbehandeld blijft en blijft bestaan.
Hier komen we op het gebied van de zorggerelateerde preventie *(www.vzinfo.nl: Zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte)*.
Hierin hebben ook verzekeringsartsen een rol, want het gaat dan over ziekteverzuim en arbeidsparticipatie.
Er is recent een publicatie verschenen over de kosten van obesitas[3] in Nederland; de uitkomst was dat een persoon met obesitas de maatschappij meer dan € 11.000 per jaar kost. Dat is indrukwekkend en dat wordt voornamelijk veroorzaakt door een verminderde productiviteit in het arbeidsproces. Ook de kwaliteit van leven is minder bij deze groep mensen, zowel op fysiek als op mentaal gebied.

Wat is vet eigenlijk?
Vet is een orgaan dat hormonen produceert, wel honderden. Dat is erg veel. Er worden ieder jaar wel nieuwe hormonen ontdekt. Dat is overigens niet exclusief voor vetweefsel, ook in de darm worden meerdere hormonen geproduceerd. Dat geeft ook weer duidelijk aan dat vet een functioneel orgaan is.
In het boek wordt vet als een soort dirigent beschreven, die door geven van opdrachten via afgifte van hormonen allerlei organen van het lichaam kan beïnvloeden. Zo is een van de belangrijkste vethormonen, leptine, te vergelijken met een soort bewakingsmechanisme, een soort weegschaal: hoe veel vet heb je in je lichaam. Leptine geeft een terugkoppeling aan de hersenen over de voorraad vet en via de hersenen wordt daarop de eetlust en het metabolisme aangepast. Er ontstaat een probleem als het vet ziek wordt, als er (veel) te veel van is. Als er een beetje te veel vet is, stijgt de leptinespiegel en ontstaat er een verzadigingsgevoel en wordt de verbranding bevorderd. Maar bij veel te veel vetmassa wordt het signaal niet meer goed ontvangen in de hypothalamus en is sprake van een leptineresistentie. Gewichtsafname middels een gecombineerde leefstijl interventie kan deze leptine resistentie gunstig beïnvloeden.
In vetweefsel worden ook ontstekingsstofjes geproduceerd. Normaal gesproken is er een evenwicht, maar als er te veel vet is, worden ontstekingsprocessen geïnitieerd en werken de hormonen minder goed. Dit heeft gevolgen voor andere organen zoals hersenen en darmen en leidt tot tal van ziekten zoals hart- en vaatziekten, diabetes, diverse vormen van kanker, stemmingsstoornissen, ernstiger beloop van infecties.
Ziek vetweefsel is dus ziekmakend en beïnvloedt het hele lichaam. Het kan best leefstijlgeïnduceerd zijn, maar er zijn ook heel andere oorzaken, denk bijvoorbeeld aan medicatie met gewicht verhogende bijwerking.

In het boek 'VET Belangrijk' is de titel van een van de hoofdstukken: Vet kan ziek maken en ziekte kan vet maken.
Inderdaad, het kwam net ter sprake. Het is zo gek dat bijna niemand het woord ziekte in de mond durft te nemen, terwijl zowel de Gezondheidsraad als de WHO obesitas als ziekte hebben erkend. Juist door die erkenning is het mogelijk om het tij te keren.
In de landelijke Zorgstandaard Obesitas staat dat de gecombineerde leefstijlinterventie de eerste stap is. Hiervan bestaan inmiddels vier door het RIVM erkende programma's, die vanuit het basispakket vergoed worden. Daar kan direct naar worden verwezen en worden in vrijwel heel Nederland aangeboden. Ook bestaan er sinds de coronatijd online GLI groepen die een traject volgen. Lang niet alle huisartsen zijn op de hoogte, evenmin als alle patiënten. Ook het Ministerie van VWS zag in de er meer communicatie moest komen over deze behandelingen voor obesitas. Het was voor ons ook reden om in zee te gaan met het TV programma Kassa, toen ze ons benaderden over het maken van een 'afvalprogramma'. We besloten toen een groep die een regulier, vergoed GLI programma ging doen in detail te volgen. Gemiddeld genomen vielen ze goed af, zo'n 7.5% in gewicht, en dat leverde veel mentale en fysieke gezondheid op. Ok, niet iedereen wordt een slanke den, maar het gaat erom dat ze hun vaste, ongezonde gewoontes omgedraaid hadden naar gezonder gedrag dat ze nu geautomatiseerd hadden. En daarmee was ook de lichaamssamenstelling mooi verbeterd met minder vet en meer spiermassa en men voelde zich duidelijk fitter en in een betere stemming.
Wat opviel was dat na de uitzendingen sprake was van een enorme toename van het aantal patiënten dat werd verwezen voor de GLI. Mogelijk dat die serie waarin de patienten gevolgd werden (met een miljoen kijkers per aflevering) ook andere mensen hiervoor motiveerden. En waarschijnlijk heeft de kennis die ook verspreid werd in die periode dat overgewicht/obesitas een nadelige invloed heeft op het beloop van een corona-infectie, ook bijgedragen aan meer aandacht voor overgewicht in de spreekkamer. De grootste risicofactoren voor een ernstig beloop van COVID-19 waren steeds: mannelijk geslacht, hoge leeftijd en overgewicht. Alleen aan overgewicht kan je iets veranderen. De manier van communicatie is hierover belangrijk, want een veroordelende houding ligt op de loer en obesitas is geen kwestie van eigen schuld, dikke bult!

Als oorzaak voor overgewicht zijn genetische invloeden en hormooninvloeden van belang.

Dat relativeert het belang van specifieke diëten. Uit onderzoek kwam een duidelijk verschil tussen consumeren van bewerkte of onbewerkte voedingsmiddelen naar voren.
Ja, recent liet een interessante studie zien dat de mate van bewerking van voeding van belang is.De basis zouden zoveel mogelijk , onbewerkte producten moeten zijn, want die zorgen voor een goed verzadigingsgevoel, zodat je niet binnen een half uur alweer trek hebt. Daar eet je automatisch ook minder van bleek uit de studie. Voedingsmiddelen als witte rijst of wit stokbrood resulteren in een enorme insulinerelease, waarna de bloedsuiker na een half uur fors daalt waardoor je alweer trek krijgt in iets suikerrijks met herhaling van zetten. Volkoren producten, vezels en bonen zijn een gezonder alternatief. Wie een verantwoord dieet volgt voornamelijk bestaand uit onbewerkte producten hoeft geen moeite te doen, dan gaat het vanzelf. Weerstand moeten bieden aan 'cravings' is een verloren zaak, eens te meer in combinatie met stress. Het is niet voor niets dat de repen chocolade in tankstations bij de kassa liggen. En eens keertje een groot stuk taart eten is natuurlijk geen probleem. Wel als je dat elke dag doet en de basis niet bestaat uit een gevarieerd en gezond eetpatroon…

Ligt hier een rol voor de politiek?
Zeker, want de politiek zou kunnen faciliteren bij het maken van gezonde keuzes in plaats van ongezonde keuzes. In bijeenkomsten met volksvertegenwoordigers is een veel gehoord argument dat men vanuit de politiek niet wil betuttelen. Het paradoxale is dat we al betutteld worden zonder dat we het in de gaten hebben. Het effect van marketing en sturing. Wat de consument koopt is heel voorspelbaar; dat zijn geen Schijf van Vijfproducten.

Het voedingsadvies van het Voedingscentrum lijkt best veel op de oude vertrouwde schijf van 5. Klopt dat?
De schijf van vijf is gebaseerd op de richtlijn goede voeding. Deze richtlijn wordt eens in de zoveel tijd geüpdatet waarbij alle wetenschappelijke inzichten worden verwerkt. Er zijn kritische geluiden die zeggen dat het niet van deze tijd is. Dat klopt niet, want die richtlijn beweegt mee met de tijd en daarin worden de nieuwe wetenschappelijke inzichten zorgvuldig geanalyseerd en afgewogen . Er is tegenwoordig een soort strijd gaande van low carb versus low fat. Wie is de kwaaie Pier. Gardner[4] et al onderzocht dit in 2018; de conclusie van zijn onderzoek was dat er geen significant verschil was in het gemiddelde gewichtsverlies na 12 maanden tussen een low-fat of een low-carb dieet. Wat opviel was een grote individuele spreiding in beide groepen; sommige deelnemers raakten derig kilo kwijt, terwijl anderen tien kilo bijkwamen. Interessant was, dat dat in beide groepen het geval was. Het is niet te voorspellen welk dieet voor welk individu het beste is. Het basis blijft daarom: eet gevarieerd en zoveel mogelijk onbewerkt.

In het boek staat dat sommigen geluk hebben en anderen pech. Betekent dit dat als je eenmaal bent afgevallen dat je blijvend op dieet moet?
Ach, sommigen hebben van nature meer aanleg tot wat meer vet en anderen wat minder. Mensen die zelf slank zijn hebben soms harde (voor)oordelen over mensen met meer gewicht. Die denken: even 'wat minder eten en wat meer bewegen' en klaar is Kees. In januari 2022 verscheen het medicament Semaglutide 2,4 mg op de Nederlandse markt. Dit medicament geeft bij 86% een gewichtsreductie van 5%. Dat betekent al veel gezondheidswinst. Mentaal en fysiek. Een derde van de gebruikers valt zelfs 20% af. Dat is van dezelfde orde als een maagoperatie. Momenteel bekijkt het Zorginstituut of dit middel ook als aanvulling op een gezonde leefstijl via het basispakket aangeboden kan worden. De afgelopen twee jaren worden door internisten ook andere gewichtsverlagende medicatie voorgeschreven, bijvoorbeeld Naltrexon/Bupropion (Mysimba®) en Liraglutide (Saxenda®). Sinds april wordt Saxenda onder strikte voorwaarden vergoed en ook Mysimba® wordt door het Zorginstituut beoordeeld voor vergoeding. We bevinden ons nu echt in een tijd van verandering, dus nog eens terugkomend op de vraag 'is het tij te keren?' dan denk ik dat het antwoord bevestigend is. Enerzijds hebben we een Nationaal Preventie Akkoord en wordt er nu vanut de overheid en ook met oa de medische beroepsverenigingen (verenigd in het Partnerschap Overgewicht Nederland) gewerkt aan betere universele preventie. En aan de zorg kant: obesitas bespreekbaar maken op een niet -veroordelende manier (door toestemming te vragen om het over het gewicht te hebben bijvoorbeeld) en na te gaan welke factoren en oorzaken bij deze patient tot obesitas hebben geleid. Die zaken optmialiseren en dan bij een leefstijl- gerelateerde obesitas iemand toe leiden naar een leefstijlinterventie. En als een leefstijl interventie onvoldoende effect heeft moeten wij als artsen het er niet bij laten zitten, (zeker bij de hoge BMI's) is het raadzaam om aanvullende therapieën (en ook volgens de Zorgstandaard Obesitas) te overwegen zoals obesitas farmacotherapie of bariatrie. Een dergelijk beleid zal zeker van invloed zijn op ziekteverzuim/ arbeidsparticipatie.

Hoe ziet u de toekomst? Wat is het speerpunt binnen uw onderzoeksgroep de komende tijd?
Wij richten ons op het samenspel van alle indivuele oorzaken van obesitas en hoe je daarop een behandeling op maat kunt geven. We werken zeer multidisciplinair.

En een van onze focussen qua research ligt ook op de relatie tussen stress en obesitas. Wat is de rol van stress

en stresshormonen en hoe kun je daarop aangrijpen? Voor het onderzoek naar de onderliggende factoren van obesitas zijn we bezig met de ontwikkeling van een e-tool, waardoor je een diagnose supporttool hebt. Een web-based applicatie waarmee mensen zelf tal van vragen beantwoorden en aan de hand waarvan de arts heel gemakkelijk de zaken ziet die een rol spelen bij het overgewicht bij deze patient en waarmee een gerichte individuele behandeling op maat kan worden aangeboden. Hier is wellicht ook een rol weggelegd voor verzekeringsartsen...

Een handige website voor de praktijk is www.partnerschapovergewicht.nl. Onder het kopje aanpak van overgewicht en obesitas staat een tabel met alle mogelijke onderliggende oorzaken en daaronder wordt per categorie aangegeven wat te doen. Dat zijn heel praktische links. Stel je wilt verwijzen naar een GLI, dan worden aanbieders vermeld. Of er staat een lijstje met potentieel gewicht verhogende medicatie.
Zeer praktisch. Wordt steeds geüpdatet.
Daar staan nu ook de recente educatie video's op die we gemaakt hebben voor artsen en andere zorgverleners gezien de grote en snelle ontwikkelingen momenteel op het gebied van obesitas behandelingen. En dat de voor de dagelijkse praktijk van de verzekeringsartsen ook van invloed gaan zijn.

Een nieuwe webinar over de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek van de oorzaken van obesitas en over de effectieve behandeling ervan is vanaf april 2022 online te zien via www.obpl.nl en via www.partnerschapovergewicht.nl

Referenties

1. Webinar obesitas voor de Schildklier Organisatie Nederland.
2. Mariëtte Boon en Liesbeth van Rossum, Vet belangrijk, feiten en fabels over voeding, vetverbranding en verborgen dikmakers, Uitgever Ambo Anthos, 2019.
3. J. Hecker, K. Freijer, M. Hiligsmann & S.M.A.A. Evers. BMC Public Health volume 22, Article number: 46 (2022). Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life.
4. Effect of Low-Fat vs Low-Carbohydrate Diet on 12-Month Weight Loss in Overweight Adults and the Association With Genotype Pattern or Insulin Secretion. The DIETFITS Randomized Clinical Trial. Christopher D. Gardner, PhD1; John F. Trepanowski, PhD1; Liana C. Del Gobbo, PhD1; et al Michelle E. Hauser, MD1; Joseph Rigdon, PhD2; John P. A. Ioannidis, MD, DSc1,3,4,5; Manisha Desai, PhD2,3,4,5; Abby C. King, PhD1,3 JAMA. 2018;319(7):667-679. doi:10.1001/jama.2018.0245.

Voor u gelezen

VET BELANGRIJK, FEITEN EN FABELS OVER VOEDING, VETVERBRANDING EN VERBORGEN DIKMAKERS
Auteur:
Mariëtte Boon en Liesbeth van Rossum
Uitgeverij:
Ambo|Anthos
EAN: 9789 0263 513 58

Het boek 'Vet belangrijk' (2019, bekroond, in 11 talen vertaald) door Mariëtte Boon en Liesbeth van Rossum is geschreven voor artsen, huisartsen, voor zorgverleners, voor patiënten, voor iedereen om te delen hoe het nu eigenlijk werkt, omdat die allemaal zijn opgevoed met het idee "ieder pondje komt door het mondje". Op wetenschappelijke congressen is iedereen het erover eens obesitas een complexe aandoening is waar vele factoren aan ten grondslag liggen, maar in de spreekkamer komen die vaak niet aan de orde, en wordt al snel gedacht dat elk pondje door het mondje komt. Veel huisartsen zetten een patiënt "op dieet" terwijl dat niet een effectieve obesitas behandeling is en zo ook niet in de richtlijn staat.
Vet belangrijk is een bijzonder lezenswaardige en informatieve uitgave voor de geïnteresseerde leek, vakjargon is vermeden, anderzijds is het niet per se geschreven in jip-en-janneketaal. Het is heel toegankelijk. Het boek is onderverdeeld in een elf hoofdstukken, gelardeerd met informatieve uitleg in kaders, aansprekende praktijkvoorbeelden en inzichtelijke illustraties. In hoofdstuk elf 'Fatshaming' wordt ingegaan op de mentale gevolgen van obesitas. Discriminatie van personen met obesitas is heden ten dage helaas aan de orde van de dag en wordt de laatste vorm van sociaal geaccepteerde discriminatie genoemd. Vooroordelen en stereotyperingen zorgen

voor ongelijke kansen te nadele van mensen met obesitas. Ook in de gezondheidszorg vindt dit plaats. Een schrijnend en pijnlijk voorbeeld is de afkorting DDD (dikke domme diabeet) die door artsen in ziekenhuizen gebruikt. Minstens even erg is dat door vooringenomenheid de zorg geboden aan mensem met obesitas minder goed is dan die aan personen met een normaal gewicht, waardoor diagnosen worden gemist of behandeling soms ten onrechte onthouden wordt. De auteurs pleiten voor respect voor mensen met obesitas en voor het bieden van begrip en adequate hulp. VET belangrijk! In het hoofdstuk 'bronvermelding' worden niet alleen de geraadpleegde bronnen vermeld, maar wordt ook kort aangegeven wat erin te verwachten is. Dit boek is een absolute aanrader voor iedereen (vet aan te bevelen).

Een aantal appetizers:

- Zitten is niet gezond, wiebelen/friemelen wel (verhoogt het basaalmetabolisme).
- Aan te bevelen: Twee uur per dag vertoeven in een kamer met een temperatuur van 17 graden om via bruin vet activatie de lichaamssamenstelling te verbeteren met minder vet en meer spiermassa.
- Aan te bevelen: Een halve theelepel chilipoeder per dag.
- Bij 4-9% van de mensen die hulp zoekt in een gespecialiseerd obesitas centrum in Nederland is er een monogenetische oorzaak voor obesitas door een mutatie een van de obesitasgenen.
- Per dag wordt een mens gemiddeld blootgesteld aan zo'n 220 voedselkeuzes (uitgaande van 8 uur slaap komt dat neer op 13,75 voedselkeuzes per uur; afgerond ongeveer 1 per 5 minuten).
- In Nederland is bij 50% van de inwoners sprake van overgewicht, in de Verenigde Staten is dat > 85%.
- Als er niets verandert heeft in 2040 twee van drie Nederlanders overgewicht.
- Eet gevarieerd en zo veel mogelijk onbewerkte producten, blijf niet zitten en beweeg.

JE VERMOEIDHEID TE LIJF na covid en kanker en bij chronische aandoeningen

Wie vermoeid is, krijgt van behandelaars zelden het advies: ga eens liggend rusten. Deze behandeling richt zich vooral op opbouw van de conditie. Dat kan echter nog een brug te ver zijn. Annemarieke Fleming biedt in dit boek praktische, wetenschappelijk onderbouwde uitleg hoe & waarom overdag korte liggende rustmomenten in te bouwen.

Bekijk en bestel het boek
via: fontaineuitgevers.nl

FONTAINE UITGEVERS

New Long Covid Research - Considerations for Life & Health Insurance

*Dr. A. Regenauer**

Back in April 2021, I reported on what was known at that point about long Covid[1], in particular its unknown but potentially long-term duration, lack of a uniform, internationally applied definition, and its complex, diverse set of symptoms, including post-viral fatigue, joint pain and organ-centered manifestations, such as impaired lung function.

Do we now have a clearer picture of long Covid and its prognosis?

Well no, not really. The list of long Covid symptoms is now longer (at over 200), there is still no one clinical case definition (although the WHO's ICD-10 U09 is a helpful** reference[2]), no clear routine laboratory or imaging diagnostics, no clear duration, and no effective treatment (nor is one in sight). Morbidity trends and Life & Health insurance underwriting are impacted, but with considerable uncertainty.

More research is the key. Unfortunately, many long Covid studies have comprised small cohorts, often only involving special medical aspects and with disappointingly short follow-up times. Interpretation is also hampered by consistency issues, such as metrics at different times after infection, the potential to mistake common symptoms linked to other illnesses, and the lack of definition consensus.
Three recent studies, however, stand out to me as having enhanced our understanding. It's these, and the conclusions we can potentially draw from them, that have led me to consider that there are possibly five long Covid subgroups; see *figure 1*. In addition, with close to half of the COVID-19 patients in these studies (with variation by study) still reporting symptoms after a year, there are obvious and significant consequences for Life & Health insurers. I will concentrate on these particular studies and my considerations in this short paper.

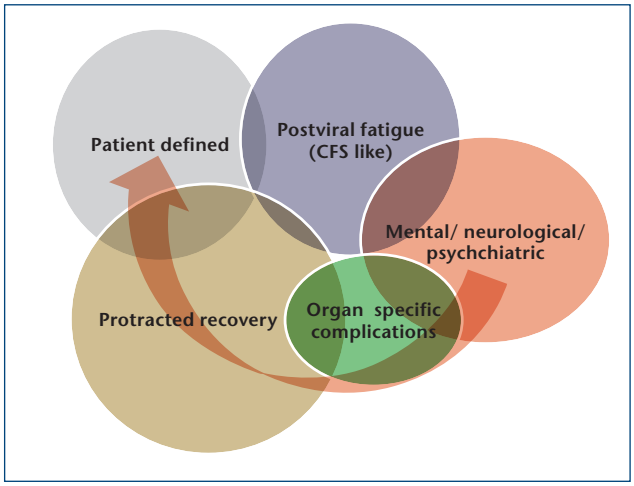


***Figure 1**: Schematic of a working hypothesis by the author to reflect the comprehensive and complex nature of long Covid's > 200 symptoms. It seems plausible to the author that what is currently considered to be long Covid, can in fact be broken down into five subgroups. The size of the bubbles mirrors the approximate relative incidence of each subgroup. See figure 2 for the most frequently occurring symptoms in each subgroup and impacted Life insurance covers. Source: PartnerRe.*

A plausible 5 long Covid subgroups

The most commonly reported symptoms of long Covid are clinically *unspecific* symptoms - fatigue, malaise, headaches, sleeping difficulties and joint symptoms dominate - these symptoms are subjectively (rather than via an objective diagnostic test) assessed by patients and medical practitioners, and tend to fluctuate over time.
Fatigue and malaise are indicative symptoms of chronic fatigue syndrome (CFS), which is known as a post-viral complication/manifestation from previous pandemics and disease outbreaks;

* Dr. A. Regenauer, Chief Medical officer, Partner Reinsurance Europe SE.
Achim.regenauer@partnerre.com

** ***"COVID-19 condition occurs in individuals with a history of probable or confirmed SARSCoV-2 infection, usually 3 months from the onset of COVID-19 with symptoms that last for at least 2 months and cannot be explained by an alternative diagnosis. Common symptoms include fatigue, shortness of breath, cognitive dysfunction but also others and generally have an impact on everyday functioning. Symptoms may be new onset following initial recovery from an acute COVID-19 episode or persist from the initial illness. Symptoms may also fluctuate or relapse over time."***

for example, from the 1892 flu pandemic ('neurasthenia', 'grippe catalepsy'[3]), the 1918 flu pandemic ('parkinsonism', 'catatonia', 'encephalitis lethargica'[4]) and the SARS-CoV-1 (SARS) outbreak of 2003.
CFS is characterized by a lingering, debilitating fatigue and post-exertional malaise lasting for over 6 months, and sometimes for 3 or more years[5]; 40% of SARS patients, for example, still had CFS symptoms after 3.5 years[6]. One recent study[7] identified chronic, low-grade neuroinflammation in CFS patients, which might at some point aid diagnosis. Unfortunately, however, as is often the case with clinically *unspecific* symptoms lacking an objective, diagnostic test, CFS patients have been mostly undiagnosed, misdiagnosed or disbelieved over time. As with long Covid, CFS remains poorly understood and poorly investigated.

Clinically unspecific symptoms or signs no objective metric and fluctuate within hours or days

Post-viral fatigue (CFS-like) symptoms/ signs	Disease/Organ	Cover
Extreme fatigue	Post viral-fatigue CFS	DI
Muscle weakness	Post viral-fatigue?	DI
Low grade fever	Post viral-fatigue?	DI
Joint pain	Joints	DI

Protracted recovery symptoms/ signs	Disease/Organ	Product
Sleep difficulties	Post viral fatigue?	
Headaches	Brain affection? Post viral fatigue?	

Patient defined symptoms/ signs	Disease/Organ	Cover
XYZ	any	
XYZ	any	

Clinically specific symptoms or signs with objective metrics

Post-viral fatigue symptoms/ signs	Disease/Organ	Cover
Renal function tests	Kidney dysfunction	Life, CI, DI
Liver function rests	Liver dysfunction	Life, CI, DI
New onset of diabetes	Diabetes	Life, CI, DI
New onset of hypertension	Hypertension	Life, CI, DI
Shortness of breath, cough	Lung affection → Lung fibrosis?	Life, CI, DI
Chest pains, palpitations	Heart affection →, Cardiomyopathy, Chronic heart failure?	Life, CI, DI

Mental/ neurological /psychiatric symptoms/ signs	Disease/Organ	Cover
Cognitive dysfunctions	Brain affection? "Brain fog" → Dementia	DI, LTC
Changes in mood	Brain affection?	DI

Figure 2: *A working hypothesis by the author to reflect the comprehensive and complex nature of long Covid's > 200 symptoms. It seems plausible to the author that what is currently considered to be long Covid, can in fact be broken down into five subgroups (see figure 1 for a schematic of the approximate relative incidences (mirrored by the bubble sizes) and possible subgroup interaction). For each subgroup, the most frequently occurring symptoms are listed, together with the impacted Life insurance covers; Disability (DI), Life and Critical Illness (CI). Source: PartnerRe.*

The overarching term of long Covid also includes clinically *specific* (i.e., objective diagnostic laboratory or functional metrics exist) organ-centered manifestations: mental, neurological and psychiatric disorders, attributed to the central nervous system; and symptoms and findings attributed to other organs, such as the lungs, heart, kidney and liver (see figures 1 and 2).
A relevant example study to present here is a large retrospective cohort study[8] that involved 236,379 US hospitalized and non-hospitalized COVID-19 patients (mild, moderate and severe forms). This study identified a notably higher incidence of mental, neurological and psychiatric disorders amongst the COVID-19 patients at 6 months after infection compared to patients with other acute (non-Covid) illnesses; see figure 3. Incidence was also shown to be positively correlated with age, COVID-19 severity and prior diagnosis of disorders from this symptom group. Of considerable concern, a striking 12.8% of the COVID-19 patients developed new/first cases of these symptoms. Considering that such disorders tend to be chronic or recurrent, this could be highly significant for the morbidity claims of Disability covers.

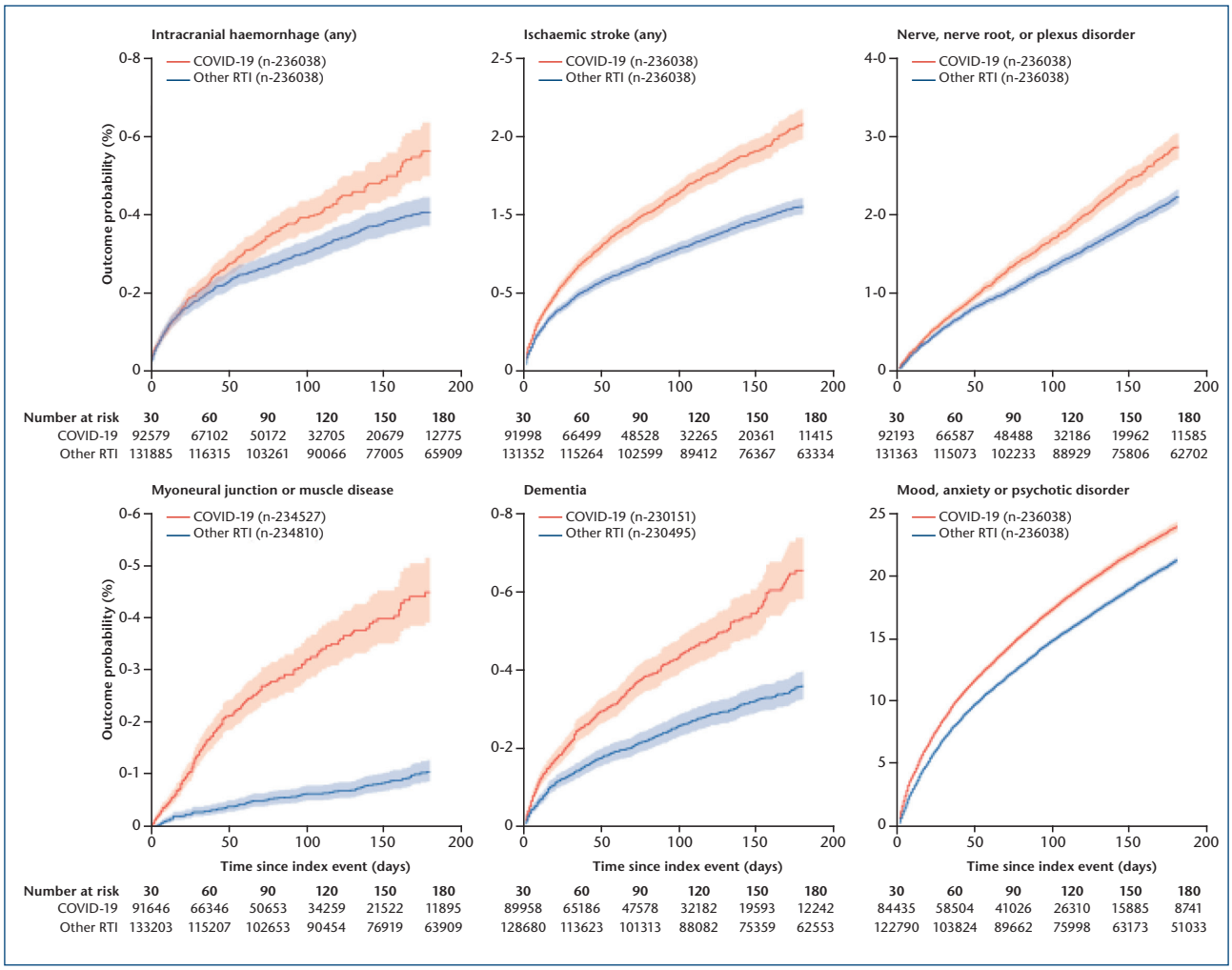


***Figure 3**: Retrospective cohort study involving 236,379 US hospitalized and non-hospitalized COVID-19 patients (all severities). The graphs show how the incidence of mental, neurological and psychiatric disorders in the COVID-19 patients exceeds that of the comparison (non-Covid) patient cohorts. Source: Taquet, M. et al (2021)[8].*
There is also the potential that having mental illness, neurological and psychiatric symptoms impacts on how these and other long Covid symptoms are experienced and defined by patients; more symptoms and longer recovery periods are conceivable.

Other valuable sources of long Covid insights

A comprehensive source of long Covid insights is the UK's Coronavirus Infection Survey (CIS), which (at the time of writing) last presented its results on October 7, 2021. Based on self-classification by citizens after a positive COVID-19 infection***, the survey indicated that a staggering 1.1 million people (1.7% of the UK population) at a defined point in time were suffering from long Covid. Risk factors included age (35-69 years), gender (female), socio-economic factors (deprived areas), employment sector (health and social care workers) and preexisting conditions/disabilities.

The main reported symptoms are fatigue (56%), shortness of breath (40%), loss of smell (32%) and difficulty concentrating (31%).
In addition, and of particular relevance to Disability covers, 19% reported that their ability to carry out day-to-day activities had been 'limited a lot'.

A longitudinal single-center study from Wuhan[9] sheds first light on long Covid's follow-up at more than one year after infection. A cohort of 1,276 hospitalized adult survivors of COVID-19 (70% having required oxygen, 4% ICU, average age 59 years) from January-May 2020 (i.e., first Covid cases, therefore having the longest available data) were followed up at 6 months and 12 months. The reported symptoms at those times are shown in table 1. It's clear that symptoms did not dramatically improve over this time. That 12% were still unable to return to work after 12 months approximately mirrors the CIS findings; this will have a notable impact for insurers, especially for Disability covers.

****** 71% had COVID-19 at least 12 weeks prior to the self-classification; 35% had COVID-19 at least one year prior to the self-classification.***

Symptom/s	Patients reporting symptom/s at 6 months	Patients reporting symptom/s at 12 months
≤ 1 symptom	68%	49%
Dynspnea (shortness of breath)	30%	26%
Anxiety or depression	23%	26%
Not yet able to return to orginal work	-	**12%**

***Table 1**: Extract of study results of patients reporting symptoms at 6 and 12 months after SARS-CoV-2 infection. The percentages do not change much over this time, indicating the long-haul nature of long Covid. Source: Lixue Huang, MD et al (2021).*

Conclusion

Subgrouping long Covid certainly seems plausible. However, we cannot yet draw any definite conclusions as time is still too short and studies on long Covid remain barely comparable given large variations in definitions, statistical methodologies and endpoints, such as symptoms and findings. Furthermore, this is the first time that an infectious disease has been so intensively investigated in the post-viral phase. It is, however, extremely likely that within the next few years, research will uncover new findings about post-viral disease and that Life and Health insurance business will be dealing with Covid for many years to come.

Opinions expressed are solely those of the author. This article is for general information, education and discussion purposes only. It does not constitute legal or professional advice and does not necessarily reflect, in whole or in part, any corporate position, opinion or view of PartnerRe or its affiliates.

"At PartnerRe, we continuously monitor and maintain a database of all long Covid research studies as a basis for our underwriting guidelines, which include questions relating to COVID-19 infection and recovery. We consider that Health and Disability covers have the highest exposure to long Covid, followed by Critical Illness, Long-term Care, and Death covers."

***** Although this can't be generalized to non-hospitalized patients or younger persons.*

References

1. https://partnerre.com/opinions_research/covid-the-long-and-short-of-it/
2. World Health Organization, A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, October 6, 2021 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345824/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-eng.pdf
3. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32134-6/fulltext
4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18569452/
5. E.g. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15699087/ and https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14613572/
6. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/415378
7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29348371/
8. Taquet, M. et al (2021) https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2821%2900084-5
9. Lizue Huang, MD et al (2021) https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01755-4/fulltext

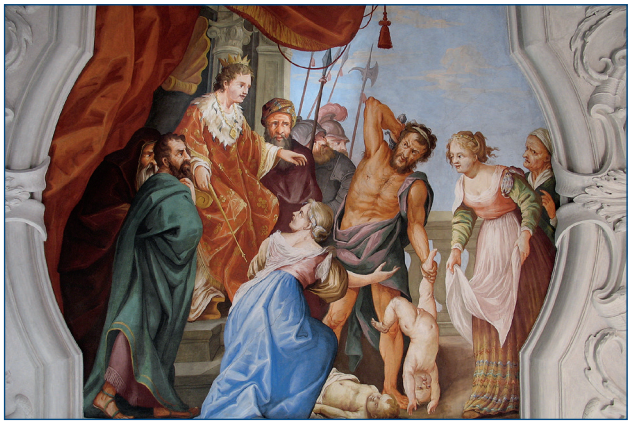
Onder ons gezegd en gezwegen

drs. B. van Lauw-Kous

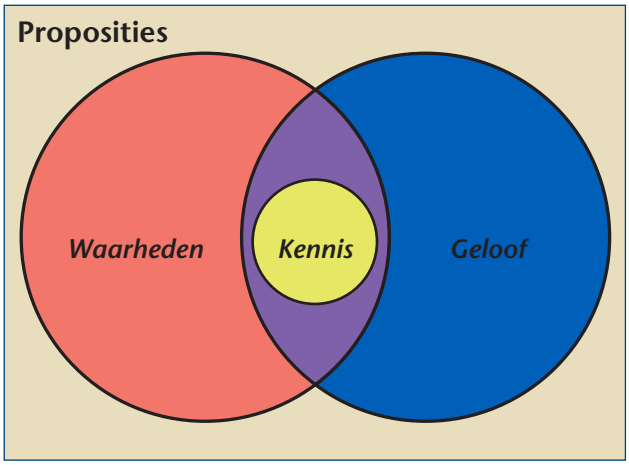
The truth, the whole truth and nothing but the truth, so help me God.

Van feit via waarheid, interpretatie, wijn, compromis, fifty shades of gray, Salomons oordeel, rechtspraak, Sinterklaas/de menselijke maat, Plato, geloof, de koorddanser en de bijbel naar de liefde.

In medische advisering behoort men zich te baseren op feitelijke informatie en interpreteert men deze vanuit een specifieke medische expertise waarna een conclusie volgt en een te volgen beleid. Doel is verbetering van de gezondheidssituatie van een verzekerde of beperken van diens verlies van verdienvermogen (inzet van interventies, hulp bij re-integratie, aanpassen van eigen werk of omscholing) terwijl het in de letselschade gaat om beperking/ongedaan maken van gezondheidsschade van het slachtoffer en/of financiële compensatie als dat niet mogelijk is. Feiten zijn belangrijk, daar begint het mee. Van Dale[1] definieert een feit als 'wat werkelijk is of heeft plaatsgehad, gebeurtenis of omstandigheid waarvan de werkelijkheid of het geschied zijn vaststaat'. Feiten vertegenwoordigen de realiteit, de werkelijkheid, de waarheid. De waarheid is volgens van Dale 'het ware, het in overeenstemming zijn van het denkbeeld met de wetten van het denken of met zijn voorwerp, van een verhaal of bericht met de zaak zoals zij is'. Dat lijkt duidelijk, maar niet iedereen denkt daar hetzelfde over, want was het niet Nietzsche, die zei: 'er zijn geen feiten, alleen interpretaties'. Een interpretatie is een verklarende uitlegging, een persoonlijk, beredeneerd oordeel van een waarneming. Het woord is verwant aan het Franse interprète; dat betekent tolk, maar ook vertolker. Pas als er betekenis wordt toegekend aan een waarneming ontstaat een interpretatie. Waarneming en interpretatie zijn dus niet identiek, maar deze begrippen worden vaak met elkaar verward. Als een feit op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden, wat is dan de juiste/ware? Is die er wel? Nietzsche biedt een handreiking. In plaats van een objectieve waarheid stelt hij perspectivisme voor, het idee dat er niet één perspectief is, één waarheid, maar dat er meer perspectieven zijn. De vraag blijft: wat is dan de echte? Het perspectivisme van Nietzsche helpt niet echt verder als er uiteindelijk een beslissing moet vallen. Van verschillende invalshoeken verdient er één de voorkeur, maar welke is dat en wie bepaalt dat? De Romein Plinius de Oudere zegt in zijn werk Naturalis Historiae (XIV, 141) 'Volgoque veritas iam attributa vino est'. Dat betekent: in het algemeen wordt de waarheid aan de wijn toegeschreven. Daar wordt schrijver dezes best wel een beetje blij van. De Naturalis Historiae is een encyclopedie bestaande uit 37 boeken, waarin Plinius de Oudere halverwege de eerste eeuw na Christus (het eerste boek verscheen in 77) alle hem bekende feiten en feitjes heeft verzameld om zo te proberen een compleet beeld van de toen bekende wereld te geven. Deze passage ligt ten grondslag aan het spreekwoord: In vino veritas, in aqua sanitas (in de wijn zit de waarheid, in water de gezondheid). Dus: als mensen dronken zijn tonen zij hun ware aard en spreken zij de waarheid. De navolgbaarheid van deze conclusie is kwestieus, a fortiori gelet op de langetermijngevolgen van chronisch overmatig alcoholgebruik (confabulaties bij het syndroom van Korsakow). Water bij de wijn, the best of both, levert een compromis. Het woord compromis is letterlijk uit het Frans overgenomen en heeft de betekenis 'overeenkomst waarbij beide of alle partijen iets toegeven' (in juridisch taalgebruik 'minnelijke schikking'). Je zou kunnen zeggen dat in het geval van een compromis niemand het er echt mee eens is. De waarheid ligt dan in het midden. Of misschien is sprake van een halve waarheid? Maar ja, welke helft is dan die waarheid? Misschien is het allemaal wel niet zo zwartwit en is het beter om te denken in grijstinten. Daar zijn er veel van. Een wereldwijde bestseller van een jaar of tien geleden vermeldde er vijftig. Een salomonsoordeel biedt soelaas. Een salomonsoordeel is een wijze spitsvondige



uitspraak in een moeilijk geschil, maar ook een volstrekt willekeurig oordeel. De uitdrukking is ontleend aan een Bijbelverhaal waarin koning Salomo op een spitsvondige manier een oordeel velt in een moeilijk juridisch vraagstuk (1 Kon. 3:16-28). “Twee vrouwen die samen in een huis woonden hadden ongeveer gelijktijdig een zoon gekregen. De ene baby was gestorven. Beide vrouwen eisten het levende kind op. Ze vroegen Salomo om hulp. Er was geen mogelijkheid om aan te tonen wie de waarheid sprak. Salomo stelde voor het levende kind in tweeën te hakken en de helften eerlijk te verdelen. De ene vrouw was bereid dat te aanvaarden, de andere maakte bezwaar en zei dat ze het kind liever levend in handen van de andere vrouw zag. Salomo concludeerde toen dat de tweede vrouw de echte moeder was en gaf haar het levende kind.”
In geval van blijvend verschil van mening kan natuurlijk ook de rechtspraak uitkomst bieden. Rechters hebben het laatste woord bij conflicten, overtreding van regels of een misdaad. Zij beslissen of iemand de wet heeft overtreden of schuldig is aan een misdrijf. In hun vonnis leggen ze een passende maatregel of straf op. Het oordeel van de rechter is bindend. Op www.rechtspraak.nl staat: “Een rechter schakelt zijn persoonlijke meningen altijd uit tijdens een rechtszaak. Hij kijkt puur naar de feiten, de wet en omstandigheden. Wat hij als privépersoon denkt, doet niet ter zake. De meeste rechters zijn generalist. Ze kunnen over elk onderwerp uitspraak doen. Rechters wisselen vaak van rechtsgebied binnen de rechtspraak. Een civiel rechter wordt na een paar jaar bijvoorbeeld strafrechter. Er zijn ook rechters die zich juist specialiseren in een onderwerp. Een rechter weegt de belangen af van beide partijen. Hij kan niet ontslagen worden, behalve door de Hoge Raad. Zijn uitspraak is altijd onafhankelijk en onpartijdig.” De rechter heeft de wijsheid kennelijk in pacht op alle gebieden. Of toch niet? Jim Faas vroeg zich dat ook af en wijdde zijn proefschrift ‘Bruggen bouwen over de kenniskloof’[2] aan de kenniskloof tussen de bestuursrechter en ingeschakelde medisch deskundigen. Een rechter is immers geen arts. Hoe kan een bestuursrechter medische informatie naar waarde schatten? En hoe zit dat voor de civiele rechter? In zijn proefschrift identificeerde hij meer dan vijfentwintig knelpunten en gaf hij handvatten en aanbevelingen voor dit proces, waaronder zich zelf er bewust van zijn dat je niet weet wat je niet weet. Met voortschrijdende leeftijd wordt dat steeds gemakkelijker.
In de publieke verzekeringsgeneeskunde zijn er richtlijnen, standaarden en protocollen ontwikkeld, die de verzekeringsarts houvast bieden bij de soms lastige en uitdagende beoordeling van arbeidsongeschiktheid in de publieke sector. Vooral op het gebied van moeilijk objectiveerbare aandoeningen zijn er geen objectieve onderzoeksbevindingen die een conclusie kunnen onderbouwen. Daarvoor hanteert men in de publieke verzekeringsgeneeskunde een tool die heet: plausibiliteit en consistentie. Dat is een soort van black box, waaraan zekerheid ontleend wordt waar die er niet is. Uiteraard wordt daar verschillend mee omgegaan. Er is dus een bandbreedte, een verzekeringsgeneeskundige beoordeling is geen wiskundesom, er zijn strakken en rekkelijken.
Naar aanleiding van aan het licht getreden misstanden bij uitvoeringsinstanties van de overheid vroeg Wim Otto, hoofredacteur van het Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde (TBV) zich in een editorial met als titel ‘Menselijke maat’ [3] af of Sinterklaas spelen (toekennen van een claim zonder deugdelijke aan vigerende regelgeving toetsbare onderbouwing) moet prevaleren boven een rigide uitvoering van diezelfde wet- en regelgeving. Professionele standaarden, protocollen en richtlijnen bieden handvatten voor een professionele oordeelsvorming en de gevalsbehandeling biedt altijd ruimte om beargumenteerd af te wijken. Het gaat niet om een hocus-pocus-menselijke maat-Sinterklaas. Otto pleit voor professionaliteit, up to date houden daarvan en intercollegiaal overleg bij lastige overwegingen. Jim Faas vroeg zich in een reactie op deze editorial op Linkedin af hoe de verzekeringsarts de menselijke maat toe zou moeten passen. Hij stelde dat er in deze discipline dilemma’s waren, zijn en altijd zullen blijven. Dat is waarschijnlijk correct, want verzekeringsgeneeskunde is geen exacte wetenschap.



Tja, misschien biedt geloof een acceptabel alternatief. Van Dale (alweer) zegt: geloof is vertrouwen in de waarheid van een anders beweringen of beloften. Wikipedia zegt ongeveer hetzelfde: Geloof of geloven is de aanname of overtuiging dat iets het geval is of iets voor waar houden.
Interessant in deze context is de zienswijze van Plato die zegt dat kennis zich situeert op het snijvlak van waarheid en geloof.
Cynicus Nout Hoozemans (www.quora.nl) definieerde de verschillende begrippen als volgt: Waarheid is een evaluatie van de mate waarin

een uitspraak geacht wordt aan te sluiten bij de realiteit. Feit is een aantoonbaar accurate uitspraak of observatie. Mening is een conclusie gebaseerd op persoonlijke kennis en overtuigingen. Geloof is het hebben van een grote mate van vertrouwen in een conclusie.
Op de site www.ikzoekgod.nl staat een mooi voorbeeld over geloof. Het is het verhaal van de koorddanser. "Er is een koorddanser die een touw heeft gespannen over de Niagara Watervallen van de ene rotspunt naar de andere. Een enorme massa mensen is op dit spektakel afgekomen. De koorddanser roept de mensen toe: "Geloven jullie dat ik in staat ben over het koord naar de overkant te gaan en weer terug, zonder vangnet?". Vol enthousiasme roept de mensenmassa: "Ja, dat geloven we!" De koorddanser loopt over het koord naar de overkant en weer terug. De menigte is laaiend enthousiast. Daarna roept de koorddanser het volgende: "Geloven jullie ook dat ik hetzelfde kan doen, maar nu met een blinddoek om?" Opnieuw roepen de mensen: "Ja, dat geloven we!" De koorddanser wordt geblinddoekt en opnieuw gaat hij naar de overkant en weer terug. De mensen zijn uitzinnig. De koorddanser brengt ook deze keer de oversteek tot een goed eind. Weer aan de kant gekomen roept hij de mensen weer toe: "Geloven jullie dat ik nog een keer hetzelfde kan doen, maar dan met een kruiwagen?" De menigte wil het maar wat graag meemaken. "Ja, dat geloven we!" klinkt het als uit één mond. De geblinddoekte koorddanser krijgt een kruiwagen in handen en opnieuw steekt hij de waterval over. Nadat hij de oversteek voltooid heeft roept de koorddanser: "Ik ga het nog één keer moeilijker maken. Geloven jullie ook dat ik hetzelfde kan doen, met iemand in de kruiwagen?" De mensenmassa is door het dolle heen. "Ja, dat geloven we!" roepen zij. "Ik ga het doen," zegt de koorddanser waarna hij één van de hardste schreeuwers aanwijst om in de kruiwagen plaats te nemen. De man verschiet van kleur en probeert zich snel uit de voeten te maken."
Geloof wordt vaak in een adem genoemd met hoop en liefde. Dit voert terug op de Bijbel en staat in de eerste brief van de apostel Paulus aan de Korintiërs (1 Korintiërs 13); "En nu blijven geloof, hoop en liefde, deze drie, maar de meeste van deze is de liefde." Daar was John Lennon het mee eens in zijn songs 'Make love, not war' en 'Give peace a chance'. Ik geloof dat ik afdwaal. Hier eindigt de reis. Schrijver dezes heeft er vertrouwen in u stof tot nadenken te hebben gegeven.

Refertenties

1. Van Dale Groot Woordenboek van de Nederlandse taal, 2015.
2. W.A. Faas. Bruggen bouwen over de kenniskloof. De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen door de bestuursrechter, 2019.
3. Wim C. Otto, TBV jaargang 30, nummer 1-2, januari 2022.

Humerusschachtfracturen bij volwassenen

*J.B. Sintenie**

De beste behandeling van humerusschachtfracturen bij volwassenen is nog steeds een punt van discussie.

Hiertoe is een prospectief gerandomiseerd onderzoek opgezet vanuit het Erasmus MC te Rotterdam, waar collegae uit 29 Nederlandse ziekenhuizen aan hebben bijgedragen.

Doel was de functionele en klinische uitkomst van operatieve versus conservatieve behandeling te vergelijken.

De hypothese was dat een operatieve behandeling eerder tot een sneller herstel zou leiden.

Methode: tussen 23 October 2012 en 3 October 2018, werden volwassenen met een humerus schacht fractuur AO type 12A of 12B geincludeerd in een prospectieve cohort study in 29 ziekenhuizen. Patienten werden operatief of nonoperatief behandeld. Outcome measures waren de Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand score (DASH; primary outcome), Constant-Murley score, pijn (Visual Analog Score, VAS), health-related quality of life (Short Form-36 (SF-36) en EuroQoL-5D-3L (EQ-5D)), activity resumption (Numeric Rating Scale, NRS), range of motion (ROM) van schouder en elleboog, radiologische consolidatie , en complicaties. Patienten werden 1 jaar gevolgd. Metingen werden herhaald en er werd rekening gehouden met leeftijd, geslacht en fratuurtype.

Resultaten: van de 390 ge-includeerde patienten, kregen er 245 een osteosynthese en 145 werden primair nonoperatief behandeld. Patienten in de operatieve groep waren jonger (mediaan 53 versus 62 jr; $p < 0.001$) en minder vaak vrouwelijk (54.3% versus 64.8%; $p = 0.044$). Betere resultaten ten faveure van de operatieve groep werden gevonden tot 6 maanden follow-up voor the DASH, Constant-Murley, abductie, anteflexie, en externe rotatie van de schouder, and flexie en extensie van de elleboog. The EQ-score pronatie and supinatie was beter voor de operatieve groep tot 6 weken post-operatieve follow-up. Malalignment werd alleen gezien in the nonoperatieve group (N = 14; 9.7%). In 19 patienten met implantaat-gerelateerde complicaties (N = 26; 10.6%) werd het implantaat gewisseld of verwijderd. Nonunion werd vaker gezien in de nonoperatieve groep (26.3% versus 10.10% in the operatieve groep; $p < 0.001$).

Conclusie: Primaire osteosynthese van een humerus schacht fractuur (AO type 12A and 12B) in volwassenen is veilig en superieur ten opzichte van nonoperatieve behandeling . Het is geassocieerd met een meer dan tweevoudig verminderd risico op nonunion, sneller functioneel herstel en een betere range of motion van de schouder en elleboog dan nonoperatieve behandeling .

Zelfs na includeren van de implantaat-gerelateerde complicaties, is het riscio op complicaties en op secondaire chirurgische interventies het hoogste in de nonoperatieve groep.

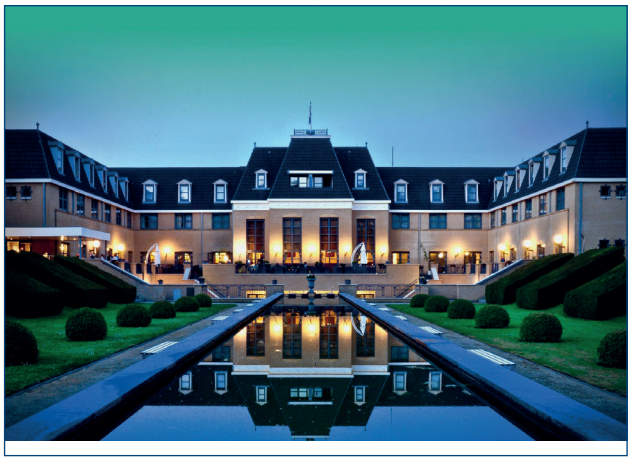
* J.B. Sintenie,
traumachirurg Elkerliek Ziekenhuis Helmond.

Lustrumcongres GAV 10 juni 2022

De GAV bestaat 120 jaar en binnenkort vieren wij dat met een symposium, een diner en feest, met de mogelijkheid van een overnachting op een bijzondere locatie:

De Heerlickheid Ermelo

De congres/feestlocatie bevindt zich in Ermelo (Staringlaan 1, ruime parkeergelegenheid).



Het thema van het huidige lustrum is (na eerder Water en Vuur nu): **LUCHT**.
Letselschade, AOV etc. komen aan de orde.
Accreditatie voor 6 punten is aangevraagd.
Aanmelden kan binnenkort via onze GAV-site, waaronder 'nieuws' de link staat.

Dagprogramma:

9:00 uur - 9:25 uur:	aankomst met koffie/thee
9:25 uur - 9:30 uur:	welkom door de dagvoorzitter
9:30 uur - 11:30 uur:	Drs. Carlijn Wiertz, revalidatiearts 'Revalidatie van Covidpatiënten'. Drs. Erik Frijters, arts Aerospace Med. 'De uitdagingen van patiëntenvervoer door de lucht'.
11:30 uur - 11:45 uur:	koffiepauze
11:45 uur - 12:45 uur:	Dr. Wietse Zuidema, traumachirurg 'Air hunger. Thoracale pathologie en thoraxwandchirurgie'.
12:45 uur - 13:45 uur:	lunch
13:45 uur - 15:45 uur:	Prof. dr. Gouke Bonsel, arts-epidemioloog 'Consequenties van de Covid-pandemie'. Prof. dr. Arthur van Zanten, intensivist 'Behandeling van Covidpatiënten op de IC'.
15:45 uur - 16:00 uur:	theepauze
16:00 uur - 17:00 uur:	een voordracht Mr. August Van, advocaat 'Gebakken lucht in de letselschadeafwikkeling'.
17:00 uur - 19:00 uur:	borrel
19:00 uur - 21:00 uur:	driegangen diner
21:00 uur - 24:00 uur:	feestavond met de Booming Big Band

Kosten:
Deelname Congres voor leden € 120 (oud-leden betalen € 360) p.p.incl. diner, feest, overnachting en ontbijt. Uw partner mag mee voor € 50 (incl. hotel), het optionele partnerdagprogramma kost € 45 p.p. Voorovernachting kan bij Van der Valk in Harderwijk tegen gereduceerd tarief o.v.v. 'GAV-lustrum'.

Namens het GAV-bestuur:
Saskia Kalk, Florine van der Horst,
Frans van den Wildenberg en Jean-Paul Kurris.

Colofon

GAVscoop
Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken

Redactie
S.J.H. Eggen
(secretaris)
K.H. Harmsma
A.H. Hosman
(hoofdredacteur a.i.)
F.S.L. Schmidt
(penningmeester)
Mw. M.M. Schampers

Redactieadres
Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek
email: GAVscoop@GAVscoop.nl
internet: http://www.GAVscoop.nl

Uitgave
Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Lay-out/druk
HieroSign, grafisch ontwerpbureau Apeldoorn

Abonnementen
GAV-leden krijgen het Tijdschrift toegezonden. De abonnementsprijs voor niet-leden bedraagt € 45,- per jaar. Opgave bij de secretaris van de Stichting. Betalingen op IBAN nr.: NL55INGB0001744060 t.n.v. SBVO Naarden.

Auteursrechten
Overnemen van artikelen of delen hiervan is slechts mogelijk met schriftelijke toestemming van de Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek onder vermelding van de bron. Aansprakelijkheid voor ingezonden artikelen ligt niet bij de redactie.

ISSN
1387-6082

Agenda

De agenda wordt verzorgd door de redactie van GAVscoop. De agenda is bestemd voor de leden van de GAV. De GAV-ledenvergaderingen zijn besloten en uitsluitend toegankelijk voor GAV-leden en genodigden. Ook de genoemde congressen e.d. zijn meestal beperkt toegankelijk. Agendapunten die van belang kunnen zijn voor de leden van de GAV kunt u aanmelden via e-mail: gavscoop@gavscoop.nl. Vermeld hierbij locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

2022 *(alle data onder voorbehoud)*

19 mei	**ALV GAV** Hotel van der Valk, Almere
10 juni	**Lustrumcongres GAV** Hotel van der Valk, Almere
29 september	**ALV GAV** Hotel van der Valk, Almere
2 t/m 4 november	**VG-dagen** Hotel van der Valk, Almere

gav181000