

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 27, nummer 1, mei 2023

Editorial	1
Van het bestuur	3
In memoriam Kees de Wilde <i>N.W.M. van Cappellen-de Graaf</i>	4
Tucht en Zucht <i>A. de Vries</i>	6
'Ik werk alsof het stiekem wordt opgenomen' <i>Mr. F.Th. Peters</i>	8
De waarde van aanvullend onderzoek bij de kwantificering van cognitieve problematiek, met name neuropsychologisch onderzoek <i>Dr. E.M.H. van den Doel</i>	12
Wanneer goede slaap niet verzekerd is <i>Prof. dr. G.J. Lammers, dr. A. Pijpers</i>	17
Wat is er nieuw in AMA Guides Zesde Editie 2023 <i>Dr. A.H. Hosman</i>	23
Agenda	24
Colofon	24

Editorial

GAVscoop 2023-1

“Ik wil dat je een overschrijving doet. Ben je beschikbaar? De betaling is voor onderhoud aan het herontwerp en het upgraden van onze website naar een hogere versie.” zo schreef de voorzitter van de GAVscoop recent aan onze penningmeester. Na 25 jaar GAVscoop was dit een primeur; een eerste voorzitter (i.p.v. hoofdredacteur) en ook nog eens eentje die de website onderhield. Dit was dan ook geen valide email, maar een eerste poging tot oplichting van ons mooie tijdschrift. De mail was best overtuigend en zo op het oog afkomstig van het emailadres van de voorzitter. Gelukkig bleek onze penningmeester op zijn hoede, mede omdat hijzelf sinds jaar en dag de website onderhoudt. En zo bleef de kas intact van het enige Nederlandse tijdschrift toegespitst op de medisch adviseur in particuliere verzekeringszaken.

Het is misschien tekenend voor deze tijd dat er voor het eerst een dergelijke poging tot het leegplunderen van de GAVscoop-kas is ondernomen. Lijken er soms niet steeds meer aanwijzingen voor oplichting voorbij te komen, gezien de toenemende frequente inconsistenties in de verhalen van langlopende verzekeringskwesaties? Een opportuun moment om in toekomstige nummers meer over malingering/simulatie te publiceren in ons vakblad?

Dit nummer richt zich in twee artikelen juist op het tuchtrecht. Guusje de Vries bespreekt met haar juridische én medische achtergrond een voor alle medisch adviseurs interessante tuchtzaak tegen een tandheeldkundig adviseur. Er is sprake van discussie over de bekwaamheid van de adviseur en deze discussie wordt voortgezet totdat het Centraal Tuchtcollege er uitspraak over doet.

Aansluitend volgt een beschouwing over de impact van het tuchtrecht op de expertisepraktijk, dit in de vorm van een eerder in het wat meer juridische tijdschrift Afwikkeling Personenschade gepubliceerde interview met prof. dr. Koerselman. Nu is dit interview met zeer lezenswaardige tips rondom tuchtzaken ook voor onze lezers beschikbaar.

Er is een tweede maal aandacht voor een ander tijdschrift en dat betreft een reactie van neuroloog Van den Doel in deze GAVscoop op een stuk van verzekeringsarts Elemans en neuropsycholoog Stapert in Letsel en Schade. Elemans en Stapert betoogden dat met een onafhankelijk NPO zonder neurologische expertise cognitief functieverlies was vast te stellen. Met een overtuigende argumentatie wordt door Van den Doel nu betoogd dat kwantificering van een letsel van het zenuwstelsel het deskundigheidsgebied blijft van de neuroloog. Kortom, een mooie referentie om naar te kunnen verwijzen in onze algemene praktijk.

Het overzicht van de hand van neuroloog Lammens over slaapstoornissen betreft de preventie en behandeling ervan. Een nuttig overzicht van een probleem dat veel voorkomt in onze dagelijkse casuïstiek.

In dit lentenummer is er ook aandacht voor de nieuwe update van de AMA-gids 6e editie 2023. De belangrijkste wijzigingen zijn overzichtelijk op een rij gezet.

De redactie wenst u allen een mooie zomer.

Veel leesplezier gewenst en tot het kerstnummer. Alvast een teaser: prof. H. Poolman zal de risico's op slijtage na knieletsel op een rijtje zetten...

Anton Hosman, hoofdredacteur a.i.

“Op 17-04-2023 is erelid Kees de Wilde overleden. De redactie vernam zijn overlijden kort voor de publicatie van deze GAVscoop. Kees was vele jaren een vooraanstaand lid, oprichter van GAVscoop in de huidige uitvoering en jarenlang hoofdredacteur. In het In Memoriam op pagina 3 wordt hier nader aandacht aan besteed door zijn opvolger Nanke van Cappellen-de Graaf.”

Van het bestuur

Op de rotonde...

Het zou heel goed kunnen dat u zich afvraagt wat er binnen het bestuur en de commissies nu allemaal gedaan is en wordt om de uitdagingen waarvoor we staan het hoofd te bieden.

Dat is de reden dat ik deze gelegenheid wil gebruiken om hierover wat inzicht te geven.

Al lang voor mijn aantreden (in maart 2021) heeft het bestuur zich gebogen over de moeizame opdracht de posities binnen het bestuur en de commissies te vullen. Daarbij werd ook externe hulp gezocht om mee te denken.

Hieruit is het voorstel geboren om de RGA aantekening los te koppelen van de registratie als verzekeringsarts, om hiermee het lidmaatschap van de GAV voor meer artsen aantrekkelijk te maken.

Daarnaast zou een directeur worden gezocht om een deel van het werk van de voorzitter over te nemen en de GAV te vertegenwoordigen waar nodig.

Op de vergadering waarin ik werd geïnstalleerd (maart 2021) kwamen beide zaken ter stemming.

Voor wie er niet bij is geweest: het voorstel voor het aanstellen van een directeur gaf geen discussie en werd aangenomen. Het voorstel om RGA los te koppelen van registratie als verzekeringsarts riep daarentegen een heftige reactie op en de stemming werd afgeblazen. Voor details verwijs ik u naar de notulen van deze ALV.

Hierna zijn beide onderwerpen vaak besproken, ook in de ledenvergadering, en op diverse momenten heeft het bestuur leden die de GAV een goed hart toedragen en

zich in (willen) zetten voor de GAV bij deze 'Denktanks' betrokken.

De conclusie uit deze bijeenkomsten was dat primair een compleet bestuur (in welke vorm dan ook) nodig is om richting te bepalen. Echter, er zijn heel begrijpelijk ook mensen die zich niet willen committeren voordat de kogel over een ontkoppeling door de kerk is.

En ziehier de rotonde waarop we ons bevinden. En dan laat ik de zoektocht naar en de rol van een directeur zonder voorzitter nog buiten beschouwing, een zoektocht die om meerdere redenen op een sudderplaatje is gezet.

Om van deze rotonde af te komen heeft Marco Derks de afgelopen maanden de rol van (in)formateur opgepakt en ruim 20 mensen gesproken over mogelijkheden, wensen en toekomst.

Dit heeft geen concrete bestuurders opgeleverd. Nu is de volgende stap een activiteitenplan op te stellen om de boel vlot te trekken. Nog altijd gericht op het behoud van de vereniging.

Hiervoor is recent een externe adviseur gevraagd om te ondersteunen bij het opstellen van dit activiteitenplan. Dit wordt samen met enkele leden van de denktanks gedaan.

We hopen u in de komende ledenvergadering hier meer over te kunnen vertellen.

*Namens het bestuur GAV,
Constance Koevoets, penningmeester*

REDACTIELID GEZOCHT

Wie durft? Outside the box?

Ik ben op zoek naar jou en ik nodig je uit om te reageren.

Ik heb nodig: enthousiasme, nieuwsgierigheid, intellectuele bagage, avontuurlijkheid, een open mind, humor, creativiteit, inventiviteit, een brede belangstelling, taalgevoel en goede communicatieve vaardigheden.

Wie ben ik? Een aantrekkelijke 25-jarige: looks, guts and brains, origineel, welbespraakt, ondernemend, stijlvol, energiek, ingetogen, wetenschappelijk onderlegd, niet onbemiddeld.

***De moeite van het proberen waard toch?
Schrijf!***

mail: gavscoop@gavscoop.nl

In memoriam Kees de Wilde

* 18-2-1950 † 17-4-2023

N.W.M van Cappellen-de Graaf



Een veelzijdig mens is niet meer...

Kees en ik hebben elkaar voor het eerst ontmoet in 1988, op een GAV-ledenvergadering. Hij werkte indertijd bij de Levob en ik bij Centraal Beheer. Blijkbaar was er vrij snel een 'klik' want daarna waren we tot mijn pensioen in 2009 bij vrijwel alle GAV-ledenvergaderingen, nascholingen en gezamenlijke commissievergaderingen in elkaars buurt te vinden. Bij de – toen nog – copieuze diners in aansluiting op de ledenvergadering zaten we stevast aan dezelfde tafel.

Kees is jarenlang erg actief geweest voor de GAV, hij maakte deel uit van diverse commissies en was 6 jaar lang bestuurslid. Door zijn achtergrond als internist had hij een buitengewone inbreng in de GAV. Hij wordt in een artikel in GAVscoop 2 van 2011 een duizendpoot genoemd. Hij deed 'alles' op particulier verzekeringsvlak, dat wil zeggen ziektekosten, arbeidsongeschiktheid, levensverzekeringen én letselschade.

Vanwege bovenstaande en vanwege zijn inzet bij GAVscoop (waarover hieronder meer) is hij in mei 2011 benoemd tot erelid van de GAV. Een aardig detail is dat hij, juist bij de vergadering waarin dit zou

plaatsvinden, te laat kwam. Terwijl iedereen dacht dat we het zonder hem zouden moeten afhandelen kwam hij toch nog net op tijd binnen om zijn eigen benoeming bij te wonen. Hij kreeg daarbij van de voorzitter naast de eervolle benoeming de toezegging dat hij zich voortaan niet meer zou hoeven te verantwoorden als hij te laat kwam.

Maar waar ik de meeste herinneringen aan heb, is onze prettige samenwerking met betrekking tot GAVscoop. Wij hebben beiden aan de wieg hiervan gestaan.

In eerste instantie zou de SBVO (later Wetenschappelijke Commissie genoemd), die al in 1990 opgericht was, nieuw leven ingeblazen worden. Daartoe werd in 1996 een bestuur opgericht met Kees als voorzitter. Het doel van de SBVO was drieledig: de eerste twee betroffen de wetenschap en het derde was het uitgeven van een verenigingsblad. Dat laatste heeft, in ieder geval in onze tijd, altijd de overhand gehad.

GAVscoop was de opvolger van het sinds 1984 bestaande GAV-bulletin, dat jarenlang door Phons Schreuder vrijwel op eigen kracht uitgegeven werd. Ik herinner me goed hoe groot de uitdaging was om een wetenschappelijk blad op te zetten. Niemand van de redactie had daar ervaring mee. De communicatiemogelijkheden waren heel wat minder dan tegenwoordig: geen e-mail, dropbox en pdf-bestanden, maar bellen, per post versturen, kopiëren en faxen.

Kees had een vooruitziende blik toen hij tijdens de SBVO-vergadering in 1996 de positieve kanten van e-mail ter sprake bracht. Hij dacht echter dat het algemeen gebruik nog even op zich zou laten wachten...

Daar staat tegenover dat we bij de eerste vergaderingen gebruik konden maken van de secretaresse van Kees, die een groot deel van de administratieve taken op zich nam. Dat er toch een waardig blad van de grond gekomen is, is naast de inbreng van de gedreven redactieleden voor een groot deel aan Kees te danken geweest.

Al bij de oprichting van GAVscoop werd besloten om jaarlijks ergens te gaan dineren, later is dat uitgegroeid tot een dag- en avondvullend programma: vaak een

sportieve activiteit afgesloten met een diner. Met heel veel plezier denk ik aan die dagen terug, wat was het altijd gezellig!

Daarom hebben we deze traditie in kleine kring – dat wil zeggen vier (ex-)redactieleden met partners – voortgezet, ook na het vertrek van Kees uit de redactie in 2010 en dat van mij in 2013. Elk jaar was het weer als vanouds, we kenden elkaar immers al zo lang en hadden zoveel gemeenschappelijke herinneringen. De laatste bijeenkomst was in november 2022 en dat zal ook gelijk de laatste zijn in de oude samenstelling. Voortaan zullen we het helaas zonder Kees moeten doen.

Op deze manier hebben wij Kees niet alleen beroepshalve leren kennen maar kwamen we er ook achter hoe veelzijdig hij daarnaast was: Kees was een halve boer, hij had landerijen en allerlei beesten die veel zorg nodig hadden. Zijn paarden waren niet voor iedereen geschikt om op te rijden, je moest wel overwicht hebben om in het zadel te blijven. Dat heeft hijzelf herhaaldelijk ervaren.

Hij reisde veel en vaak, met de auto, de motor, het vliegtuig of te voet. Met Rita of alleen, in een tentje of in een chic hotel, alles was mogelijk.

Soms werden de plannen doorkruist door zijn andere activiteiten. In 2019 dreigde een vakantie naar

Namibië en Botswana in het water te vallen doordat een paard in een draad was blijven hangen, met als gevolg een grote wond, peesletsel en een slagaderlijke bloeding. Gelukkig kon hij tijdig een vervanger krijgen om voor zijn opstal en dieren te zorgen.

De meeste indruk heeft hij op mij gemaakt met zijn kennis van de natuur. Ik stond er steeds weer versteld van hoeveel hij wist. Bij ons laatste uitstapje hebben we onder leiding van een gids een boswandeling gemaakt in de buurt van Oudemirdum. Maar we hadden net zo goed, of beter, Kees als gids kunnen hebben want hij bleek minstens zoveel te weten en te kunnen vertellen als de officiële gids.

Zijn motto was doorgaan, niet bij de pakken neerzitten en uit het leven halen wat je kan. Dat bleek wel in het laatste telefoongesprek dat ik met hem had, enkele weken geleden. Hij vertelde mij dat hij lichamelijk behoorlijk beperkt was, maar sinds kort bezig was met een on-line cursus determineren: "Vanuit je stoel kun je ook nog heel veel."

Helaas, het is er niet meer van gekomen.

Een fijne collega, markante persoonlijkheid en goede vriend is niet meer...

We zullen hem missen.



Tucht en Zucht

A. de Vries

Een zaak van een tandheelkundig adviseur. NEE, nu niet meteen doorbladeren! De betrokken tandheelkundig adviseur stuurde mij de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege onder de vermelding dat deze voor iedere medisch adviseur interessant is. En naar mijn mening klopt dat volledig. Het deed mij meteen terugdenken aan een zaak die ik besprak in deze column in 2019¹.

Het achterliggende verhaal

Klaagster had diverse tandheelkundige ingrepen ondergaan en was van mening dat bij die ingrepen fouten waren gemaakt. Het betrof, meer specifiek, het implantologisch en/of kaakchirurgisch vakgebied. Klager schakelde haar rechtsbijstandsverzekeraar in die vervolgens de tandheelkundig adviseur benaderde. De tandheelkundig adviseur stelde een advies op waarin zij de gestelde vragen beantwoordde en tot de conclusie kwam dat de aansprakelijkheid niet bij de tandarts of kaakchirurg kon worden neergelegd.

Klager kon zich niet in het advies vinden en diende de tuchtklacht in waarin zij de conclusie inhoudelijk bestreed en aangaf dat het rapport onzorgvuldig en ondeskundig was. Op het punt van ondeskundigheid gaf zij aan dat de tandheelkundig adviseur ten tijde van het opstellen van het rapport (en in de jaren daarvoor) niet meer werkzaam was als tandarts en niet over implantologische of kaakchirurgische kwesties kon oordelen.

De tandheelkundig adviseur verklaarde dat zij basis-tandarts is, geen tandarts-implantoloog of kaakchirurg, maar dat zij zich, hoewel ze zelf niet veel van implantologie wist, wel geschikt achtte om het rapport op te stellen omdat haar echtgenoot tandarts-implantoloog is en het haar gebruikelijke werkwijze was om met hem 'aan de keukentafel te sparren' over implantologische kwesties. Ook had ze literatuur geraadpleegd.

De relevante overwegingen en uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege

Het Regionaal Tuchtcollege geeft allereerst de criteria

¹ Mocht u de column terug willen lezen dan kunt u hem vinden in de GAVscoop van 2019 nummer 1, via de site van de GAVscoop www.gavscoop.nl.

weer waaraan een rapportage moet voldoen. Heel kort samengevat² betreft dit:

- feiten, omstandigheden, bevindingen dienen te worden vermeld,
- de onderzoeksmethode dient geschikt te zijn,
- de gronden dienen op inzichtelijke en consistente wijze te worden uiteengezet,
- de bronnen dienen te worden vermeld, waaronder gebruikte literatuur en geconsulteerde personen,
- de rapporteur dient binnen de grenzen van zijn deskundigheid te blijven.

Vervolgens vermeldt het college de vaste uitgangspunten, dat vakkundigheid en zorgvuldigheid door het college ten volle worden getoetst, en dat ten aanzien van de conclusie wordt beoordeeld of de arts in redelijkheid tot die conclusie heeft kunnen komen.

In het kader van deze zaak wijst het college op de criteria d en e. Wat betreft de deskundigheid stelt het vast dat de tandarts geen tandarts-implantoloog is, en ook nooit als zodanig heeft gewerkt, en dat de tandarts bovendien al lange tijd niet meer werkzaam is als reguliere tandarts maar als tandarts voor slaapproblematiek en orthodontie. Het is weliswaar niet per definitie onjuist om als (basis)tandarts te adviseren in implantologische of kaakchirurgische kwesties, maar in deze zaak heeft de tandarts, zoals zij zelf aangaf, de kennis niet, in ieder geval voor wat betreft de implantologie. En hoewel het college er zonder meer van uitgaat dat de geconsulteerde echtgenoot die kennis wel heeft, heeft de tandarts verzuimd te verwijzen naar de geconsulteerde personen of schriftelijke bronnen. Naar het oordeel van het college was het zuiver geweest als de tandarts ofwel had aangegeven dat zij zichzelf niet voldoende deskundig achtte ofwel in het rapport had vermeld dat zij haar echtgenoot, een tandarts-implantoloog, had geconsulteerd. Dit had het rapport beter toetsbaar gemaakt en had de tandarts minder kwetsbaar gemaakt voor grieven zoals die van klagster. Het rapport werd nu als onvoldoende toetsbaar en onvolledig beoordeeld.

² In het kader van deze column gaat de schrijver ervan uit dat de lezers van de GAV-scoop op de hoogte zijn van deze criteria, maar mocht dat niet het geval zijn is de volledige tekst onder andere na te lezen in Medisch Contact van 4 mei 2014: Criteria voor medisch rapport aangescherpt.

Mede in het licht van de terughoudende toets was overigens niet vast te stellen dat de conclusies inhoudelijk onjuist of onverdedigbaar waren.

Echter, door de geconsulteerde persoon (en geconsulteerde literatuur) niet te vermelden wordt niet voldaan aan de maatstaven die volgens de vaste rechtspraak aan deskundigenadviezen worden gesteld. Dit leidde tot het opleggen van een waarschuwing. De tandarts kon zich niet in deze uitspraak vinden en tekende beroep aan bij het Centraal Tuchtcollege.

De relevante overwegingen en uitspraak van het Centraal Tuchtcollege

Dit college merkt allereerst op dat vaststaat dat niet is vastgesteld dat de conclusies onjuist of onverdedigbaar zouden zijn, nu tegen dit onderdeel van de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege geen grieven werden gericht.

Wat betreft het criterium e overweegt het college dat het niet per definitie onjuist is om als (basis) tandarts te adviseren in implantologische of kaakchirurgische kwesties en dat dit in de praktijk ook veelvuldig voorkomt. Gelet op de lange voorgeschiedenis en lange ervaring van de tandarts valt de vraagstelling binnen haar deskundigheid. Het uitgangspunt behoort te zijn dat het tuchtcollege uitgaat van de deskundigheid en de bekwaamheid van een rapporteur, tenzij er concrete aanwijzingen zijn om daaraan te twijfelen. Dergelijke aanwijzingen zijn in deze zaak niet gebleken.

Bij criterium d geeft het college aan dat bronvermelding afhankelijk is van de aard en de inhoud van een advies. Bronvermelding is bijvoorbeeld geen vereiste indien een rapport feitelijk informatie bevat of een advies gebaseerd is op algemeen bekend veronderstelde (basis) kennis, waar in de onderhavige zaak sprake van was. Evenmin behoeven informele professionele consultaties vermeld te worden. Dat de tandarts, door een bronvermelding achterwege te laten, tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld is het Centraal Tuchtcollege dan ook niet gebleken.

Het Centraal Tuchtcollege vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en verklaarde de klacht alsnog ongegrond waarmee de waarschuwing kwam te vervallen.

Wat is hieruit op te maken

In 2019 besprak ik een zaak waarin een medisch adviseur een advies had uitgebracht aan een gemeente waarbij dit advies van beperkte omvang diende te zijn omdat de ontvangers bij de gemeente niet-medici betrof die niet over een medisch secretariaat of medisch archief of dergelijke beschikten, waardoor het advies in het geheel geen medische gegevens, en daardoor geen onderbouwing, mocht bevatten. In mijn optiek was het niet redelijk om een dergelijk beperkt advies in volle omvang te toetsen aan de criteria waaraan een rapport dient te voldoen. Waar in het taalgebruik de woorden ‘rapport’ en ‘advies’ door het tuchtcollege door elkaar werden gebruikt zette ik uiteen dat ik het beter vond om een onderscheid aan te brengen tussen de begrippen volwaardig rapport en beperkt advies.

Ook in de huidige uitspraken van het Regionaal en het Centraal Tuchtcollege worden de woorden rapport en advies door elkaar gebruikt. Tot mijn opluchting echter brengt het Centraal Tuchtcollege nu wel een nuancering aan: of bronvermelding noodzakelijk is, is afhankelijk van de aard en de inhoud van het advies. Het is dus niet zo dat dit criterium altijd in volle omvang moet worden toegepast, wat het Regionaal Tuchtcollege nog wel als uitgangspunt leek te hanteren. Informele professionele consultaties, zoals wij ongetwijfeld allemaal geregeld hebben, hoeven niet te worden vermeld. De opmerking van het Regionaal Tuchtcollege dat vermelding minder kwetsbaar zou maken voor klachten, zou naar mijn mening tot onnodig defensief handelen leiden (en wie weet misschien zelfs tot het verwijt kunnen leiden dat de arts kennelijk niet zelf de benodigde kennis in huis heeft?).

Ook geruststellend is het uitgangspunt dat het Tuchtcollege ervan uit dient te gaan dat de arts deskundig is, tenzij er concrete aanwijzingen zijn om daaraan te twijfelen. Het inmiddels niet meer praktiserend zijn op het specifieke vakgebied doet daaraan niet af. Zo ook stuit adviseren over een ‘aanpalend’ vakgebied, in ieder geval voor zover het nog wel de algemeen bekend veronderstelde (basis) kennis betreft, niet op bezwaar bij het Centraal Tuchtcollege. Hierbij neemt het college bovendien expliciet in de overwegingen op dat dit in de praktijk veelvuldig voorkomt. Ook dit alles is voor ons, medisch adviseurs, naar ik meen, goed herkenbaar.

Inderdaad dus een uitspraak in een zaak tegen een tandarts die voor iedere medisch adviseur van belang is.

'Ik werk alsof het stiekem wordt opgenomen'

Prof. Frank Koerselman over de impact van het tuchtrecht op de expertisepraktijk

Mr. F.Th. Peters*

Inleiding

In letselschadezaken wordt steeds vaker de stap naar de tuchtrechter gemaakt. Bij de vraag wat voor impact dat heeft op de desbetreffende arts, wordt nauwelijks stil gestaan. Daarom in dit themanummer over tuchtrecht een interview over de impact van tuchtrechtklachten op het persoonlijke en professionele functioneren van prof. Frank Koerselman¹ die al sinds de jaren tachtig expertises verricht op zijn vakgebied, de psychiatrie. Hij ziet een stijgende lijn in het aantal zaken en maakt zich zorgen over het feit dat het tuchtrecht in zijn ogen vaak misbruikt wordt om individuele belangen te dienen.

'Het bijzondere is dat alle tuchtrechtzaken waarbij ik betrokken was of ben, betrekking hebben op letselschadezaken, als behandelend arts is nog nooit een tuchtrechtklacht tegen mij ingediend. In mijn totale carrière heb ik zo'n 20 tuchtrechtzaken meegemaakt, dat is best veel. Maar als je beschouwt dat ik ongeveer 75 expertises per jaar doe en dus in totaal zo'n 2500 expertises heb gedaan, dan ligt dat qua percentage onder 1%, en zo bezien valt dat dus wel weer mee. Met andere woorden: 99 van de 100 mensen dienen dus geen claim in'. Zo relateert prof. Koerselman aan het begin van het gesprek het aantal tuchtrechtzaken waarbij hij betrokken is geweest.

Zit er een stijgende lijn in het aantal tuchtrechtzaken?

Dat wel! Het aantal tuchtrechtzaken neemt enorm toe. De laatste paar jaren is er nooit een jaar geweest dat er geen tuchtrechtzaak tegen mij liep en afgelopen zomer liepen er zelfs drie tegelijk, dat heb ik nooit eerder zo meegemaakt. Volgens mij ligt daar een aantal oorzaken aan ten grondslag. In de eerste plaats is de drempel om te klagen in de loop der tijd steeds lager geworden. In de letselschade constateer ik tegelijkertijd ook een enorme verharding tussen partijen. Het is niet alleen zo dat de standpunten zijn gepolariseerd, maar men legt zich er

ook niet meer bij neer als de uitslag van een rapportage ongunstig is. In dat kader kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat vooral slachtoffers het tuchtrecht zien als een vorm van hoger beroep tegen de expertise. Maar daarvoor is het tuchtrecht natuurlijk niet bedoeld! Wat ik ook zie, is een trend om meer vanuit de emotie te opereren. De maatschappij als geheel wordt emotioneler. Ik heb daar een boekje over geschreven 'Ontvadering'.² Die trend zie je nu ook in de huidige coronacrisis. Wij missen centrale sturing, het gezag van de overheid is weg. Het is nu ieder voor zich. Iedereen meent dat hij overal recht op heeft. Mensen voelen zich snel gekrenkt en leggen zich er niet bij neer. Al deze elementen leiden er mogelijk toe dat de stap naar de tuchtrechter sneller wordt gemaakt.

Op internet kwam ik een artikel tegen over een uitspraak van het Medisch tuchtcollege uit 2010 in een zaak waarin u niet werd veroordeeld. Dat artikel begint met de uitspraak: 'Psychiater Koerselman is uiterst bevooroordeeld tegenover mensen met ziektes als ME/ CVS, fibromyalgie, bekkeninstabiliteit, OPS en RSI.

Hij uit zijn vooroordelen graag in de media en laat ze ook doorklinken in de onderzoeksrapportages die hij regelmatig op verzoek van rechtbanken, verzekeringsmaatschappijen en uitvoeringsinstellingen voor sociale verzekeringen maakt'. Wat denkt u als u zo iets leest?

Ik trek me daar eigenlijk weinig van aan en op mijn bedrijf en reputatie hebben dit soort publicaties gelukkig nooit een negatieve impact gehad. Tuchtrechtadvocaten zeggen wel eens tegen mij dat ik atypisch reageer op tuchtrechtklachten juist omdat ik daar redelijk stoïcijns op reageer. Maar ik vind dat je er nuchter naar moet kijken en dat het belangrijk is dat je toetsbaar bent. Het helpt dat ik niet aan social media doe en daarom dit soort publicaties naar aanleiding van tuchtrechtklachten niet zie. Soms kan ik me over een bepaalde tuchtklacht wel boos maken. Dan komt het wel eens voor dat ik er 's nachts niet van kan slapen en opsta om mijn verweer te schrijven. Maar dat schrijven van een verweer zelf vind ik eigenlijk wel

* Mr. F.Th. Peters is directeur van De Bureaus.

¹ Frank Koerselman is emeritus-hoogleraar psychiatrie en psychotherapie aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Hij is nog betrokken bij het onderwijs aan studenten en psychiaters in opleiding. In de letselschadebranche kennen wij hem vooral als zelfstandig expertisearts.

² F. Koerselman, *Ontvadering*, Prometheus 2020.

leuk om te doen en ook belangrijk. Ook het bijwonen van een zitting vind ik niet vervelend. Ik houd wel van een beetje strijd en zie het proces als geheel als een uitdaging. Parallel hieraan speelt de discussie over de ‘witte en zwarte’ lijsten, waarop dit soort internetpublicaties mogelijk wel invloed heeft. In dat kader hoor ik soms oordelen over mij waarvan ik denk ‘waar komt dit vandaan?’ Die oordelen zijn ook vaak tegenstrijdig: de ene keer verwijt een partij mij dat ik te slachtoffervriendelijk ben, de andere keer ben ik berucht slachtoffervrijandig.

Ik had gehoopt dat de NVMSR-richtlijnen daar een einde aan zouden maken, maar dat is helaas niet gebeurd. Op dit moment loopt er een tuchtzaak waarin de klager schriftelijk heeft aangekondigd dat hij voornemens is mijn reputatie te beschadigen, onder andere door met zijn verhaal naar de media te stappen. Daarvan heeft het tuchtcollege in hoger beroep bevestigd dat uitingen van deze klager bedreigend waren. Zoiets is wel vervelend. Maar goed, ik heb al zo lang ervaring. Op het moment dat dat speelt, heb ik er wel last van, maar op de lange termijn heeft het niet veel impact.

Ik hoor wel eens dat medici in tuchtzaken over expertises het gevoel hebben dat ze zijn overgeleverd aan personen waarvan ze de deskundigheid en positie niet kennen en waarvan ze dan maar moeten afwachten of die personen echt begrijpen hoe het letselschadeprocess in elkaar steekt.

Ik snap dat volkomen. Er worden in de procedures ook veel fouten begaan. Als je onervaren bent, ben je daar niet altijd alert op. Dit jaar nog had ik een zaak in hoger beroep bij het Centraal Tuchtcollege. Ik had mijn verweer ingediend en kreeg te horen dat verdere klachten of aanvullend verweer niet meer mogelijk waren. De klager voerde toch nieuwe argumenten aan en dat stuk werd bij de processtukken gevoegd. Daarop wilde ik natuurlijk reageren, maar ik kreeg toen te horen dat verweer niet meer mogelijk was. Vervolgens schrijf ik dan een brief om uit te leggen dat ik het daar niet mee eens ben, waarop niet gereageerd wordt. Tot mijn verbazing zie ik mijn verweer dan wel weer terug bij de processtukken. Dit soort dingen gebeurt vaak, er worden fouten gemaakt en ik heb geleerd dat ik daarop heel alert moet zijn.

Als ik kijk naar de deskundigheid van het college, dan valt mij op dat ik de namen van de leden-beroepsgenoten soms niet ken. Doe ik research naar hun achtergrond, dan zit er vrijwel nooit iemand bij die zelf een rapport heeft geschreven. Als het om een psychiatrisch rapport gaat, zijn het vooral GGZ-bestuurders die in zo’n college zitting hebben. Hebben die leden-beroepsgenoten ervaring met hoe het eraan toegaat in de letselschadebranche? Ik vraag het me af. Tegelijkertijd moet je beseffen dat wij als expertiseartsen opereren in een kleine wereld. Als alleen die artsen voor zulke zaken in het tuchtcollege

zaten, zou een sfeer kunnen ontstaan van ‘ons kent ons’ of juist in het omgekeerde: een afrekencultuur. In een tuchtzaak gaat het om een marginale toetsing met als belangrijkste vraag of de zaak voldoende is onderbouwd. En die vraag kan naar mijn mening ook door niet-bekenden met het expertisepak worden beantwoord.

Wordt er aan (de impact van) het tuchtrecht voldoende aandacht besteed in de opleiding van artsen?

Daar is onvoldoende aandacht voor. Ik breng het daarom zelf nog wel eens ter sprake als ik onderwijs geef. Maar artsen zijn totaal niet voorbereid op dit soort procedures. Mogelijk is dat ook de reden dat sommige collega’s het zo ernstig opnemen.

Een ander kritiekpunt is dat de procedure zo lang duurt en dat er dan al die tijd een soort ‘zwaard van Damocles’ boven je hoofd hangt.

Ook dat snap ik. De procedure duurt inderdaad eindeloos en dat komt ook omdat men in vrijwel elke zaak in beroep gaat. Vaak is daardoor zo’n procedure een kwestie van jaren.

Uit een artikel in NTVG van augustus 2020 kwam naar voren dat psychiaters het vaakst te maken krijgen met een tuchtzaak. Verbaast u dat?

Nee, dat verbaast mij niet. De beroepsgroep is namelijk ook een van de grootste in Nederland; er zijn in Nederland bijna vierduizend psychiaters aan het werk en nog is er een tekort. Verder moeten we niet vergeten dat er een aantal vakspecifieke elementen zijn die anders door betrokkenen worden ervaren dan in andere medische vakgebieden. Zo speelt de bejegening een veel grotere rol, is er bij behandelingen soms sprake van dwang, is de objectiviteit vaak moeilijker te bepalen omdat de DSMclassificatie een vrij grof instrument is en vinden slachtoffers een oordeel op psychisch vlak vaak ook moeilijker te accepteren dan op medisch vlak.

Ook kwam uit het artikel naar voren dat er de laatste jaren strenger gestraft wordt. Wat is daarover uw mening?

Volgens mij is dat zeker zo, al merk ik dat persoonlijk gelukkig niet. Wel vind ik dat men moet stilstaan bij de impact die een maatregel ook kan hebben. Als een berisping in het lokale krantje gepubliceerd wordt, heeft dat voor een arts echt wel een impact die onaangenaam is. Opvallend vind ik ook dat er niet altijd een filter lijkt te zijn als het gaat om het toelaten van een klacht. Zo kreeg ik een klacht dat mijn voorkeur een ‘hippievoorkeur’ was. Ik heb daar toen verweer tegen gevoerd door onder meer het registratienummer van het Rijksmonument te overleggen. Ik heb dat gewonnen, maar ik vind het toch

vreemd dat ik mij tegen dit soort onzinaantijgingen moet verdedigen.

Denkt u dat artsen defensiever handelen als gevolg van het tuchtrecht?

Ja! En dat is niet goed. Juist bij het uitvoeren van een expertise is het belangrijk om een open gesprek te voeren, waarbij je flexibel inspeelt op wat een betrokkene zegt. Nu gaat men steeds striktere formats hanteren, waardoor je een slechter contact opbouwt met de betrokkene en waardoor veel informatie verloren gaat. Ook komt het voor dat men nu een betrokkene eindeloos vragenlijsten in laat vullen om maar de schijn van objectiviteit te creëren. En ik zie ook wel dat men niet altijd harde conclusies durft te trekken, bijvoorbeeld bij uitslagen van validiteitstesten. Dan is overduidelijk dat er bijvoorbeeld sprake is van simulatie, maar durft men dat niet op te schrijven.

Geldt dat ook voor uw eigen handelen?

Ook ikzelf ben defensiever geworden in mijn handelen. Zo ga ik elk expertiseonderzoek in alsof het stiekem wordt opgenomen. In dat kader ben ik door schade en schande wijs geworden, want het zonder toestemming opnemen van gesprekken is echt een nieuwe trend. Je merkt ook niet dat het gebeurt. Soms zijn er zelfs gesprekken met beeld opgenomen zonder dat ik het in de gaten had. Het is een teken van toenemend wantrouwen, waar ik nu echt rekening mee houd. Transcripties van opgenomen gesprekken worden vooral ingebracht in zaken die draaien om onjuiste bejegening. Als het gaat om bejegening is het heel moeilijk om vast te stellen wat er nu feitelijk is gebeurd, zelfs in die gevallen waarin een transcriptie van een opgenomen gesprek wordt toegestaan. Zo had ik een zaak waarin betrokkene aangaf dat ik had gezegd: ‘Smerige buitenlander, ga terug naar je eigen land’. Maar dat had ik natuurlijk pertinent niet gezegd. Het tuchtcollege gaf aan dat ze niet konden vaststellen wat er precies was gebeurd. Dan blijft toch de mogelijkheid dat je het wel gezegd hebt boven de markt hangen. Dat voelt wel raar. Ook ik ben voorzichtiger geworden als het gaat om de bewoording in mijn expertiserapporten, ook al vind ik dat eigenlijk onzin. Neem nu bijvoorbeeld dat woord ‘simulatie’. Dat zou geen probleem moeten zijn, want dit is gewoon een begrip dat is uitgelegd in de DSM. Het is dan wel van belang om vervolgens voldoende te onderbouwen wat ermee bedoeld wordt en waarom het van toepassing is. Toch betrap ik mij erop dat ik het nu anders omschrijf. Ook ben ik me er meer dan vroeger van bewust dat een veroordeling in een tuchtrechtzaak kan leiden tot een civiele procedure. Zo kreeg ik onlangs een brief waarin werd aangegeven dat als de tuchtrechtzaak slecht voor mij uitvalt, de zaak in de media zou worden gebracht en dat er een civiele procedure aangespannen zou worden. Gelukkig ben ik verzekerd, maar je bent

je ervan bewust dat dat zou kunnen gebeuren bij een ongunstige uitspraak.

Overigens hoeft meer defensief werken niet per se negatief te zijn. Het kan de kwaliteit van de rapportage ook zeker ten goede komen. Het onderstreept nog maar eens het belang van een goede onderbouwing. Maar ook in de psychiatrie is angst een slechte raadgever: een te rigide manier van omgaan met DSM-criteria of -richtlijnen en te veel werken met vragenlijsten is naar mijn mening geen goede ontwikkeling.

Heeft u wel eens het gevoel dat het tuchtrecht wordt misbruikt om individuele belangen van een slachtoffer te dienen?

Ja, maar het lijkt er wel op dat dat voor de filtering van de zaken die in behandeling worden genomen door het tuchtcollege geen rol speelt. Zo had ik een zaak voor het regionaal tuchtcollege in Amsterdam. Aan het slachtoffer werd de vraag gesteld wat het doel was van de tuchtprocedure. Het eerlijke antwoord was: ‘Dat ik gelijk krijg in de letselschadeprocedure!’ Daar is de tuchtrechtzaak natuurlijk niet voor bedoeld, maar de zaak werd wel gewoon doorgezet.

Zelf heb ik dit argument wel eens ingebracht in een hogerberoepzaak. Mijn verweer dat er sprake was van misbruik van het tuchtrecht, werd toen afgewezen omdat men van mening was dat in hoger beroep nooit misbruik van het recht kan worden gemaakt, maar er werd toen wel aangegeven dat dit argument in eerste aanleg wel van toepassing zou kunnen zijn.

U heeft één keer in uw carrière een waarschuwing gehad. Wilt u daar meer over vertellen?

Het was een in mijn ogen onterechte veroordeling, maar ja, ergens was dat ook wel weer goed, anders denk je maar dat je onkwetsbaar bent ...

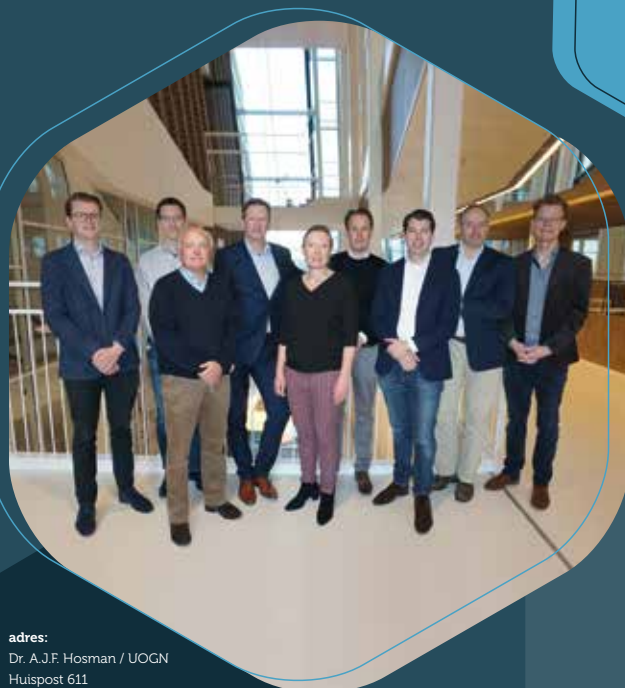
Het ging toen om een complexe zaak waarin onder meer een discussie speelde over het correctierecht. Volgens wet- en regelgeving heeft het correctierecht alleen betrekking op objectiveerbare feiten in het gespreksverslag. Maar daar werd, ook in hoger beroep, anders over geoordeeld. Het Centraal Tuchtcollege nam aan dat het correctierecht betrekking heeft op alles wat er is gezegd. Als je dat zou moeten volgen, kan iemand de uitkomst van een expertise dus altijd ten gunste van zichzelf laten aanpassen. Ik ben nog steeds van mening dat dit niet klopt en heb het ook bij mijn beroepsvereniging aangekaart. Overigens heeft deze uitspraak verder niet tot navolging in de praktijk geleid, mogelijk ook omdat deze zaak nooit is gepubliceerd. Het gevolg is dat je zulke ongebreidelde correcties wel in je rapport opneemt, maar dat je er verder geen consequenties aan verbindt. Volgens mij is dat nooit de bedoeling van dit ‘recht’ geweest. Ondanks dat ik er wel afstand van kan nemen heb ik gemerkt dat ik het hele proces als zeer onbevredigend heb ervaren, ook al omdat ik voor mijn gevoel tijdens

de zitting niet werd gehoord. Maar ik ervaar het niet als een smet op mijn reputatie. ‘Er is een leven na een waarschuwing.’ Aanbevelingen voor de praktijk, heeft u wellicht tips voor andere artsen? Dat denk ik wel. Het belangrijkste lijkt mij je innerlijke overtuiging over hoe je hebt gehandeld. Die moet dan wel gebaseerd zijn op gezonde zelfkritiek en openstaan voor externe toetsing. Maar we weten ook dat tuchtrechtelijke uitspraken nogal eens omstreden zijn. Het is positief als je door een tuchtzaak inziet dat je zaken anders moet aanpakken. Dan is het gewoon een leerzaam proces. Je moet het ook niet zwaarder maken dan het is, het hoort in wezen gewoon bij het vak. Tuchtrechtzaken geven je ook de mogelijkheid om te oefenen in het motiveren van wat je hebt gedaan. Het

schrijven van een verweer is nuttig om de essentie van een zaak helder te krijgen en je beslissingen goed te verwoorden. Van die vaardigheid kun je zowel in je werk als in je privéleven dagelijks profijt hebben. Leun ook niet te zwaar op je advocaat. Je moet toch zelf je verweer schrijven. Ikzelf doe eigenlijk geen beroep meer op een advocaat. Het geeft mij meer controle over het hele proces en ik kan zo zelf bepalen hoe het verweer eruit komt te zien. En tot slot: zelfs als de procedure is tegengevallen: ‘slik die bittere pil en ga weer door!’

Dit interview is eerder gepubliceerd in Afwikkeling Personenschade 2020-3-4, p. 56-59: Mr. F.Th. Peters, “Ik werk alsof het stiekem wordt opgenomen”,

UOGN



adres:

Dr. A.J.F. Hosman / UOGN
Huispost 611
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
orthopedisch-expertisecentrum@outlook.com

Onze werkstijl:

- » academische experts
- » directe afspraak
- » laagdrempelig overleg
- » heldere formulering
- » focus op beperkingen
- » interne kwaliteitscontrole
- » onderbouwd met literatuur
- » snelle levering

Dr. A.J.F. Hosman
Associate Professor
algemeen
wervelkolom
traumatologie
kinderorthopedie
mediation

Dr. M. Holla
traumatologie
algemeen
voet en enkel

Prof. Dr. H.W.B. Schreuder
algemeen
oncologie
wervelkolom
traumatologie

Dr. I.C.M. van der Geest
algemeen
oncologie

Dr. W.H.C. Rijnen
algemeen
heupgewricht
heupprothesiologie

Dr. Ing. S.A.W. van de Groes
algemeen
kniegewricht
knieprothesiologie

Prof. dr. M. de Kleuver
algemeen
wervelkolom

Dr. E.F. Dierselhuus
algemeen
trauma

Dr. M.H. Pouw
algemeen
wervelkolom
kinderorthopedie

Dr. J. Visser
algemeen
heupgewricht
heupprothesiologie

ERRATUM

In het artikel ‘De onacceptabele mate van malrotatie na de plaatsing van een mergpen bij femurfracturen’ van Anton Hosman in de vorige GAVscoop 2022-2 zijn bij het drukken per abuis tabellen niet geplaatst, waarvoor de excuses namens de redactie. De ontbrekende tabellen zullen in het online nummer op de GAVscoop website te zien zijn.

De waarde van aanvullend onderzoek bij de kwantificering van cognitieve problematiek, met name neuropsychologisch onderzoek

E.M.H. van den Doel

Inleiding

In het kader van de medische expertise wordt aan de neuroloog vaak een beoordeling gevraagd van cognitief disfunctioneren. Hoewel dergelijke problematiek in principe het gevolg is van een aandoening van de hersenen, is van oudsher bekend dat cognitief disfunctioneren ook het gevolg kan zijn van een algemene aandoening, bijvoorbeeld als die resulteert in een chronische pijn of een chronische vermoeidheid. In hoofdzaak echter berust cognitief disfunctioneren op een aandoening van het hersenweefsel zelf, zoals bij alle vormen van dementering of door een vorm van hersenletsel. Aangezien dementeringsbeelden uitsluitend een rol spelen bij arbeidsongeschiktheidsproblematiek (en daarbij zelden tot discussie aanleiding geven) en verder niet of nauwelijks in de neurologische expertise, zal ik mij in dit artikel beperken tot hersenletsel.

Hersenletsel kan daarbij worden ingedeeld in 3 soorten: traumatisch, hypoxisch/diffuus ischemisch (zoals na een hartstilstand of een verdrinking) en overige vormen, zoals ten gevolge van infecties van de hersenen, aandoeningen van de bloedvaten van de hersenen, tumoren en complicaties van interne ziekten.

De traumatische vorm kan worden onderscheiden in diffuus letsel en focaal letsel, zoals bij steek- of schotwondingen.

Aangezien de hersenen de essentie van ons functioneren als mens zijn, hebben aandoeningen die hersenletsel veroorzaken vaak grote implicaties op het menselijk functioneren.

Alle vormen van hersenletsel hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken wat betreft de aard van de mogelijke restverschijnselen. Anderzijds heeft iedere categorie ook zijn eigen kenmerken, zowel wat betreft de symptomatologie als wat betreft behandeling en prognose.

De gevolgen van hersenletsel kunnen daarbij per individu verschillen. Sommigen ondervinden van

aantoonbaar fors letsel weinig gevolgen, anderen van een vergelijkbaar letsel grote gevolgen. Daarbij hangen de gevolgen ook nog eens af van de plaats in de hersenen waar het letsel ontstaat: in sommige hersengebieden hebben grote letsels soms weinig merkbare gevolgen, zoals in de frontale gebieden van de hersenen, op andere plaatsen hebben kleine letsels soms grote gevolgen, zoals in de thalamus.

Deels worden de gevolgen bepaald door de Ausgangssituatie, dat wil zeggen het niveau waarop het individu cognitief functioneerde. Een grote "cognitieve reserve" kan de gevolgen beperken. Wanneer men immers van 150 50 verliest houdt men 2/3 over, wanneer men van 100 50 verliest houdt men slechts 50% over.

Toch is het dan denkbaar dat het individu dat genoemd 1/3 verliest dat verlies als ernstiger ervaart dan diegene die 50% verliest, afhankelijk van de aard van dit verlies. Dit is met name het geval wanneer dat verlies een bijzondere bezaafdheid betreft, zoals een absoluut gehoor of een bijzondere spreekvaardigheid.

Bij hersenletsel wordt voor de beoordeling vaak uitgegaan van de gemiddelde mens, waarbij een bijzondere bezaafdheid vaak buiten beschouwing blijft. Bij onderzoek blijkt dat bij hersenletsel juist de moeilijker meetbare subtiele stoornissen, zowel wat betreft het cognitief functioneren als het lichamenlijk functioneren niet worden opgemerkt, behalve door het slachtoffer zelf bij het hervatten van het leven zoals hij/ zij dat gewend was. Erkenning van een dergelijk letsel ligt dan, met name verzekeringstechnisch, vaak moeilijk.

Kwantificering van hersenletsel

In het beginstadium van de ontwikkeling van de kennis over het functioneren van de hersenen overheerste enige tijd de lokalisatieleer, dat wil zeggen dat specifieke hersenfuncties op omschreven plekken in de hersenen terug te vinden zijn en dat een letsel van een dergelijke plek evenzeer een correlerend defect geeft.

Allereerst kwam dit naar voren in de leer van de phrenologie, waarin werd verdedigd dat men aan de vorm van de schedel de functionele eigenschappen van de hersenen kon afleiden. De term “wiskundeknobbel” refereert hier nog aan. Wanneer men de in sommige medische praktijken aanwezige modellen van een frenologische schedel beziet dan is duidelijk dat ook binnen deze, verder onjuiste leer, wel werd ingezien hoe complex de hersenfunctie is.

De beschrijving van afasie bij links temporale letsels door Broca in 1861 gaf lange tijd ondersteuning aan de lokalisatieler binnen de hersenen. Langzaam heeft daarna het inzicht gewonnen dat de hersenen meer als een geheel moeten worden gezien, waarbij echter letsels van bepaalde gebieden van de hersenen omschreven klachten kunnen geven, waarbij echter slechts beperkte zekerheid is dat dergelijke letsels ook omschreven klachten moeten geven.

De grote sprongen vooruit, die de beeldvormende techniek de afgelopen 50 jaar heeft gemaakt, heeft de inzichten daarin verdiept. Ook hier is echter duidelijk geworden dat kwantificering van afwijkingen niet altijd correleert met kwantificering van functiestoornis, dat wil zeggen dat de mate van afwijkingen bij beeldvorming en in de praktijk zich niet altijd weerspiegelen in de mate van functieverlies. Het sterk toegenomen gebruik van beeldvorming, ook bij specifieke klachten of zelfs preventief, heeft daarbij eveneens aangetoond dat er verrassend veel afwijkingen kunnen zijn die in het geheel geen verschijnselen geven.

De toegenomen mogelijkheden voor functieonderzoek, zoals functionele MRI, hebben veel verduidelijking gebracht, echter ook geen definitieve oplossing door het kip-ei probleem: tonen zij stoornissen aan, op grond van een letsel, of geven zij aan dat het betreffende deel van de hersenen anders wordt gebruikt dan normaal, zonder dat er sprake is van letsel?

Het beoordelen en kwantificeren van hersenletsel blijft derhalve een zaak van zorgvuldig afwegen van een aantal factoren. Dit betreft de aard van het letsel (dat vanwege het aantal aandoeningen dat tot letsel leidde eigen karakteristieken kan hebben) en het aanvullend onderzoek zoals elektro-encefalografisch elektromyografie en beeldvorming zoals CT-scan en MRI, alsmede bij cognitieve problemen: het neuropsychologisch onderzoek. Dit alles moet dan weer worden gerelateerd aan het klinisch beloop en in feite ook aan de leeftijd en de persoonlijkheid, hoewel dit laatste vaak in het kader van neuropsychologisch onderzoek geschiedt.

De uiteindelijke kwantificering uitgedrukt in functieverlies wordt in Nederland meestal gedaan uitgaande van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, die weer gebaseerd zijn op

de richtlijnen van de American Medical Association. Direct dient benadrukt te worden dat functieverlies niet hetzelfde is als beperkingen. Afhankelijk van de situatie kan gering functieverlies tot grote beperkingen aanleiding geven en fors functieverlies tot relatief geringe beperking.

Bij de vaststelling van de mate van een dergelijk functieverlies moet de neuroloog, zoals ook in de Amerikaanse richtlijnen wordt benadrukt, allereerst uitgaan van de diagnose, verder speelt de anamnese een belangrijke rol, al dan niet aangevuld door gegevens van derden zoals familie of werkgever, verder moeten de bevindingen in de behandelende sector worden gewogen, de aanvullende onderzoeken, met name de beeldvorming, en tenslotte wordt vaak gebruik gemaakt van neuropsychologisch onderzoek. In de laatste revisie van de AMA Guides januari 2023 wordt daarbij de nadruk gelegd op de interferentie van de aandoening met de activiteiten van het dagelijks leven. Dit kan in de praktijk problemen geven, omdat de mate van beïnvloeding die de onderzochte aangeeft niet altijd hoeft te correleren met de aard van de aandoening. Dit is ook de reden dat allereerst de aard van de aandoening moet worden vastgesteld, waarna de beïnvloeding van de activiteiten van het algemeen dagelijks leven een zekere bandbreedte binnen deze categorie biedt.

Juist omdat de hersenen echter zo complex zijn en beïnvloed kunnen worden door een veelheid aan factoren wijken ook de AMA Guides in hoofdstuk 13 af van het principe dat moet worden uitgegaan van de diagnose. De voornaamste categorieën, op grond waarvan hersenletsel moet worden gekwantificeerd, gaan in het hoofdstuk immers van de klachten en/of symptomen uit, zoals een stoornis van het geïntegreerde mentale functioneren, van de spraak of een episodische stoornis. Dit geldt ook voor de overige categorieën in dit hoofdstuk, waarbij echter wel wordt vereist dat deze het gevolg zijn van een aandoening van het centrale zenuwstelsel.

Alle ter beschikking staande gegevens moeten dus worden gewogen, waarbij de neuroloog ook de waarde van het aanvullend onderzoek moet wegen. Dit geldt zowel voor beeldvorming, bijvoorbeeld door geavanceerde MRI technieken, als voor neuropsychologisch onderzoek. *Recent is door de verzekeringsarts Elemans en door de neuropsycholoog Stapert (Letsel en Schade 2022 nr 4, 15 -20) betoogd dat de neuropsycholoog onafhankelijk van de neuroloog cognitief functieverlies zou kunnen vaststellen.* Dit is een bijzondere visie, die er met name op gericht lijkt te zijn om moeilijk objectiveerbare cognitieve klachten, zoals die worden ervaren na een even moeilijk te objectiveren klachtenpatroon dat als whiplash of postwhiplashsyndroom wordt omschreven, toch tot de vaststelling van functieverlies te kunnen komen. Deze visie wordt dan ook op geen enkele wijze

ondersteund door de in ons land meest gebruikte richtlijnen, evenmin door de AMA Guides.

Daarnaast uiten deze auteurs een bezwaar tegen de visie, die is opgenomen in de richtlijn voor het vaststellen van functieverlies van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, dat de neuroloog in staat moet worden geacht om een globaal kwaliteitsoordeel te geven over hulponderzoek zoals neuropsychologisch onderzoek. Omdat deze formulering zeer nadrukkelijk op deze manier is geformuleerd en opgenomen in de richtlijn, onder andere gebaseerd op jurisprudentie, zal daarop hieronder nader worden ingegaan.

Tenslotte tekenen de auteurs in een voetnoot aan dat zij bezwaar hebben tegen een uitspraak in kwantitatieve zin door de neurologen over beperkingen op neurocognitief gebied. Ook dit is echter bewust zo geformuleerd, gebaseerd op de jarenlang bestaande richtlijnen, gebaseerd op de AMA Guides, waarin ook in de laatste editie van 1 januari 2023 in hoofdstuk 1 deze benadering wordt geschetst. De AMA Guides kennen zelf binnen de kwantificering ook een dergelijke globale kwantificatie, zoals: geen probleem, gering probleem, groot probleem. De neuroloog maakt daarbij gebruik van zijn eigen deskundig oordeel vanuit zijn vakgebied, aangevuld door andere onderzoeken zoals beeldvorming, laboratoriumonderzoek, klinisch neurofysiologisch onderzoek en neuropsychologisch onderzoek. Alleen de neuroloog is in staat om tot een totaalbeeld te komen binnen een bepaalde diagnose, met een weging van al deze factoren, waaronder ook de invloed van behandelingen en/of medicatie en de beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven, zoals die uit het onderzoek naar voren komen, dit alles conform de systematiek van de AMAGuides.

MRI

De belangrijkste doorbraak in de beeldvorming binnen de neurologie is de CT-scan geweest, die het voor het eerst mogelijk maakte de hersenen direct af te beelden. Het toenemend gebruik van de CT-scan heeft duidelijk gemaakt dat er zichtbare vormen van hersenletsels kunnen zijn met minder verschijnselen dan aanvankelijk gedacht. Dit werd nog versterkt door de volgende grote stap voorwaarts, de invoering van de MRI scan. De polarisering van het gebruik van de MRI in preventieve screening door commerciële ondernemingen heeft verder verduidelijkt hoeveel bijzondere beelden en bevindingen zich kunnen voordoen, waarvan de betekenis onduidelijk is of op termijn niet significant blijkt. MRI technieken hebben zich in de loop der jaren steeds verder ontwikkeld met daarbij de mogelijkheid steeds subtielere afwijkingen zichtbaar te maken. De veelheid aan toepasbare MRI technieken maakt het van belang dat ook de specialist, die niet direct verantwoordelijk is voor de beeldvorming, globaal op de hoogte is van wat er wordt

gemeten. Niet iedere MRI hoeft een goede MRI te zijn. De beeldvormend specialist is daarbij vaak afhankelijk van een gerichte vraagstelling om zodoende te kunnen vaststellen dat de juiste technieken zijn toegepast. Omgekeerd moet de aanvragend arts zich er globaal van vergewissen dat aan de vraagstelling is voldaan. Ook bij de beoordeling van medische literatuur is enige globale kennis van MRI technieken van een steeds groter belang geworden. Een voorbeeld van het belang van juiste beeldvorming, van enkele jaren geleden, moge dit illustreren.

In een groot ziekenhuis ontstaat een lange doorgangstijd tot MRI-onderzoek. Teneinde de doorstroming te bevorderen wordt tussen radiologen en neurologen afgesproken dat bij de indicatie hoofdpijn alleen een T2 MRI zal worden gemaakt. Een patiënt wordt naar de neuroloog verwezen met linkszijdige pijnklachten in het gezicht, uitstralend naar de schouder en vermoeidheid. De neuroloog vraagt een MRI aan met als enige reden “hoofdpijn”, de beeldvorming wordt afgegeven als niet afwijkend. Wanneer zich weken later een syndroom van Horner links ontwikkelt, wordt een aanvullende MRI gemaakt, waarop een invasief carcinoom van de nasofarynx holte wordt gezien, die bij nader inzien bij het eerdere onderzoek retrospectief toch zichtbaar was. Ook hier doet zich dan het probleem weer van de verantwoordelijkheid voor. Is dit de neuroloog, die alleen “hoofdpijn” heeft ingevuld, en zich wellicht na de MRI had moeten realiseren dat dit in het onderliggende geval tot onvoldoende beeldvorming aanleiding had gegeven, of is het de radioloog die insufficiënt onderzoek accepteert?

Juist in de medische expertise is het van groot belang dat de deskundige zich vergewist van het feit dat er adequaat onderzoek is verricht, passend bij diagnose en vraagstelling.

Het neuropsychologisch onderzoek

Men kan de neuropsycholoog inschakelen voor het vaststellen van de aanwezigheid van stoornissen in het cognitief functioneren, zoals aandacht en concentratie, leervermogen, geheugen, taalexpressie en taalbegrip, visueel-ruimtelijke functies en vaardigheden, sociale cognitie, en executief functioneren. Daarnaast kan aan de neuropsycholoog gevraagd worden uitspraken te doen over het emotioneel functioneren, stoornissen in het gedrag en de betrouwbaarheid van de verkregen informatie.

De laatste editie van de AMA Guides stelt hierbij (hoofdstuk 13): *Neuropsychological assessment and consultation* can help characterize cognitive and behavioral alterations and is useful in clinical assessment and in the planning of clinical management. The results of this assessment must be

interpreted in the context of clinical and other test information. Many factors affect neuropsychological performance (eg, age, education, socioeconomic status, cultural background) and they must be considered for their influence on test results. Neuropsychological tests may be able to distinguish between abnormal and normal performance, but they offer less information about the cause of the problem. Interpretation of test scores are complicated by premorbid factors and clinical correlates (eg, prior educational level, language proficiency, cultural differences).

Vraagstellingen voor de neuropsycholoog hebben betrekking op drie niveaus, namelijk het cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren.

In de praktijk wordt het neuropsychologisch onderzoek soms benaderd als het maken van een thorax foto: het is een standaardonderzoek waarvan de uitkomst duidelijk is. Dit is echter niet waar. Neuropsychologisch onderzoek tracht de hersenfunctie in zijn complexiteit te meten, en, gezien deze complexiteit, dient een goed onderzoek uitgebreid en zorgvuldig te zijn. Daarnaast dient altijd rekening te worden gehouden met secundaire invloeden die het onderzoek kunnen beïnvloeden, zoals vermoeidheid of het gebruik van geneesmiddelen. Zo komt het in de praktijk nog wel eens voor dat opvallend vertraagd werken wordt gezien als een bewijs van hersenletsel, terwijl niet wordt ingegaan op een mogelijke andere oorzaak. Wie voor neuropsychologisch onderzoek sedativa inneemt, zal altijd minder alert en minder snel reageren, maar dit wil niet zeggen dat er sprake is van hersenletsel. De AMA Guides stellen dan ook (hoofdstuk 15): Abnormalities on neuropsychological test batteries are not pathognomonic of brain damage. Instead, they assess the individual's ability to perform a task associated with one or more cognitive domains under standardized conditions. In addition to issues related to motivation and response set, other factors may have an effect on test results. These include aging, education, motivation, ethnicity, culture, prescribed medications, substance abuse, pain, peripheral nervous system pathology, and psychiatric disorders. Neuropsychological testing is most useful in patients with subtle organic deficits, not obvious ones, where office assessment is often adequate.

In de AMA Guides 6e editie, ook in de versie die vanaf 1 januari 2023 geldig is, is dan ook een uitgebreid schema opgenomen van evaluaties waaraan een goed neuropsychologisch onderzoek moet voldoen. Het is opmerkelijk dat deze lijst in een uitgave van de American Medical Association staat, terwijl op de website van de American Psychological Association niets te vinden is over kwaliteitscriteria waar een neuropsychologisch onderzoek aan zou moeten voldoen.

Ook het Nederlands instituut voor Psychologie,

sectie neuropsychologie, heeft in 2016 een richtlijn ontwikkeld waaraan een goed neuropsychologisch onderzoek in het kader van een expertise zou moeten voldoen. Naast de beschreven kwaliteitseisen wordt daarin gesteld: voor de beoordeling van eventuele secundaire factoren die van invloed kunnen zijn op een hersenletsel, zoals depressieve verschijnselen of verwerkingsproblematiek in brede zin, is neuropsychologisch onderzoek niet al te lange tijd na het ontstaan van het letsel van belang. Immers, een secundaire achteruitgang is onwaarschijnlijk na een hersenletsel. Het is daarbij wel van belang dat het eerste neuropsychologisch onderzoek wordt uitgevoerd op het moment dat een groot deel van het herstel aannemelijk mag worden geacht, dit kan globaal een half jaar na het ontstaan van het letsel zijn.

Ook in de Duitse richtlijnen voor neurologische expertise (Begutachtung in der Neurologie, 2e editie 2011) is in hoofdstuk 22 betreffende neurocognitieve functieproblemen een beschouwing opgenomen over de kwaliteitseisen aan neuropsychologisch onderzoek. Daarin wordt ook gesteld dat de neuroloog het neuropsychologische expertiserapport beoordeelt aan de hand van zijn professionele kennis op neurologisch vakgebied, waarbij de neuroloog neurologische, psychopathologische en neuropsychologische bevindingen integreert.

Juist deze integratie is van groot belang, zoals ook Hartje in zijn monografie over neuropsychologische expertise (Hartje W. Neuropsychologische Begutachtung. Hogrefe Verlag 2004) benadrukt. Deze stelt ook dat voor de beoordeling van het causale verband tussen een functiestoornis en een omschreven letsel niet zelden problemen zich voordoen bij neuropsychologisch onderzoek. De meeste functiestoornissen die bij dit onderzoek worden vastgesteld, in tegenstelling tot lichamelijke functiestoornissen, hebben geen specificiteit wat betreft de oorzaak en evenmin specificiteit wat betreft lokalisatie binnen de hersenen. Dit speelt in het bijzonder bij expertise onderzoek in het kader van licht traumatisch hersenletsel en whiplashproblematiek, ook in Duitsland. Het is dus de taak van de neuroloog om de neuropsychologische bevindingen te integreren met de bevindingen op neurologisch vakgebied, waarbij de neuropsycholoog vanuit zijn specifieke kennis kan aangeven of de gevonden functiestoornissen kunnen passen binnen een diagnose op neurologisch vakgebied, zoals door de neuroloog vastgesteld. Vaak komt dit overeen, er kan echter ook een discrepantie zijn.

Een voorbeeld moge dit illustreren

Na een auto-ongeval ontstaan bij het slachtoffer klachten van cognitief disfunctioneren. In de letselsschadeprocedure benoemt de Rechtbank een neuroloog als deskundige en een neuropsycholoog.

Aan beiden wordt een aparte opdracht gegeven, en aan beiden wordt de hier IWMD vraagstelling voorgelegd, zonder dat de Rechtbank op de geschiktheid van deze vraagstelling voor neuropsychologisch onderzoek ingaat. De neuroloog krijgt de opdracht van de Rechtbank om het neuropsychologisch onderzoek in zijn rapport te integreren. De neuroloog komt tot de conclusie dat er geen sprake is van enige vorm van hersenletsel en dat er op grond daarvan op neurologisch vakgebied geen redenen zijn om betrokkene beperkingen op te leggen. De neuropsycholoog stelt bij het onderzoek functieproblematiek vast, concludeert dat dit past bij een hersenkneuzing en acht beperkingen aanwezig. De neuroloog die de opdracht krijgt deze bevindingen in zijn rapport te integreren concludeert dat er nogmaals op neurologisch vakgebied geen redenen zijn beperkingen op te leggen en dat de beperkingen die de neuropsycholoog aanwezig acht voor diens eigen rekening komen, zonder hier verder op in te gaan.

Hier ziet men de problematiek opkomen aan de hand van onvoldoende integratie en onafhankelijk voorgelege vraagstelling: moet nu worden geconcludeerd op basis van het neuropsychologisch onderzoek dat er toch hersenletsel is ten gevolge van het ongeval, of moet worden geconcludeerd dat de gevonden functiestoornissen bij het neuropsychologisch onderzoek een andere oorzaak moeten hebben dan een traumatisch hersenletsel, waarop de neuropsycholoog blijkbaar onvoldoende is ingegaan?

Door het Centraal Tuchtcollege zijn in het verleden algemene kwaliteitseisen geformuleerd waaraan een deskundigenrapport moet voldoen. Deze zijn:

1. In het advies wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusie van het advies steunt.
2. De in het advies uiteengezette gronden vinden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het advies.
3. De gronden kunnen de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen.
4. De rapportage beperkt zich tot de deskundigheid van de rapporteur.
5. De methode van onderzoek teneinde tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen, moet tot het beoogde doel kunnen leiden.

Het zal duidelijk zijn dat dergelijke eisen ook gelden voor het neuropsychologische deskundigenrapport. Net zoals juridische instanties zich aan de hand van deze eisen een oordeel moeten kunnen vormen, globaal, over een medisch deskundigenrapport, kan de neuroloog op grond van zijn eigen deskundigheid vaststellen of een neuropsychologisch rapport ook aan deze eisen voldoet en of de neuropsychologische bevindingen in conclusie kunnen worden gevolgd. Dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Een voorbeeld

Een man van middelbare leeftijd maakt in een periode van 3 maanden tweemaal een kortdurende aanval van dubbelzien door. Hij wordt uitgebreid neurologisch onderzocht, waarbij geen oorzaak wordt gevonden. De MRI van de hersenen laat slechts specifieke witte stof afwijkingen zien. Geconcludeerd wordt dat het, gezien de leeftijd, de witte stof afwijkingen en het rookgedrag van betrokkene, een TIA zou kunnen zijn en betrokkene krijgt secundair profylactische medicatie. Hij blijft klagen over geestelijke en lichamelijke vermoeidheid. Zijn arbeidsongeschiktheidverzekering erkent alleen fysieke problematiek. In het kader van een expertise wordt neurologisch onderzoek gedaan, gevolgd door een neuropsychologisch onderzoek. De neuroloog concludeert dat de problematiek, van wat voor aard dan ook, in het hersenstam gebied moet hebben gelegen en dat er geen sprake is van een aandoening op neurologisch vakgebied die de ervaren klachten verklaart en dat er sprake zou kunnen zijn van een secundaire problematiek, zoals depressiviteit of verwerkingsproblematiek. Bij neuropsychologisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden, het verbale geheugen is iets afgenomen en de neuropsycholoog concludeert dat de prestaties iets minder zijn dan bij het opleidingsniveau zouden mogen worden verwacht. De neuropsycholoog concludeert vervolgens dat de bevindingen passen bij cognitieve functieproblemen na een TIA, waarbij de prognose ongunstig wordt geacht. De neuroloog concludeerde dat hij zich niet kan vinden in deze stellige conclusie en wijst erop dat het neuropsychologisch rapport geen aandacht besteedt aan eventuele secundaire problematiek, te weten enige vorm van emotionele stoornis. De neuroloog handhaaft de conclusie op neurologisch vakgebied. Omdat deze conclusie invloed heeft op de arbeidsongeschiktheidverzekering dient de onderzochte een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege, dat de neuroloog de maatregel van waarschuwing oplegt omdat diens conclusies te stellig zouden zijn. In hoger beroep wordt door het Centraal Tuchtcollege deze maatregel ongedaan gemaakt.

Ook hier doet zich dezelfde problematiek voor als in het eerste voorbeeld: moet de neuropsycholoog nu zo deskundig worden geacht dat diens conclusies direct moeten worden gevolgd of moet de conclusie van de neuroloog worden gevolgd vanuit diens deskundigheid wat betreft aandoeningen van de hersenen? Bovendien is hier door het Centraal Tuchtcollege geaccepteerd dat de neuroloog een globaal oordeel heeft gegeven over de kwaliteit van het neuropsychologisch onderzoek en de daarin verwoorde conclusie, waarbij er dus volgens dit oordeel ook geen sprake is van een uitspraak buiten het eigen deskundigheid gebied.

Tenslotte wijs ik nog op de uitspraak van de Rechtbank

Rotterdam van 11 april 2016 (ECLI;NL-RBROT:2803) dat bij klachten die als whiplash worden geduid een neurologisch onderzoek is aangewezen. Ook wanneer deze klachten louter cognitief zijn, kan dus niet worden volstaan met een oordeel door de neuropsycholoog.

Samenvattend: kwantificering van een letsel van het zenuwstelsel is het deskundigheid gebied van de neuroloog. Deze kan daarbij gebruik maken van aanvullend onderzoek, waaronder beeldvormend

onderzoek in alle aspecten en neuropsychologisch onderzoek. Dergelijk onderzoek kan niet als absolute waarheid op zich worden gezien maar moet worden geïntegreerd in het neurologisch deskundigenoordeel, waarbij de neuroloog de plicht heeft zich globaal van de kwaliteit van het verrichte onderzoek te overtuigen, aan de hand van algemene kwaliteitscriteria, hoe gedetailleerd en vaktechnisch complex ook een dergelijk onderzoek is. **Het standpunt van Elemans en Stapert moet worden afgewezen.**

Wanneer goede slaap niet verzekerd is

Prof. dr. Gert Jan Lammers*, dr. Angelique Pijpers**

Inleiding

Hoewel we allemaal slapen, is er geen algemeen aanvaarde definitie wat slaap precies is. En dat voor een biologisch kwetsbare toestand waarin we bij een gemiddelde levensverwachting circa 29.000 nachten ofwel 230.000 uur verkeren.

Als mensen staan we niet alleen. In het dierenrijk wordt reeds heel vroeg in de evolutie slaap(gedrag) waargenomen en is het geconserveerd gebleven. Insecten en reptielen vertonen al slaapgedrag. Bij insecten is slaap uiteraard niet te meten met de gebruikelijke technieken maar er is slaapgedrag waarbij dezelfde genen betrokken zijn die bij hogere dieren betrokken zijn bij slaap. Dit gegeven kan moeilijk anders geïnterpreteerd worden dan dat slaap blijkbaar essentieel is voor (overleven van) mens en dier. De vraag waarom is echter nog steeds goeddeels onbeantwoord.

Slaap is zeker noodzakelijk voor herstel en onderhoud van hersenen, synapsen en ons organisme als geheel. Dit verklaart echter nog niet waarom slaapbehoefte en daarmee slaapduur tussen diersoorten maar ook tussen mensen onderling zo verschilt. Gemiddeld is de slaapbehoefte voor volwassen mensen ongeveer

7,5 tot 8 uur, echter de spreiding is groot: van iets minder dan 4 uur tot ruim 10 uur. Daarnaast zijn er overtuigende aanwijzingen, althans in het dierenrijk, dat slaap heel belangrijk is voor aanpassing aan de leefomgeving en met name doorstaan van (periodes van) voedselschaarste. Voor ons mensen is aannemelijk dat we in de nacht zijn gaan slapen omdat we met de ons ter beschikking staande zintuigen weinig konden in de nacht. Na honderdduizenden jaren evolutie heeft dit ons gemaakt tot organismen die overdag actief (moeten) zijn en al snel in de problemen komen als we 's nachts actief zijn in plaats van te gaan slapen. Het is ook aannemelijk dat, omdat we gingen slapen, er een evolutionair voordeel was om andere processen in de slaap te laten plaatsvinden dan wel uit energetisch oogpunt op een laag pitje te zetten. Dit verklaart vermoedelijk waarom mensen met een verstoorde slaap zo veel klachten ervaren, ook klachten die we intuïtief niet direct aan slaap zouden koppelen. Evolutionair is slaap met andere (basale) lichaamsprocessen aan de nacht en de slaap gekoppeld geraakt.¹

Als we eens één of twee nachten een verstoorde slaap hebben krijgen we geen verstoring van al die andere processen. We ervaren dan slechts de korte termijn effecten van een tekort aan slaap: slaperig zijn, verminderde concentratie, en soms ook prikkelbaarheid. Maar met een nachtje "bijslapen" is alles weer op orde. Dat lijken wij, ook als hulpverleners, vaak op mensen met chronische slaapklachten te projecteren: zo erg is het toch niet want ik ervaar het ook wel eens. Maar bij dat "eens" zit waarschijnlijk de crux.

Bovenstaande besproken verwevenheid kan ook

* Prof. dr. Gert Jan Lammers, neuroloog en somnoloog
Hoogleraar Slaapgeneeskunde, afdeling Neurologie LUMC,
Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden
Medisch hoofd van de Slaap-Waakcentra van SEIN
(Stichting Epilepsie Instellingen Nederland).

** Dr. Angelique Pijpers, neuroloog en somnoloog
Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe,
Sterkselseweg 65, 5591 VE Heeze.

verklaren waarom verstoring van andere basale processen dan slaap vaak leidt tot slaapprostoring.

Hoe is slaap gereguleerd?

Er is veel kennis over hoe slaap gereguleerd is. Borbely (1982) beschreef voor het eerst het twee-processen model in de regulatie van de timing, duur en diepte van de slaap. Het is een combinatie van ¹ circadiane invloeden (proces C) via de biologische klok die weer beïnvloed wordt door de licht-donker cyclus, en ² de opgebouwde slaapschuld (Proces S). Hoe langer iemand wakker is hoe groter de slaapschuld en hoe groter de slaapneiging. Bij een normaal slaap-waakritme en een normaal werkende biologische klok valt het circadiane signaal om te gaan slapen 's avonds samen met een zodanige slaapschuld dat in slaap vallen en ontwakken zonder versturende factoren probleemloos verloopt.²

Wat voor slaapprostoringen worden er onderscheiden?

Wereldwijd wordt de indeling van de "International Classification of Sleep Disorders" (ICSD) gebruikt, de derde versie uit 2014.³ Een revisie is op komst. De internationale classificatie van slaapprostoringen onderscheidt (ICSD-3) omvat 6 categorieën:

1. Insomnie (slapeloosheid);
2. Slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen (met name het Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS), maar het ook veel zeldzamer voorkomende Obesitas Hypoventilatie Syndroom (OHS));
3. Hypersomnolentie (toegenomen slaapprobeefte of onvermogen om wakker te blijven overdag, met name narcolepsie en idiopathische hypersomnolentie);
4. Parasomnie (abnormale ervaringen of gedragingen in de slaap; o.a. zogenaamde non-REM parasomnieën als slaapwandelen, en REM-slaap parasomnieën als REM Sleep Behavior Disorder (RBD));
5. Slaapgerelateerde bewegingsstoornissen (met name bewegingsdrang in de benen bij het inslapen, met name het Restless Legs Syndroom (RLS));
6. Circadiane-ritmestoornissen (de interne biologische klok past niet bij het 24-uursritme van de omgeving), met name Delayed of Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD of ASWPD), of een door externe (extrinsiek) oorzaken verstoord ritme als door ploegendiensten en jetlag.

Toelichting

De meest voorkomende reden voor overmatige slaperigheid overdag is een gedragsmatig veroorzaakt structureel slaapttekort, waarbij er simpelweg te weinig uren worden geslapen ten opzichte van de biologische behoefte van het individu. Voor overmatige slaperigheid, die niet gedragsmatig bepaald is, kan het verwarrend zijn dat de meest voorkomende oorzaak slaapprostoring is, terwijl het niet tot de

"hypersomnolentie" groep behoort.

Voor de biologische klok geldt dat deze rond de adolescentie bij de meeste mensen wat trager loopt, waardoor er een neiging is later te gaan slapen en later op te staan, en er vervolgens bij het ouder worden bij de meeste mensen een verschuiving ontstaat naar een vroeger chronotype, door een zwakker signaal van de biologische klok en het moeilijker synchroniseren daarvan. Als er geen extremen ontstaan in deze levensfasen moeten deze verschuivingen als fysiologische verschijnselen worden gezien.⁴ Slaapprostoringen hebben vaak een wederkerige relatie met andere somatische en psychiatrische aandoeningen of met elkaar. Voorbeelden zijn de combinatie obstructief slaapprostoring en insomnie, insomnie en depressie, rusteloze benen syndroom en nierfunctie stoornissen.

In dit stuk richten wij ons op de aandoeningen waar het slaapprostoring het centrale probleem is.

Wat weten we over de etiologie / pathofysiologie / impact van slaapprostoringen?

Van slechts enkele slaapprostoringen is aangetoond dat het objectieveerbare organische stoornissen betreft. Dat zegt niet dat andere stoornissen niet ook een organische oorzaak kunnen hebben of per definitie minder invaliderend zijn.

Voor onderstaande slaapprostoringen is een organisch substraat bekend:

- REM-slaap gedragsstoornis (RBD). Mensen met deze aandoening leven hun droomervaringen tijdens droomslaap uit: ze kunnen gaan roepen, slaan en schoppen in het kader van droombelevingen. Het systeem in de hersenen dat ervoor zorgt dat de spieren tijdens droomslaap "uitgeschakeld" worden werkt niet goed meer. Er zijn objectieve criteria voor het stellen van deze diagnose die veroorzaakt wordt door een laesie in de hersenstam die in vrijwel alle gevallen -maar soms pas na meer dan 15 jaar- uitmondt in een synucleopathie: de ziekte van Parkinson, Multiple System Atrofie of Lewy Body Dementie (LBD). Na diagnostisering van deze stoornis is er een kans van ruim 6% per jaar dat een van deze ziekten debuteert.
- Narcolepsie met kataplexie (Narcolepsie type 1): de belangrijkste kenmerken zijn een onvermogen wakker te kunnen blijven overdag en spierslappigheid bij (met name positieve) emoties. Het wordt veroorzaakt door het selectief verdwijnen van hypocretine producerende cellen in de hypothalamus. Dit is vast te stellen door meting van de hypocretine-1 concentratie in de liquor.
- De auto-immuun encephalitiden zijn heel zeldzaam en gaan gepaard met veel meer neurologische stoornissen/uitval naast de slaapprostoringen. Soms kan een extreme, plots begonnen insomnie een eerste uiting zijn, sporadisch ook slaapprostoring.

Er zijn vrijwel altijd afwijkingen op de MRI van de hersenen en er worden specifieke antistoffen aangetroffen.

- Fatal Familial Insomnia (FFI), een uiterst zeldzame, genetisch bepaalde, degeneratieve hersenaandoening, gekenmerkt door een progressief onvermogen te kunnen slapen naast een uitgebreide andere neurologische uitval. Het beloop is, zoals de naam aangeeft, fataal. Tot nu toe is deze aandoening niet in Nederland beschreven.
- Genetisch bepaalde stoornissen van de biologische klok zijn beschreven maar zeldzaam, bij zowel ASPD als DSPD. Voor ASWPD zijn er mutaties beschreven in de genen Per2-, CK1δ-, Cry2- en Per3. Bij DSWPD zijn er enkele polymorfismen beschreven van Per3 en Cry1. Naast de circadiane ritmestoornis is er dan een verhoogde kans op bepaalde neuropsychiatrische symptomen. Zo wordt bij de CK1δmutatie een combinatie gevonden van ASWPD en migraine en kan Cry1 polymorfisme een combinatie geven van DSWPD en ADHD. In proefdieren zijn er tevens aanwijzingen dat de ASWPD op basis van een bepaalde Per2 mutatie een verhoogde tumorgenese kan geven.⁵

Vaker worden deze beelden echter veroorzaakt door een combinatie van een voornamelijk niet te identificeren genetische predispositie in slaapkwaliteit en slaappatronen, samen met sociale- en omgevingsfactoren (waaronder leefstijl en werkschema). Met name DSWPD / laat chronotype is geassocieerd met psychiatrische comorbiditeit waarbij de richting en causaliteit van de verbanden onduidelijk is.

Voor onderstaande aandoeningen is geen organisch substraat bekend, maar de diagnose wordt gesteld op basis van objectiveerbare afwijkingen:

- Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS): gekenmerkt door snurken en ademstops in de nachtslaap (valt meestal alleen de bedpartner op) en klachten overdag van met name slaperigheid en vermoeidheid naast andere mogelijke klachten van cognitie en stemming. Om de diagnose te stellen moeten er in de nachtslaap zogenaamde hypopneus of apneus worden gemeten, dit zijn respectievelijk een te oppervlakkige ademhaling en ademstops. De ernst wordt, hoewel discutabel zie onder, uitgedrukt in de Apneu Hypopneus Index (AHI): het aantal van deze events per uur slaap. Er wordt van een ademstop gesproken als er meer dan 10 seconden geen luchtpassage is naar de longen.
- Circadiane aandoeningen: met name door ploegendiensten en bij vliegend personeel dat tijdzones passeert, echter ook al dan niet erfelijk bepaalde wat te langzaam of te snel lopende biologische klok (de bovenbeschreven DSWPD en ASWPD). In alle gevallen loopt de interne biologische klok niet meer in de pas met de dag-

nacht cyclus van de directe omgeving. Het kan zowel tot nachtelijke problemen met inslapen en/of doorslapen leiden, als tot problemen overdag met wakker blijven en concentratie. Het kan zeer invaliderend zijn. De gevoeligheid voor verstoring van de biologische klok neemt toe met de leeftijd. Met behulp van langdurige actigrafie of met 24 temperatuurmetingen en/of melatonine bepalingen kunnen deze aandoeningen geobjectiveerd worden.

Aandoeningen waar geen objectivering voor nodig of mogelijk is:

RLS

- Rusteloze been klachten bestaan uit de drang om de benen te bewegen, meestal gepaard gaande met een vervelende sensatie in de benen, wat begint (of toeneemt) tijdens periodes van rust of inactiviteit. Bewegen geeft geheel of gedeeltelijke verbetering van klachten voor zolang het bewegen duurt en de klachten treden alleen of voornamelijk op in de avond of nacht. Er mag geen andere verklaring zijn voor de klachten. Er is een chronische en een intermitterende vorm van aanwezigheid van klachten. De prevalentie ligt rond de 5 tot 10% en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Bij circa 2-3% van deze mensen zijn de klachten zo hevig dat medicamenteuze behandeling is aangewezen. Tot slot is het van belang te weten dat er ook RLS mimics bestaan en secundaire vormen van RLS. De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese. Het bepalen van de ijzerstatus is belangrijk. Er kan sprake zijn van een relevant, bijdragend en behandelbaar ijzertekort al toont het bloedbeeld geen tekenen van ijzergebreksanemie.
- Insomnie: slapeloosheid is het meest voorkomende en nog altijd minst begrepen slaapprobleem. Het bestaat uit klachten over de hoeveelheid of de kwaliteit van de slaap, ondanks voldoende gelegenheid om te kunnen slapen. Daarnaast moeten er klachten overdag zijn die toe te schrijven zijn aan de slapeloosheid. Wanneer deze klachten tenminste 3 nachten per week aanwezig zijn, langer dan 3 maanden bestaan en er geen andere slaapprobleem is, spreekt men van chronische insomnie stoornis. De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese. Het betreft voornamelijk subjectieve klachten. Er zijn aanwijzingen dat een combinatie van hyperarousal, stress reacties en emotionele dysregulatie aan de basis liggen van chronische slapeloosheid.⁶ Hiervoor zijn nog geen klinische testen beschikbaar. Ter ondersteuning van de diagnose kan gebruik worden gemaakt van een slaap-waak dagboek, actigrafie en de insomnia severity index. Een slaaponderzoek (polysomnografie) is niet nodig om de diagnose te stellen, daar dit onderzoek niet geschikt is om de subjectieve kwaliteit of hoeveelheid slaap te meten.

Behandeling slaapstoornissen

Gedragmatige- en leefstijladviezen zijn vaak de hoeksteen bij de therapie van chronische slaapaandoeningen. Voor slechts enkele aandoeningen is (chronische) medicatie aangewezen en/of evidence based. Dit geldt voor RLS, narcolepsie en idiopatische hypersomnie, REM sleep behavior disorder, soms bij ernstige vormen van non-REM parasomnie en als ondersteuning bij circadiane stoornissen. Zeer recent werd het middel solriamfetol geregistreerd ter behandeling van “residuale” slaperigheid bij mensen met een goed behandelde OSAS. Het lijkt er echter op dat het grootste deel van deze patiëntengroep een comorbide of andere slaapdiagnose heeft die het gebruik van dit middel kan rechtvaardigen⁷.

Valkuilen bij bepalen van de ernst / mate beperking met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid:

- Klachten zijn geen aandoeningen en er is vaak een groot verschil tussen de prevalentie van klachten en van diagnoses.
- Slaperigheid is een kwalitatief andere klacht dan vermoeidheid.
- Een diagnose zegt vaak niet veel over een individuele patiënt. Er zijn zeer prevalentie aandoeningen die slechts in zeldzamere gevallen (al dan niet ondanks of door -verkeerde- behandeling) zeer invaliderend zijn. Dat kan verwarrend zijn: artsen associëren die aandoeningen niet met invaliditeit. Dit geldt bijvoorbeeld voor RLS en sommige circadiane stoornissen. In ernstige gevallen kunnen ze tot ernstige slaapdeprivatie leiden met alle gevolgen van dien.
- Slaapapneu: het probleem van de AHI is dat het weliswaar een goed te objectiveren maat is, maar het is (volstrekt) geen goede maat voor (de ernst van de) klachten.^{8,9} Bovendien zijn er door aanpassingen in de diagnostische criteria voor slaapapneu en de criteria voor het vaststellen van een hypo- en apneu, de laatste jaren veel meer mensen in de gewone bevolking met een verhoogde AHI. In een Zwitsers onderzoek bij een representatieve steekproef: bijna 50% van de mannen van middelbare leeftijd.¹⁰
- Sommige mensen ervaren weinig geslapen te hebben zonder dat we dat objectief kunnen vaststellen en bij anderen blijkt ook bij slaapregistratie dat er amper geslapen wordt. Overigens heeft deze laatste groep bij heel weinig slaap een verhoogde kans op cardiovasculaire problemen en het ontwikkelen van dementie.
- Melatonine metingen kunnen afwijkingen aan de biologische klok objectiveren, echter het vereist zorgvuldige afname van speeksel in dimlichtomstandigheden wat niet altijd goed lukt.

Bovendien kan inname van melatonine preparaten langdurige verstoringen van het natuurlijke ritme geven.

- Prevalente aandoeningen die doorgaans hanteerbaar zijn kunnen veel meer beperkingen dan gebruikelijk geven bij aanwezige comorbiditeit. Dat geldt bijvoorbeeld voor insomnie als het geassocieerd is met depressie of angststoornissen, of als het een uiting van een auto-immuun aandoening is.
- Het slaapveld is jong en in beweging waardoor inzichten regelmatig aangepast moeten worden. Er kan daardoor blijken dat onderzoeken methodologisch onvoldoende waren om de getrokken conclusies te rechtvaardigen of dat gedefinieerde diagnostische groepen inmiddels anders gedefinieerd zijn, zodat de conclusies niet gelden voor de huidige patiëntengroepen met deze diagnose.
- Leefstijlfactoren kunnen meespelen bij de ernst van de klachten.

Arbeidsongeschiktheid

Aangezien slaap één van onze basale functies betreft, hoeft het niet te verbazen dat langdurige verstoring van de slaap tot sociaal-maatschappelijk disfunctioneren, waaronder arbeidsongeschiktheid, kan leiden.

Over arbeidsongeschiktheid kunnen wij uiteraard geen harde uitspraken doen, maar vanuit onze ervaring kunnen we wel beschrijven wat voor begrijpelijke en verklaarbare belemmeringen er zijn bij de verschillende slaapdiagnoses. Daarbij zijn er bij de diagnoses hypersomnolentie en slaapapneu (tijdelijke) beperkingen in de rijgeschiktheid.

Er is opmerkelijk weinig wetenschappelijke literatuur over slaapstoornissen en arbeidsongeschiktheid.¹¹⁻¹⁴ Om die reden is een deel van wat onderstaand besproken wordt expert opinion. Als er wel wetenschappelijke onderbouwing is, zijn daar zo veel mogelijk (geselecteerde) referenties over toegevoegd.

De aandoeningen met een aangetoonde organische oorzaak:

- De REM-slaapgedragsstoornis op zichzelf zal zelden reden voor arbeidsongeschiktheid zijn. Dat wordt anders als zich bijkomende eerste verschijnselen van M Parkinson, MSA of LBD voordoen.
- Narcolepsie met kataplexie (type 1): tot nu toe kan narcolepsie slechts symptomatisch behandeld worden met leefstijladviezen aangevuld met medicatie. Hoewel er met behandeling enorme verbetering bereikt kan worden, blijven er altijd restklachten met name van problemen met volgehouden aandacht maar soms ook het nog in slaap vallen en/of gebrek aan energie. Het lukt mensen zelden om een fulltimebaan op adequate wijze invulling te kunnen geven. De spierverslappingen bij emoties zijn gewoonlijk voldoende goed te behandelen om daar geen

arbeidsongeschiktheid door te krijgen. Het type werk is bovendien vaak bepalend: afwisselend werk met af en toe ook lichte fysieke activiteit gaat veel beter dan monotoon beeldschermwerk en beroepen waarbij verminderde concentratie en een verhoogde kans in slaap te vallen een risico zijn, zoals bij beroepschauffeurs of het bedienen van gevaarlijke machines. Ploegendiensten moeten vermeden worden omdat die tegen de leefadviezen ingaan en de klachten erger maken.¹⁴

- (Genetisch bepaalde) intrinsieke stoornissen van de biologische klok: symptomatische behandeling bestaat uit een combinatie van chronotherapie (gedragsmatige behandeling) in combinatie met lichttherapie en eventueel nog ondersteund met de goed getimede inname van melatonine. Dit kan in veel gevallen het slaap-waak patroon weer terugbrengen naar het sociaal-maatschappelijk gewenste ritme. Echter vanwege de vaak bijdragende biologische of bepalende genetische predispositie tot laat – of vroeg chronotype zal er vrijwel altijd een biologische drive zijn om weer in het oude patroon te vervallen. Dit betekent ook dat deze mensen minder geschikt zijn om te werken in ploegendiensten. Tot slot kan psychiatrische comorbiditeit, in het bijzonder depressie, bipolaire stoornis, ADHD en OCD, een reden zijn voor sociaal maatschappelijk disfunctioneren.

Aandoeningen zonder aangetoonde organische oorzaak

- Slaapapneu. Deze aandoening is objectiveerbaar maar er is geen objectieerbare parameter die goed correleert met de (ernst van) de klinische klachten. Dit maakt bepaling van arbeidsongeschiktheid soms lastig. Als adequate behandeling niet leidt tot verdwijnen van de klachten moet altijd eerst nagegaan worden of de klachten wel veroorzaakt worden door de ademhalingsproblemen in de nacht of dat er mogelijk een andere (bijkomende) oorzaak is.
- Idiopathische hypersomnie, dit is een andere aandoening in de hypersomnolentiegroep die nogal eens gepaard gaat met grote problemen met tijdig wakker kunnen worden in de ochtend. Dit is een tot op heden heel moeilijk te behandelen probleem. Behandeling zoals besproken bij narcolepsie kan worden ingezet, maar is vrijwel altijd veel minder effectief.
- Extrinsieke Circadiane Ritmestoornis: jetlag stoornis in relatie tot werk wordt met name gezien bij vliegend personeel. Binnen de luchtvaart zijn er voorzieningen om de impact daarvan op vliegend personeel zo laag mogelijk te houden. Exacte cijfers over de impact ervan zijn ons niet bekend. Er zijn enige aanwijzingen in de literatuur dat bij sommige mensen het de recidiefkans op een psychose kan vergroten.¹⁵ Het ploegendiensten syndroom komt veel vaker voor, in het bijzonder wanneer er ook nachtdiensten en/of zeer vroege diensten worden gedaan. De klachten die mensen ervaren nemen vaak toe bij het ouder worden en zijn vaak erger wanneer er los van de ploegendiensten al andere slaapproblemen zijn. Wanneer men overdag moet slapen is de slaap vaak beduidend korter van duur en veel gefragmenteerder (minder van kwaliteit). Dit geeft vervolgens chronisch slaapttekort, vermoeidheid, verminderde aandacht en concentratie en ook stemmingsklachten. In ernstige gevallen kan ook op vrije dagen niet goed meer geslapen worden. Sommige mensen verdragen het werken in ploegendiensten beter dan andere mensen; aanleg, geslacht, persoonlijkheidstrekken, leeftijd en steun uit de directe omgeving lijken hierop van invloed te zijn. Onderzoeken naar de invloed van chronotype (laat chronotype zou beter bestand moeten zijn tegen nachtdiensten) tonen wisselende resultaten.¹⁶
- RLS klachten die zo ernstig zijn dat medicamenteuze behandeling is aangewezen, worden niet altijd door artsen (h)erkend. De klachten zijn dan dermate hevig dat vanaf de middag of avond er niet meer kan worden stilgezeten of gelegen, waarbij er wegens de klachten ook veel verstoringen van de nachtslaap zijn, mogelijk leidend tot chronisch slaapttekort. Dit kan het functioneren in waak erg verstoren en ook een verhoogde kans op stemmingsklachten geven. Slaapttekort om andere bijkomende redenen of comorbide angst- en stemmingsstoornissen kunnen, al dan niet gerelateerd aan de slechte nachtslaap, de klachten doen toenemen. RLS is vaak goed behandelbaar maar met name dopaminerge medicatie kan de klachten op termijn doen toenemen (augmentatie) wat tot invaliderende situaties kan leiden¹³. In samenhang hiermee is pregabaline internationaal gezien nu de eerste keuze medicamenteuze behandeloptie bij RLS.
- Chronische insomnie stoornis. Voor deze diagnose is zoals eerder aangegeven de aanwezigheid van klachten overdag vereist. Deze klachten, zoals cognitieve en emotionele problemen of verlies aan productiviteit zijn vaak moeilijk te objectiveren. Er is een wederkerige relatie tussen insomnie en depressie- en angststoornissen. Daarnaast kan insomnie comorbide zijn aan andere somatische aandoeningen. De eerste keuze behandeling is cognitieve gedragstherapie voor insomnie met verbetering van klachten bij 65-70% van de patiënten. Als behandeling onvoldoende aanslaat zal het meestal vooral de comorbiditeit zijn die de arbeidsbeperking bepaalt, al kan de insomnie relevant bijdragen¹¹.
- Non-REM-parasomnieën. Tot een aantal jaren geleden werd gedacht dat hierbij geen repercussies in het functioneren overdag werden gezien, maar alleen in de nacht (bijvoorbeeld verwondingen). Met recente verdere inzichten in de

pathofysiologie is het aannemelijk dat een deel van de mensen met non-REM parasomnie weldegelijk negatieve gevolgen in functioneren overdag kan ondervinden.¹⁷ Omdat goed slaap-waak gedrag, waaronder een regelmatig slaap-waak ritme met voldoende uren nachtelijke slaap van belang is ter voorkoming van non-REM parasomnieën, kan dit interfereren met arbeidsomstandigheden.

Leefstijl en slaap

Slaap is een (belangrijke) pijler van goede gezondheid. Zowel te weinig als te veel slapen is gerelateerd aan een verhoogde sterftkans. Hoewel er steeds meer aandacht komt voor het belang van slaap, stellen we nog altijd te weinig prioriteit aan slaap.

Hierbij laat de gezondheidsenquête van het CBS 2017 zien dat 20% van de bevolking van 12 jaar of ouder problemen ervaart met slapen. Hiervan ervaart meer dan 40% ook problemen in functioneren overdag. Bij de meest recente enquête (die beïnvloed werd door de COVID 19 pandemie) 2020-2021 werd gezien dat slaapproblemen bij jongeren van 12-17 jaar en jongvolwassenen (18 t/m 34 jaar) significant waren toegenomen.

Slaapproblemen worden vaker gezien bij mensen met een lager inkomen.

Slaaptekort vergroot onze impulsiviteit en vermindert daarmee ook de kans om betere (gezondere) keuzes te maken. Er zijn dan ook, naast de eerder beschreven evolutionaire verknoping van slaap en andere basale processen als metabolisme, wederkerige relaties tussen slaap -voeding- beweging en stress. Bij gevolg is slecht slapen/te weinig slapen ook een risicofactor voor o.a. obesitas, insuline resistentie/diabetes type 2 en psychische klachten.

Referenties:

1. Siegel JM. Sleep function: an evolutionary perspective. *Lancet Neurol.* 2022 Oct;21(10):937-946.
2. Borbély AA. A two process model of sleep regulation. *Hum Neurobiol.* 1982;1(3):195-204.
3. International Classification of Sleep Disorders 3rd Ed. Darien, IL USA: American Academy of Sleep Medicine. 2014.
4. Panagiotou M, Michel S, Meijer JH, Deboer T. The aging brain: sleep, the circadian clock and exercise. *Biochem Pharmacol.* 2021 Sep;191:114563.
5. Liu C, Tang X, Gong Z, Zeng W, Hou Q, Lu R. Circadian Rhythm Sleep Disorders: Genetics, Mechanisms, and Adverse Effects on Health. *Front Genet.* 2022 Apr 29;13:875342.
6. Palagini L, Geoffroy PA, Balestrieri M, Miniati M, Biggio G, Liguori C, Menicucci D, Ferini-Strambi L, Nobili L, Riemann D, Gemignani A. Current models of insomnia disorder: a theoretical review on the potential role of the orexinergic pathway with implications for insomnia treatment. *J Sleep Res.* 2023 Feb 14:e13825.
7. Kallweit U, Pevernagie D, Lammers GJ. "Sleepiness" in obstructive sleep apnea: getting into deep water. *Sleep Med.* 2022 Apr;92:64-66.
8. Pevernagie DA, Gnidovec-Strazisar B, Grote L, Heinzer R, McNicholas WT, Penzel T, Randerath W, Schiza S, Verbraecken J, Arnardottir ES. On the rise and fall of the apnea-hypopnea index: A historical review and critical appraisal. *J Sleep Res.* 2020 Aug;29(4):e13066.
9. Richtlijn Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen. Te raadplegen op: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/startpagina_-_obstructief_slaapapneu_osa.html
10. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, Mooser V, Preisig M, Malhotra A, Waeber G, Vollenweider P, Tafti M, Haba-Rubio J. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med.* 2015 Apr;3(4):310-8.

Hoewel onze kennis over slaap is toegenomen, handelen we daar vaak niet naar (bron Hersenstichting). Niet op persoonlijk vlak, maar ook niet maatschappelijk gezien; zo zijn er (overheids) campagnes om bewegen te stimuleren, voeding te verbeteren, roken en alcohol te stoppen/verminderen, maar niet voor slaap. In verschillende landen (maar niet in Nederland) is onderzoek gedaan naar de economische kosten van slaaptekort. Voor Duitsland wordt dit geschat op 1.56 % van het bruto nationaal product.¹⁸

Conclusie

Slaap is een basale functie in de eerste plaats voor onze hersenen maar ook door onze hersenen. Het hoeft daarom niet te verbazen dat (ernstige) stoornissen van de hersenen gepaard gaan met slaapverstoring en dat slaapverstoring tot zeer invaliderende klachten kan leiden. Gelukkig zijn veel aandoeningen tegenwoordig redelijk goed te behandelen, maar soms kunnen slaapstoornissen tot arbeidsongeschiktheid leiden. Het is lang niet altijd de diagnose die bepaalt of iemand arbeidsongeschikt is, al zijn er een aantal diagnoses waar de vraag naar arbeidsgeschiktheid snel in beeld komt, dit zijn NT1 en verstoringen van de biologische klok, met name bij mensen vanaf de middelbare leeftijd. Bij andere slaapstoornissen zijn het vaak comorbide neuropsychiatrische stoornissen en/of combinaties met andere slaapstoornissen die tot problemen op het werk leiden.

Het slaapveld is volop in ontwikkeling, de hoop is dat beter begrip van slaap zelf en slaapstoornissen tot preventie en betere behandelingen zal leiden en mensen ondanks slaapaandoeningen maatschappelijk volledig mee zullen kunnen blijven doen.

11. Paunio T, Korhonen T, Hublin C, Partinen M, Koskenvuo K, Koskenvuo M, Kaprio J. Poor sleep predicts symptoms of depression and disability retirement due to depression. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:381-9.
12. Sjösten N, Kivimäki M, Oksanen T, Salo P, Saaresranta T, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Obstructive sleep apnoea syndrome as a predictor of work disability. *Respir Med*. 2009 Jul;103(7):1047-55.
13. Trenkwalder C, Tinelli M, Sakkas GK, Dauvilliers Y, Ferri R, Rijsman R, Oertel W, Jaarsma J. Socioeconomic impact of restless legs syndrome and inadequate restless legs syndrome management across European settings. *Eur J Neurol*. 2021 Feb;28(2):691-706.
14. Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J. Long-term health and socioeconomic consequences of childhood and adolescent-onset of narcolepsy. *Sleep Med*. 2020 Mar;67:23-27.
15. Katz G, Knobler HY, Laibel Z, Strauss Z, Durst R. Time zone change and major psychiatric morbidity: the results of a 6-year study in Jerusalem. *Compr Psychiatry*. 2002 Jan-Feb;43(1):37-40.
16. Reiter AM, Sargent C, Roach GD. No Effect of Chronotype on Sleepiness, Alertness, and Sustained Attention during a Single Night Shift. *Clocks Sleep*. 2021 Jul 1;3(3):377-386.
17. Castelnovo A, Lopez R, Proserpio P, Nobili L, Dauvilliers Y. NREM sleep parasomnias as disorders of sleep-state dissociation. *Nat Rev Neurol*. 2018 Aug;14(8):470-481.
18. Hafner M, Stepanek M, Taylor J, Troxel WM, van Stolk C. Why Sleep Matters-The Economic Costs of Insufficient Sleep: A Cross-Country Comparative Analysis. *Rand Health Q*. 2017 Jan 1;6(4):11.

Wat is er nieuw in AMA Guides Zesde Editie 2023

*Dr. A.H. Hosman**

Samenvatting van updates

Sinds begin dit jaar heeft de AMA-gids online een 2023 update van de 6e editie gepubliceerd. De belangrijkste wijziging voor ons dagelijks werk betreft hoofdstuk 15 over de bovenste extremiteiten; daarin wordt nu aangemoedigd tot het gebruik van de diagnose-methode (ten opzichte van de waardering op basis van de beweeglijkheid). De woorden “met normale beweeglijkheid” zijn verwijderd uit tabellen 15-2, 15-3, 15-4 en 15-5; ook de voetnoot uit de deze DBI-tabellen is verwijderd waarin staat dat er bij een beperkte beweeglijkheid het functieverlies ook kan worden beoordeeld aan de hand van paragraaf 15.7. Als er sprake is van een verminderde ROM, kan een beoordelaar dat als een alternatieve methode beschouwen wanneer de stoornis niet kan worden beoordeeld met de DBI-methode.

Ook het neurologisch hoofdstuk 13 is uitgebreid herschreven. Er is nu meer conformiteit van de

tabellen met alle andere hoofdstukken van de AMA-gids. Zo is er nu onder meer een key-factor tabel waarbij het effect op algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt gewaardeerd, consistent met het bekende natuurlijke beloop van de diagnose.

In KNO-hoofdstuk 11 is een kleine alinea toegevoegd over het onderzoek bij evenwichtsproblematiek. De reeds in de vorige editie genoemde verschillende testen worden nu wat uitgebreider besproken, maar nu wordt ook de bekend geachte draaistoeltest genoemd om het beloop van de vestibulo-oculaire reflex in de tijd goed te kunnen vervolgen. Ook wordt er wat nader ingegaan op slikproblemen, de oorzaken en de waardering met een functieverlies ervan (een nieuw voorbeeld met 15% functieverlies gehele persoon).

Zowel de NVVN als de NOV gaan naar aanleiding van de aangepaste AMA hoofdstukken hun Richtlijnen/Leidraad aanpassen.

* Dr. A.H. Hosman, medisch adviseur, Forum consult.

Colofon

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringzaken

Redactie

S.J.H. Eggen

(secretaris)

K.H. Harmsma

A.H. Hosman

(hoofdredacteur a.i.)

F.S.L. Schmidt

(penningmeester)

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 ontwerp bureau
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.

2023 (alle data onder voorbehoud)

4-8 juni	ISPRM 2023 Congres / Symposium
05 juni	Werkconferentie NVVG/GAV: Kwaliteitscyclus in beeld
08 juni	Muntendam Symposium 2023 "TIJD OM TE OOGSTEN" Rode Hoed, Amsterdam
15-16 juni	Cursus AMA-VI 2023 Van der Valk, Almere
28 - 30 september	EUMASS CONGRESS 2023
28 september	Algemene Ledenvergadering 28-09-2023 Van der Valk
23 november	De Letselschade Raadsdag Mariënhof, Amersfoort