

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 12, nummer 1, april 2008

| | |
|--|----|
| Van de redactie | 2 |
| Diagnostiek en behandeling van adolescenten en volwassenen met ADHD <i>B.M. Bruinsma en J.J.S. Kooij</i> | 3 |
| Arbitrage, hoe werkt dat? <i>Dr. mr. J.W. Bins</i> | 8 |
| Veroorzaken de verzekeraars ook een financiële crisis? <i>W.C. Appeldoorn</i> | 9 |
| Medisch Tuchtcollege Groningen, vonnis van 1 mei 1997 | 10 |
| Nog éénmaal BTW <i>C. Geluk</i> | 12 |
| Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) <i>J.J. Verlaan, L.A. Westerveld</i> | 12 |
| Voor u gelezen: <i>Voor altijd alcoholic, de carbohydrate-deficient transferrine test CDT Fatigue in cancer survivors. From assessment to cognitive behaviour therapy</i> | 17 |
| Jaarverslag 2007 SBVO <i>M.L.A. Schotel</i> | 18 |
| Agenda | 20 |
| Colofon | 20 |

Van de redactie

Maitiid, Lente

Wanneer opnieuw na een elfstedenloze winter begin april de eizoekerstijd voorbij is en het nazorgseizoen in het Friese Noorden des Lands aanbreekt, dan komt altijd weer die speciale versregel uit de literaire kunst in mijn herinnering 'Het klinkt zo groen in de lentestruiken'.

Pierre Kemp begint met deze beroemde synesthesie een van zijn fascinerende gedichten. Het is echter ook de tijd dat de GAVscoop-redactie graag weer haar ei kwijt wil, het eerste nummer van 2008!

In welontwikkelde kringen breekt men zich graag het hoofd over de vraag wát er nu eerder was, de kip of het ei. De metafoer van het ei en de kip aanhoudend, geeft het feit dat de redactie in het voorjaar haar eerste ei pleegt te leggen de oplossing van dit raadsel. Dat dit evenwel niet het geval is in het gehele wei-land van de particuliere verzekeraars, kan worden afgeleid uit het volgende. Verzekeraars zoeken namelijk als vreemde vogels in de particuliere verzekeringsgewesten eerst het ei, het te verzekeren object of liever, in geval van arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeringen, de te verzekeren persoon. Een degelijke inschatting van de te verzekeren risico's, de medische taxatie van het beoogde levensei of levenswerk, staat sinds mensenheugenis aan de basis van een gezonde verzekeringsportefeuille.

Het moge duidelijk zijn dat voor het voortbestaan van een verzekeringsmaatschappij niet slechts een goed, veilig nest vereist is, maar dat ook het uit te broeden, te verzekeren ei in kwestie van een goede, levensvatbare kwaliteit is. Hiervoor kan met name een gezondheidsverklaring, een geneeskundige keuring in het kader van de WMK voor het te verzekeren individuele ei worden benut. Bij pensioenen en collectieve verzekeringen, het verzekeren van een soort van kippenfarm in zijn geheel, pleegt men sinds 1997 als maatstaf de kwaliteit van de omgevingsfactoren, de ren, het kippenhok, de stal of het weiland te benutten voor een goede inschatting van het risico in het kader van de juist genoemde WMK. Het individuele ei blijft buiten kijf.

Allerwegen is men het afgelopen jaar weer druk kakelend en bezig geweest de sedert april 2004 gepropageerde en bijna alom gebruikte gezondheidsverklaring model Verbond aan te pikken, dan wel te behoeden voor predatie.

Zo zijn ook de GAV-commissies AOV en Leven druk in de weer geweest de risicotaxatiemogelijkheden verder te verbeteren, dan wel te behoeden in het veld van valken, vossen en verzekeraars, het BPV&W, de KNMG en het Verbond. In dit kader is het naar het de redactie voorkomt, toch de kip, de kloek, de hen die, vóór het ei gelegd wordt, de juiste omstandigheden creëert, meecreëert, en de eieren beoordeelt die in het nest van de verzekeraar mogen worden uitgebreed.

Eieren voor hun geld kiezend, zorgen de verzekeraars in het particuliere verzekeringsveld voor een solide voortbestaan, daarmee in feite een garantie voor de toekomst gevend aan de ei-gen-aardige kuikens, de reeds verzekerden in de portefeuille. Vanzelfsprekend geldt ook hier dat behaalde resultaten in het verleden geen garantie voor de toekomst zijn. Echter, een degelijke risico inschatting behoeft wel een goede verzekeringsgeneeskundige en actuariële taxatie. Dat een al te vederlicht omgaan met de traditionele gezondheidswaarborgen, de gezondheidsverklaring en de keuring tot windeieren en zelfs tot het slachten van de kip met de gouden eieren zou kunnen leiden, wordt door collega Appeldoorn vanuit de GAV Levencommissie in een artikel elders in dit blad aangeroerd.

Gelet op het bovenstaande wil de redactie u graag attenderen op de te vrezende analogie tussen de nu bijna een jaar spelende mondiale kredietcrisis en de levensverzekerings- en arbeidsongeschiktheidsmarkt. Immers, je ziet het kuiken pas als het ei uitkomt!

Tot slot, de koekoek en de griet leggen in de meimaand niet, maar moge u de wijze waarschuwendende woorden van dit artikel goed in uw eigen kippenhok rondkakelen, opdat de verzekeringsmarkt verschoond blijve van duivelseieren met een koekoeksjong. Bedenk daarbij dat, hoe 'groener' de op premie inkomen gerichte verzekeraar in feite nog is, hoe groter de kans dat deze nog geen ervaring heeft met eerder ingekochte schade-eieren. Het verzekeren van het risico op overlijden en arbeidsongeschiktheid is en blijft een kwestie van vertrouwen, juist op de lange termijn.

M.L.A. Schotel



Diagnostiek en behandeling van adolescenten en volwassenen met ADHD

B.M. Bruinsma en J.J.S. Kooij*

Inleiding

In het eerste deel van dit artikel geven we beknopte informatie over de prevalentie, de etiologie, de kenmerken, de subtypen, het dysfunctioneren en de mogelijke aanmeldklachten bij ADHD. Vervolgens komen de diagnostiek, de comorbiditeit en de differentiaal diagnostiek aan bod. Tenslotte gaan we in op de behandeling van ADHD, die bestaat uit psycho-educatie, medicatie, coaching, cognitieve gedrags-therapie, relatie-/systeemtherapie en lotgenotencontact.

Wat is ADHD?

Prevalentie en kenmerken

ADHD is de afkorting van Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. ADHD komt bij 3-5% van de kinderen voor^{1,2}. Veel kinderen met ADHD houden last van hinderlijke symptomen van de stoornis in de adolescentie. De aandachtsproblemen blijken het meest hardnekkig en nemen minder af met de leeftijd dan de meer uiterlijk waarneembare hyperactiviteit en impulsiviteit. Uit follow-up onderzoek bij 130 adolescenten met ADHD bleken velen op 19-jarige leeftijd niet meer aan de volledige criteria voor de diagnose te voldoen, maar het gemiddelde aantal symptomen was hoog (een punt beneden het afkappunt), en slechts 10% van hen functioneerde goed³. De idee dat ADHD zou overgaan met het ouder worden, is wellicht eerder veroorzaakt door het gebruik van diagnostische (DSM-IV) criteria bij adolescenten en volwassenen, die oorspronkelijk ontwikkeld zijn voor kinderen van 4-16 jaar, dan dat symptomen en functioneren normaliseren in de (jonge) volwassenheid. Op basis van follow-up gegevens wordt ervan uitgegaan dat ongeveer de helft van de kinderen last houdt van ADHD in de volwassenheid. Dan zou de prevalentie van ADHD bij volwassenen dus minimaal 1,5-2,5% moeten bedragen. Recent epidemiologisch onderzoek in de volwassen bevolking in Nederland en in de VS wijst op een prevalentie tussen 1 en 5%^{4,5}. De kernsymptomen van ADHD zijn aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit.

Daarnaast hebben patiënten met ADHD vaak last van snel wisselende stemmingen, prikkelbaarheid of woede-buien en behoefte aan spanning en sensatie (sensation seeking). Voorbeelden van de kernsymptomen staan vermeld in onderstaande tabel⁶.

Aandachtsproblemen

Snel afgeleid, snel verveeld
Slechts langer kunnen concentreren als het onderwerp erg interesseert
Moeite met luisteren en informatie tot zich door laten dringen
Verzanden in details of overmatig precies zijn
Vergeetachtig
Vaak dingen kwijt
Chaotisch
Moeite met dingen afmaken
Van de ene activiteit overgaan op de andere
Geen overzicht over hoofd- en bijzaken
Moeite met plannen en organiseren
Moeite met keuzes maken, twijfelen
Uitstellen
Tijdelijke overconcentratie (hyperfocus) als iets interessant is of onder druk

Hyperactiviteit

Moeite met stilzitten
Altijd bezig zijn
Steeds even lopen om iets te pakken
Innerlijk gevoel van rusteloosheid, gejaagd gevoel
Wiebelen, friemelen
Druk praten
Moeite met ontspannen

Impulsiviteit

Zomaar een beslissing nemen zonder eerst goed na te denken
Een idee meteen uitvoeren
Dingen eruit flappen
Anderen in de rede vallen
Ongeduldig zijn
Teveel geld uitgeven
Gokken
Vreetbuien
Impulsief relaties en banen aangaan of verbreken

Tabel 1 Voorbeelden van de kernsymptomen van ADHD*

* B.M. Bruinsma (GZ-psycholoog) en J.J.S. Kooij (psychiater) Programma en Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, PsyQ, Den Haag.

Voor de diagnose ADHD moeten volgens de DSM-IV voldoende symptomen aanwezig zijn sinds de kindertijd, waarvan enkele voor het zevende levensjaar; er moet sprake zijn van een continu persisterend patroon van symptomen en disfunctioneren gedurende de levensloop op twee of meer terreinen, zoals op school, thuis, werk, financiën, relaties, of in sociale contacten. De symptomen dienen niet overeen te komen met het ontwikkelingsniveau en niet beter verklaard te kunnen worden door een andere stoornis².

Subtypen

Er zijn 3 subtypen ADHD: het subtype ADHD, gecombineerde type komt het meeste voor. Deze patiënten hebben last hebben van aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Bij het subtype ADHD, overwegend onoplettendheid type (ook wel ADD genoemd) is er alleen sprake van aandachtsproblemen zonder druk gedrag, en bij het subtype ADHD, overwegend hyperactief/impulsieve type is er alleen hyperactiviteit en impulsiviteit².

Dysfunctioneren

ADHD geeft vaak levenslang problemen op verschillende terreinen. Voorbeelden hiervan zijn in de kindertijd leerproblemen, een lager opleidingsniveau dan op basis van de intelligentie verwacht zou worden, niet afronden van opleidingen, moeite met sociale contacten, gepest worden op school. In de adolescentie en volwassenheid onderpresteren, veel conflicten, teveel risico's nemen, meer verkeersongevallen, agressief en/of crimineel gedrag, relatieproblemen, werkproblemen, financiële problemen en slaapproblemen⁶.

Etiologie

De oorzaak van ADHD wordt steeds meer gezocht in de genetische achtergrond van de stoornis; zo wordt 80% van de concordantie voor ADHD bij eenzijdige tweelingen door genetische factoren bepaald. Ook adoptie- en familieonderzoek wijst op erfelijke factoren. Bij moleculair genetisch onderzoek zijn thans 7 genen geïdentificeerd die geassocieerd zijn met ADHD⁷. Dit betreft met name genen die coderen voor de neurotransmissie van dopamine en noradrenaline. Dit kan passen bij de hypothese dat een hypodopaminerge neurotransmissie debet is bij ADHD aan de verschijnselen van de stoornis. Omgevingsfactoren zoals zuurstofgebrek, en roken en alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap in combinatie met verschillende risicogenen, leiden wellicht vaker tot ADHD. ADHD wordt beschouwd als een neurobiologische hersenfunctiestoornis. Beeldvormend onderzoek heeft

aangetoond dat de frontale cortex en basale ganglia bij ADHD ongeveer 5% kleiner zijn; er is een verminderde perfusie van deze hersengebieden, een verlaagde glucosestofwisseling van de prefrontale en premotore cortex en een verhoogde dichtheid van de dopamine-transporter, wat het veronderstelde dopamine tekort bij ADHD zou kunnen verklaren⁸.

Comorbiditeit en differentiaal diagnostiek

ADHD komt zelden alleen, comorbiditeit is de regel. Zowel kinderen als volwassenen met ADHD hebben in circa 75% van de gevallen een of meer andere psychiatrische stoornissen. Meest voorkomend zijn angst, depressie, alcohol- en drugsmisbruik, tics, autisme spectrum stoornissen en gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen (met name cluster B). Naast het feit dat ADHD vaak met andere psychiatrische stoornissen samengaat, dient deze stoornis tegelijkertijd daarvan onderscheiden te worden. Dit is vaak lastig omdat ADHD symptomen kunnen overlappen met kenmerken van andere stoornissen. Concentratieproblemen kunnen ook voorkomen in het kader van een depressie, angst, psychose of middelenmisbruik. Orrust of druk gedrag kan ook voorkomen bij een geagiteerde depressie, een manie of bij persoonlijkheidsproblematiek. Impulsiviteit kan ook een kenmerk zijn van een manie of een borderline- of antisociale persoonlijkheidsstoornis. Een belangrijk onderscheid tussen ADHD en andere stoornissen kan zijn dat ADHD meestal eerder begint en een chronisch persisterend beloop heeft, terwijl de andere stoornissen meestal later beginnen en een meer episodisch beloop kennen⁶.

Aanmeldklachten

Patiënten kunnen zich op verschillende manieren aanmelden, meestal in eerste instantie bij de huisarts. Er zijn patiënten die zelf vermoeden dat ze ADHD hebben nadat ze erover gelezen of gehoord hebben of bijvoorbeeld omdat de behandelaar van hun kind een vermoeden in die richting heeft uitgesproken. Er zijn ook patiënten die zich aanmelden met duidelijke ADHD symptomen, zoals 'Ik kan me niet concentreren', 'Ik vergeet veel en ben chaotisch', 'Ik voel me onrustig' of 'Ik ben te impulsief'. Maar vaker melden patiënten zich aan met klachten als 'Het lukt me niet om opleidingen af te ronden', 'Ik kan geen baan behouden', 'Ik heb vaak ruzie', 'Ik krijg mijn leven niet op orde' of 'Ik kan me niet ontspannen en slaap slecht'.

Diagnostiek

Bij een vermoeden van ADHD dient diagnostisch onderzoek plaats te vinden door een hulpverlener die hierin is opgeleid**.

* Tabel 1 is met toestemming overgenomen uit het boek 'ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling' van J.J.S. Kooij. Swets & Zeitlinger B.V., 2e druk, 2003.

** Op www.netwerkadhdbijvolwassenen.nl is een up-to-date lijst met behandelaars van ADHD bij volwassenen in Nederland te vinden.

Met behulp van het gestructureerd Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen (DIVA) worden ernst en aantal symptomen in kindertijd en volwassenheid uitgevraagd en het dysfunctioneren door de symptomen⁹. De comorbiditeit wordt eveneens onderzocht⁶. Er vindt hiertoe, naast de anamnese van de patiënt, een heteroanamnese plaats met de ouders of siblings over de kindertijd. De partner of een goede vriend(in) geeft aanvullende informatie over het huidige functioneren. Deze hetero-anamneses zijn nuttig omdat adolescenten en volwassenen vaak onderrapporteren over de ernst van hun symptomen. Rapporten van de lagere school kunnen helpen als er commentaar op het gedrag is vermeld. Op basis van alle gegevens kan de diagnose ADHD met eventuele comorbiditeit worden vastgesteld.

Behandeling van ADHD

Effectieve behandeling van ADHD bestaat uit een combinatie van psycho-educatie, medicatie en coaching (gestructureerde psychosociale begeleiding), eventueel cognitieve gedragspsychotherapie en lotgenotencontact.

Psycho-educatie

Allereerst krijgen patiënt, familieleden en partner zowel mondeling als schriftelijk voorlichting over ADHD en de behandeling. Vaak weten zij niet precies wat ADHD is en hebben zij een verkeerd beeld van ADHD, zoals 'dat zijn toch van die lastige drukke kinderen' of bestaat een ander idee over de oorzaak van de klachten, zoals 'zij heeft een lui karakter; zij kan het wel, als ze maar wil'. Voorlichting helpt bij de acceptatie van de diagnose waardoor patiënt, maar ook familie en partner, meer open staan voor de behandeling. Er dient benadrukt te worden dat ADHD een chronische neurobiologische aandoening is. Genezing is niet mogelijk, maar patiënt en omgeving kunnen met behandeling en voorlichting wel leren er beter mee om te gaan.

Verder is het belangrijk om hoop te creëren met de boodschap dat er met effectieve medicatie, goede samenwerking en een actieve inzet van de patiënt veel verbetering kan optreden^{1,6,10}.

Medicatie

Medicatie vormt de hoeksteen van de behandeling van ADHD. Psychostimulantia (methylfenidaat en dextro-amfetamine) zijn eerste keus omdat deze effectief zijn bij circa 70% van de kinderen en de volwassenen. Daarna volgen atomoxetine en de tricyclische antidepressiva^{1,6}. Indien een andere stoornis op de voorgrond staat, dient deze eerst te worden behandeld. Als de comorbide klachten voldoende zijn afgenomen wordt pas begonnen met medicatie voor ADHD. Alvorens te starten met medicatie voor ADHD worden naast comorbide

stoornissen ook somatische klachten uitgevraagd, zoals cardiale klachten, epilepsie en schildklierproblemen. Verder worden pols, bloeddruk en gewicht gemeten voor aanvang van de medicatie en dit wordt tijdens het gebruik herhaald. Patiënten houden een week voor aanvang van de medicatie een symptomen- en bijwerkingenlijst bij. Tijdens het gebruik van de medicatie gaat de patiënt hiermee door totdat effect en bijwerkingen voldoende duidelijk zijn voor zowel patiënt als behandelaar⁶.

Alle medicatie voor ADHD in Nederland is alleen geregistreerd voor kinderen. In de VS is deze medicatie wel voor volwassenen op de markt. Volwassenen met ADHD krijgen in Nederland hun recepten dus off-label voorgeschreven.

Methylfenidaat is de meest voorgeschreven medicatie voor ADHD. Methylfenidaat remt de heropname van dopamine en in minder mate die van noradrenaline. Hierdoor is meer dopamine beschikbaar voor neurotransmissie. De meest bekende vorm is kortwerkend methylfenidaat (Ritalin); sinds enkele jaren is ook de langwerkende vorm beschikbaar (Concerta). Het belangrijkste nadeel van kortwerkend methylfenidaat is dat het per dosering maar 2-4 uur werkt, waardoor adolescenten en volwassenen 4-6 keer per dag een dosering moeten innemen. De medicatie dient op vaste tijden, met behulp van een timer, te worden ingenomen om reboundverschijnselen (tijdelijke toename van ADHD symptomen bij uitwerken van de medicatie) te voorkomen. Dit blijkt voor patiënten met ADHD, die vergeetachtig, chaotisch en ongestructureerd zijn, vrijwel onmogelijk te zijn. De therapietrouw schiet hierdoor systematisch te kort, waardoor het effect van de medicatie niet wordt behaald. De behandelduur wordt hierdoor onnodig verlengd. Langwerkend methylfenidaat werkt 8-12 uur, waardoor met eenmaal daags doseren de medicatie minder vaak kan worden vergeten, en de effectiviteit toeneemt. Soms worden nog een tot twee doses kortwerkend methylfenidaat voorgeschreven om 's avonds te kunnen functioneren. Tot nog toe wordt de langwerkende vorm van methylfenidaat door de meeste verzekeringsmaatschappijen niet volledig in het basispakket vergoed en moeten patiënten een eigen bijdrage betalen van 50-150 euro per maand, afhankelijk van de dosis. Omdat ADHD vaak bij meerdere personen in het gezin voorkomt, zijn de kosten voor velen niet op te brengen. Via een aanvullend verzekeringspakket wordt de medicatie soms wel helemaal vergoed, maar deze optie is lang niet voor iedereen beschikbaar.

Het psychostimulantium dextro-amfetamine verhoogt de afgifte van dopamine uit de synaps. Bij non-respons op methylfenidaat kan dextro-amfetamine vanwege het andere aangrijpingspunt wel effectief zijn. De effectiviteit is ongeveer gelijk, en de werkingsduur van een dosering is 4-5 uur. Het middel is tweede keus omdat methylfenidaat het meest is onderzocht^{1,6}.

Andere medicijnen voor de behandeling van ADHD zijn atomoxetine en de tricyclische antidepressiva. Atomoxetine is recent in Nederland geregistreerd voor de behandeling van ADHD bij kinderen. Het is geen psychostimulantium en valt daarmee niet onder de Opiumwet, wat bij methylfenidaat en dextro-amfetamine wel het geval is. De werkingsduur is 24 uur, waardoor het maar eenmaal per etmaal hoeft worden ingenomen¹. Nadeel van dit medicijn is dat het evenmin wordt vergoed, zodat patiënten een hoge eigen bijdrage moeten betalen (voor volwassenen rond de 180 euro per maand). Weinig patiënten hebben er daardoor tot nu toe van kunnen profiteren.

Tricyclische antidepressiva zijn minder effectief dan psychostimulantia doordat ze vooral effect hebben op hyperactiviteit en impulsiviteit, maar niet zozeer op de aandachtsproblemen. De dosis is 75-150 mg/dag. Deze medicijnen kunnen tevens effectief zijn voor comorbide tics en angst of depressie. Nadeel zijn de soms ernstige bijwerkingen, zoals sedatie en cardiale effecten¹.

Voor alle medicatie geldt dat de optimale dosis per patiënt kan verschillen. De individuele dosis methylfenidaat is waarschijnlijk afhankelijk van de genetisch bepaalde gevoeligheid van de dopamine receptoren en de transporter. Bij kortwerkend methylfenidaat wordt gestart met 4 maal daags 10 mg (om de vier uur, van 8.00 tot 20.00 uur) en bij langwerkend methylfenidaat met 18 of 36 mg (voor 10.00 uur). De dosis wordt na een week verhoogd op basis van effect en bijwerkingen. Veel volwassenen nemen de medicatie ook 's avonds in, tot bedtijd, opdat ze rustig genoeg zijn om in te kunnen slapen. Te laag of te kortdurend doseren is niet effectief en genereert onnodig hinderlijke reboundverschijnselen. De maximum dosis methylfenidaat is rond de 1mg per kg lichaamsgewicht. Dit komt neer op zo'n 80 mg kortwerkend methylfenidaat voor iemand van 80 kg, of 72-90 mg langwerkend methylfenidaat per dag.

| Medicatie | Mogelijke bijwerkingen |
|--|---|
| Psychostimulantia: methylfenidaat, dextro-amfetamine | slaapstoornissen, verminderde eetlust, buikpijn, hoofdpijn, geringe verhoging van bloeddruk en hartslag |
| Atomoxetine | maag- en buikklachten, slaperigheid |
| Tricyclische antidepressiva (nortriptyline, desipramine) | droge mond, obstipatie, transpiratie, seksuele bijwerkingen, hypotensie sedatie |

Tabel 2 Bijwerkingen per medicijn^{1,6}

Coaching

Naast medicatie vormt coaching een belangrijk onderdeel van de behandeling van ADHD. Coaching is het op een praktische, gestructureerde manier helpen van patiënten bij het benoemen van problemen en het stapsgewijs leren oplossen hiervan. Dit kan zowel individueel als in een groep plaatsvinden. De combinatie van beiden werkt vaak goed. Voordeel van een groep is de herkenning en steun die patiënten bij elkaar vinden. Bij de start van de coaching stellen behandelaar en patiënt een behandelplan op, met de behandel doelstellingen van de patiënt als belangrijkste onderdeel. Vervolgens worden prioriteiten en volgorde in de doelstellingen aangebracht, zodat gestructureerd kan worden gewerkt. Voorbeelden van problemen die vaak tijdens coaching aan bod komen zijn: slechte planning en agendavoering, chaotische administratie, geen overzicht over de financiën en werken aan een aangepaste levensstijl, wegens het ontbreken van enige regelmaat in het slaap-/waakritme, het eetpatroon en de lichaamsbeweging⁶.

Technische hulpmiddelen kunnen worden ingezet om verbeteringen te creëren op het gebied van communicatie, schrijven, spelling, organisatie, herinneren van belangrijke informatie en data, en het in de gaten houden van de tijd. Voorbeelden van hulpmiddelen zijn een horloge, agenda of palmtop, het alarm van de mobiele telefoon, de spellingscontrole op de computer, internet bankieren en gesproken boeken¹⁰.

Verder besteedt de coach aandacht aan werk en opleiding omdat er vaak problemen op dit gebied zijn. Dit heeft te maken met het eerder genoemde onderpresteren bij ADHD, waardoor patiënten zelden op de plek werken die past bij hun mogelijkheden. Verkeerde matching komt veel voor. Sterke en zwakke punten moeten worden geïnventariseerd om tot andere keuzen te kunnen komen. Vervolgens kunnen er aanpassingen nodig zijn om de kans van slagen te vergroten. Een voorbeeld kan zijn een studie-/werkruimte waarin zo min mogelijk afleiding is, flexibele werktijden zodat op rustige momenten gewerkt kan worden of bijvoorbeeld extra tijd voor het maken van een examen¹⁰.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie kan gebruikt worden bij gevoelens van onzekerheid, faalangst, perfectionisme, een negatief zelfbeeld en problemen op het gebied van de impulscontrole en de sociale vaardigheden. Tevens is dit vaak een aangewezen behandelmethode bij comorbiditeit. Deze vorm van behandeling overlapt gedeeltelijk met de meer praktische coaching.

Relatie-/systeemtherapie

Aangezien ADHD vaak tot problemen leidt in relaties en in het gezin, kan relatie- of systeemtherapie geïndiceerd zijn. Uitleg aan zowel patiënt als partner over de samenhang van de problemen met de ADHD van de patiënt kan helpen om meer inzicht en begrip te krijgen^{6,10}.

Lotgenotencontact

De vereniging voor (jong)volwassenen met ADHD (en PDD-NOS) 'Impuls' heeft een eigen website (www.impulsdigitaal.nl), geeft het blad 'Impulsief' uit, heeft een advies en informatietelefoon en organiseert lezingen en ADHD-cafés voor patiënten en partners/familieleden⁶.

Bij adolescenten kan naast bovengenoemde behandelmethoden verder nog gedacht worden aan gedragstherapeutische oudertraining of mediatie-therapie, ouderbegeleiding, opvoedingsondersteuning in de thuissituatie en begeleiding van leerkrachten. Het doel hiervan is het gedrag van de adolescent te veranderen door middel van de omgeving. Voorbeelden hiervan zijn het aanbrenge van structuur, het aanpassen van verwachtingen, het gebruik maken van belonen/straffen en het aanpassen van de leersituatie (bijv. andere instructies, rustige plek in de klas)¹⁰.

Samenwerking met andere instanties kan geïndiceerd zijn, zoals gespecialiseerde thuiszorg, schuldhulp-

verlening en werkbegeleiding. Andere vormen van behandeling, zoals creatieve therapie, diëttherapie en alternatieve interventies als homeopathie, acupunctuur en neurofeedback, zijn niet bewezen effectief voor ADHD¹.

Conclusie

Het is van belang om ADHD ook bij adolescenten en volwassenen te herkennen omdat daarmee effectieve behandeling van levenslang bestaande klachten mogelijk wordt gemaakt. ADHD is ook op volwassen leeftijd goed te behandelen. Na de diagnose en gedurende de behandeling is psycho-educatie van belang. Medicatie is de hoeksteen van de behandeling, waarbij psychostimulantia eerste keus zijn. Daarnaast vormen praktische coaching en cognitieve gedragstherapie zinvolle behandelmethoden bij ADHD. Indien nodig kan er relatie- of systeemtherapie, ouder- en/of leerkrachtbegeleiding plaatsvinden. Vanwege de onvervangbare en gunstige effecten van steun wordt lotgenotencontact geadviseerd.

| Stofnaam | Merksnaam |
|----------------|---|
| Methylfenidaat | kortwerkend: Ritalin langwerkend: Concerta |
| Atomoxetine | Strattera |

Tabel 3 Merksnamen medicatie

Literatuur

1. Multidisciplinaire richtlijn ADHD: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen. *Houten: Ladenius Communicatie B.V.*; 2005.
2. Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. *Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.*; 2001.
3. Biederman J, Mick E & Faraone SV. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *Am.J.Psychiatry 2000*; 157, 816-818.
4. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, & Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry 2006*;163, (4),716-723.
5. Kooij JJS, Oord EJ van den, Buitelaar JK, Furer JW, Rijnders CATH, Hodiamont PPG. Internal and external validity of attention-deficit / hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol. Medicine 2005*; 35: 817-827.
6. Kooij JJS. ADHD bij volwassenen: Inleiding in diagnostiek en behandeling. *Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.*; 2e druk, 2003.
7. Faraone SV. The scientific foundation for understanding attention-deficit / hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry 2005*;14,(1),1-10.
8. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, Vaituzis AC, Blumenthal JD, Nelson J, Bastain TM, Zijdenbos A, Evans AC & Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit / hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry 2001*;58, (3),289-295.
9. Kooij JJS, Francken MH. Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen (DIVA). Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, 2007. Online beschikbaar via www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl/ diagnostiek en protocollen.
10. Murphy K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *J Clin Psychol 2005*; 61(5):607-19.

(Dit artikel werd eerder gepubliceerd in Modern Medicine en werd met toestemming overgenomen, Red.)

Arbitrage, hoe werkt dat?

Dr. mr. J.W. Bins

Soms heeft een verzekerde een geschil met een verzekeringsmaatschappij. Bijvoorbeeld omdat hij meent dat hij recht heeft op een uitkering op grond van een arbeidsongeschiktheidsverzekering en de verzekeraar meent dat hij niet verplicht is om uit te keren. In goed overleg komen ze er niet uit en de verzekerde, die de polisvoorwaarden goed bestudeerd heeft, laat weten dat hij arbitrage wenst.

Wat houdt dat in? Partijen besluiten dan samen dat zij hun geschil niet aan de overheidsrechter zullen voorleggen, maar aan een college van door hen zelf gekozen privé-rechters. Het kan er één zijn of meer, als het maar een oneven aantal is. Wat dat college gaat doen is rechtspreken.

Kan dat zomaar, want de Grondwet zegt toch dat niemand van de gang naar de rechter beroofd kan worden? Niet precies zo. De Grondwet zegt in art. 17: "Niemand kan tegen zijn wil worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent". Dus met zijn wil, die bijvoorbeeld kan blijken uit een speciaal daarvoor opgestelde arbitrageovereenkomst, kan hij wel naar een ander soort rechter stappen. Soms is die overeenkomst al bij voorbaat, voor het geval er een geschil mocht komen, ingebouwd in een andere overeenkomst, zoals de verzekeringspolis. Je kan je dan afvragen of de consument wel blij was met die bepaling in de standaardvoorwaarden waar hij moeilijk van af kan. De arbiters die op basis van zo'n standaard arbitrageclausule aan het werk gaan, moeten de consument in dat geval wel vragen of hij zich niet gedwongen voelde die clausule te accepteren.

Arbitrage, waarom zouden partijen dat doen, welk voordeel verwachten zij daarvan? Verschillende argumenten worden genoemd: het is sneller, het is minder formeel, er is voor dit soort zaken grote technische deskundigheid vereist, het is goedkoper. Bij het opsommen van de nadelen hoor je soms gelijksoortige argumenten: het is duurder, arbiters hebben onvoldoende juridische kennis in huis. Wat heb je aan een arbitraal vonnis? In principe evenveel als aan een rechterlijk vonnis. Er is wel een belangrijk verschil: hoger beroep is als regel niet mogelijk (bij uitzondering wel, namelijk als arbitraal appel nadrukkelijk van tevoren is overeengekomen).

Veel branches van het bedrijfsleven hebben een eigen scheidsgerecht: de bouw, de grafische industrie, de metaalnijverheid en -handel, de handel in oliën en

zaden, de voetbalindustrie etc. De boze verzekerde die geen uitkering krijgt, zal zelf een college van arbiters moeten samenstellen. Meestal wijst hij een arbiter aan en zal de verzekeraar er ook een aanwijzen, waarna deze twee samen een derde kiezen.

Hoe het proces verloopt wordt verder door de arbiters bepaald. Net als in een civiele rechtzaak zal het beginnen met een memorie van eis, gevolgd door een memorie van antwoord. Er kan al dan niet gepleit worden, er kunnen al dan niet getuigen of deskundigen gehoord worden. Uiteindelijk komt er een vonnis dat door alle arbiters ondertekend wordt. Een afschrift van dat vonnis gaat naar partijen, het origineel moet gedeponneerd worden bij de griffie van de rechtbank in het arrondissement waar de arbitrage plaatsvond.

Wat voor geschillen kunnen aan arbitrage worden onderworpen? De wet spreekt over geschillen die uit een bepaalde rechtsbetrekking zijn ontstaan dan wel zouden kunnen ontstaan. Er zijn dan twee verschillende standpunten van twee partijen. Sinds de nieuwe arbitragewetgeving (1986) is het echter ook mogelijk om aan arbiters op te dragen om de toestand of hoedanigheid van zaken vast te stellen of de hoogte van een schadevergoeding of van een verschuldigde geldsom. Deze vorm van arbitrage zou erop gericht zijn om geschillen te voorkomen. Als twee partijen bijvoorbeeld een scheepslading bananen kopen en verkopen die bij aankomst in Rotterdam moet voldoen aan kwaliteitseisen X, dan kan aan arbiters gevraagd worden om vast te stellen of de lading voldeed aan die kwaliteitseisen. Als het vonnis luidt "de lading voldeed aan X" dan is daardoor een onzekerheid weggenomen die aanleiding had kunnen zijn voor een geschil.

De situatie in de letselschaderegeling is anders. Daar is het gebruikelijk dat twee partijen gezamenlijk aan een onafhankelijk deskundige vragen om vast te stellen of bij een patiënt beperkingen aanwezig zijn door het ongeval, en zo ja welke en hoeveel. Blijvende Invaliditeit er is. Zij verklaren (impliciet) zich gebonden te achten aan de beslissing van de expert; in juridische termen wordt dat een bindend advies genoemd. Alleen als een van beide partijen kan aantonen dat de expert onzorgvuldig is geweest en nooit tot een bepaald aanvechtbaar standpunt had mogen komen, dan kan de wederpartij hem daar niet op vastpinnen.

Partijen die het niet eens zijn over de juistheid van een expertiserapport, hebben een geschil dat zij aan de rechter kunnen voorleggen. Zij kunnen echter ook besluiten hun eigen rechtbankje te vormen en de zaak te laten beoordelen door arbiters. Een derde mogelijkheid is om een tweede expertise (bindend

advies) te vragen van een andere expert dan in eerste instantie werd ingeschakeld, of van drie experts gezamenlijk. Welke benadering partijen zullen kiezen hangt af van de specifieke merites van een zaak. De snelste oplossing is ongetwijfeld te verwachten van de herexpertise.

Veroorzaken de verzekeraars ook een financiële crisis?

Is er een analogie tussen de kredietmarkt in de USA en de levensverzekeringsmarkt?

Vanuit de GAV-levencommissie

Sinds bijna een jaar bestaat, zoals u vrijwel dagelijks in de kranten kunt lezen, wereldwijd grote paniek op de aandelenbeurzen. De paniek wordt veroorzaakt door de kredieten die zijn verstrekt aan mensen die de rente en de kredieten niet meer kunnen aflossen. De directe oorzaak hiervan is de stijging van de rente en het inzakken van de huizenprijzen. Het uitleggen hoe dit verder doorwerkt in de aandelenprijzen valt buiten het doel van dit leesstuk, maar de oorzaak van de crisis is vooral gelegen in het tenminste slecht inschatten van de risico's door de kredietbeoordelaar van de hypotheekverstrekker en de drive van deze bedrijven om zo veel mogelijk hypotheek te verstrekken/verkoopen, ongeacht de risico's waarmee dit gepaard zou kunnen gaan.

Is er een overeenkomst tussen de krediet (hypotheek-)markt en de verzekeringsmarkt?

Ook hier zagen we rond de eeuwwisseling een enorme groei in de verkoop van risico verzekeringen, vooral gekoppeld aan hypotheek. De verzekeraars hadden deze enorme groei blijkbaar niet verwacht waardoor er verstoppingen ontstonden in de verwerking van deze aanvragen. Door de groei van het eigen woningbezit nam de politieke en maatschappelijke druk toe op de verzekeraars om iedereen toch een verzekering aan te bieden, want iedereen had immers recht op een eigen huis.

Uit commerciële en marketing overwegingen en om al deze aanvragen snel in de boeken te hebben werden onder andere de acceptatieprocedures aangepast met als uitgangspunt dat het sneller moest. Een van de uitgangspunten hierbij is dat personen die een hypotheek aanvragen gezond zijn en er dus minder antiselectie zal zijn.

Hiervoor zijn acceptatienormen en processen aangepast en al of niet in combinatie ingevoerd. Ik noem hier de meest voorkomende: de keuringgrens verhogen, de gezondheidsverklaring inkorten en nog verder inkorten, de invoering van lekenacceptatie of elektronische acceptatie, het verhogen van het eigen risico, de inhoud van keuringen beperken en premies verlagen.

Niet alleen bij de hypotheekgebonden verzekeringen zien we een afname van de risico-inschatting van de gezondheid van de verzekerden. In Nederland is door invoering in 1997 van de Wet Medische Keuringen ook de mogelijkheid van selectie door de verzekeraar tot nul gereduceerd wanneer het gaat om werkgerelateerde verzekeringen. Dit geldt niet alleen voor overlijdensrisico's maar ook voor arbeidsongeschiktheidsrisico's. De verzekeraars lopen hier ook een risico op antiselectie, want er zijn nog heel veel collectieve contracten, waarbij er geen verplichte deelname is en waar men later zo kan toetreden zonder het leveren van gezondheidswaarborgen. Deze contracten bestonden vroeger ook wel, maar waren toen alleen bedoeld voor grote werkgevers. Er zijn echter ook met name pensioenproducten waarvoor slechts één deelnemer voldoende is om van een collectiviteit te kunnen spreken.

Het voorgaande is geen typisch "Nederlands probleem". Dr. A. Regenauer, hoofd medisch adviseur van de Münchener Rück, gaf immers tijdens het symposium in Rotterdam in het voorjaar van 2007 en ook later dat jaar tijdens het ICLAM-congres te Berlijn aan dat dergelijke problemen wereldwijd spelen.

Is uit het voorgaande de conclusie gerechtvaardigd dat de levensverzekeraars niet weten welke risico's zij in

portefeuille hebben? Dus ook de vraag: hebben zij voldoende gereserveerd wanneer de sterfte van de verzekerden opschuift in de richting van die van de gemiddelde bevolking?

Ook voor de arbeidsongeschiktheidsverzekeraars in Nederland liggen de risico's op de loer. Hier winnen de commerciële en marketing overwegingen eveneens terrein om het marktaandeel te vergroten ten koste van een adequate risico-inschatting.

Op individueel niveau hoort men de politiek al brommen over het probleem dat ZZP-ers (zelfstandige zonder personeel) ondervinden bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering na het

afschaffen van de WAZ. Als het aan de politiek ligt zal hier een vorm van acceptatieplicht komen.

Het is te hopen dat de directies en beleidsbepalers binnen de verzekeraars weer het adagium van verzekeren hoog in het vaandel stellen, namelijk dat alles verzekeraar is wanneer het risico maar goed ingeschat kan worden en er een juiste premie gevraagd kan worden.

Hierbij is de uitspraak van het orakel uit Betondorp, de heer J. Cruijff, van toepassing: "Je gaat het pas zien als je het door hebt".

W.C. Appeldoorn

Medisch Tuchtcollege Groningen, vonnis van 1 mei 1997

Heeft de verzekeringsarts bij het GAK Nederland B.V. voldoende de normen en waarden in acht genomen?

JWB



Hoewel de verzekeringsarts in de ziekteperiode niet de controlerend arts was van de ziekgemelde klager K, heeft hij eigener beweging notities in het ziektedossier neergelegd die grievend en bovendien onjuist waren. Hij had zijn informatie van de ex-partner van K. De verzekeringsarts verdedigde zich door erop te wijzen dat hij de gevalsbehandeling aan een collega had overgedragen en achtergrondinformatie die hij relevant vond, aan het dossier had toegevoegd. De omstrede aantekening vermeldt onder andere "... loopt de hele dag met of zonder hond rond, rond en langs het huis van de ex-vriendin en valt haar lastig; trekt haar van de fiets, bezeert haar, gooit modder en stenen tegen het huis, rijdt haar in haar auto klem en achtervolgt haar. Straatverbod van de politie negeert hij ..."

Ter terechtzitting verklaarde de verzekeringsarts dat hij de verkregen informatie voor betrouwbaar hield en niet heeft geverifieerd. Hij zou de collega aan wie hij de zaak overdroeg liever mondeling geïnformeerd hebben, maar hij kon haar niet bereiken.

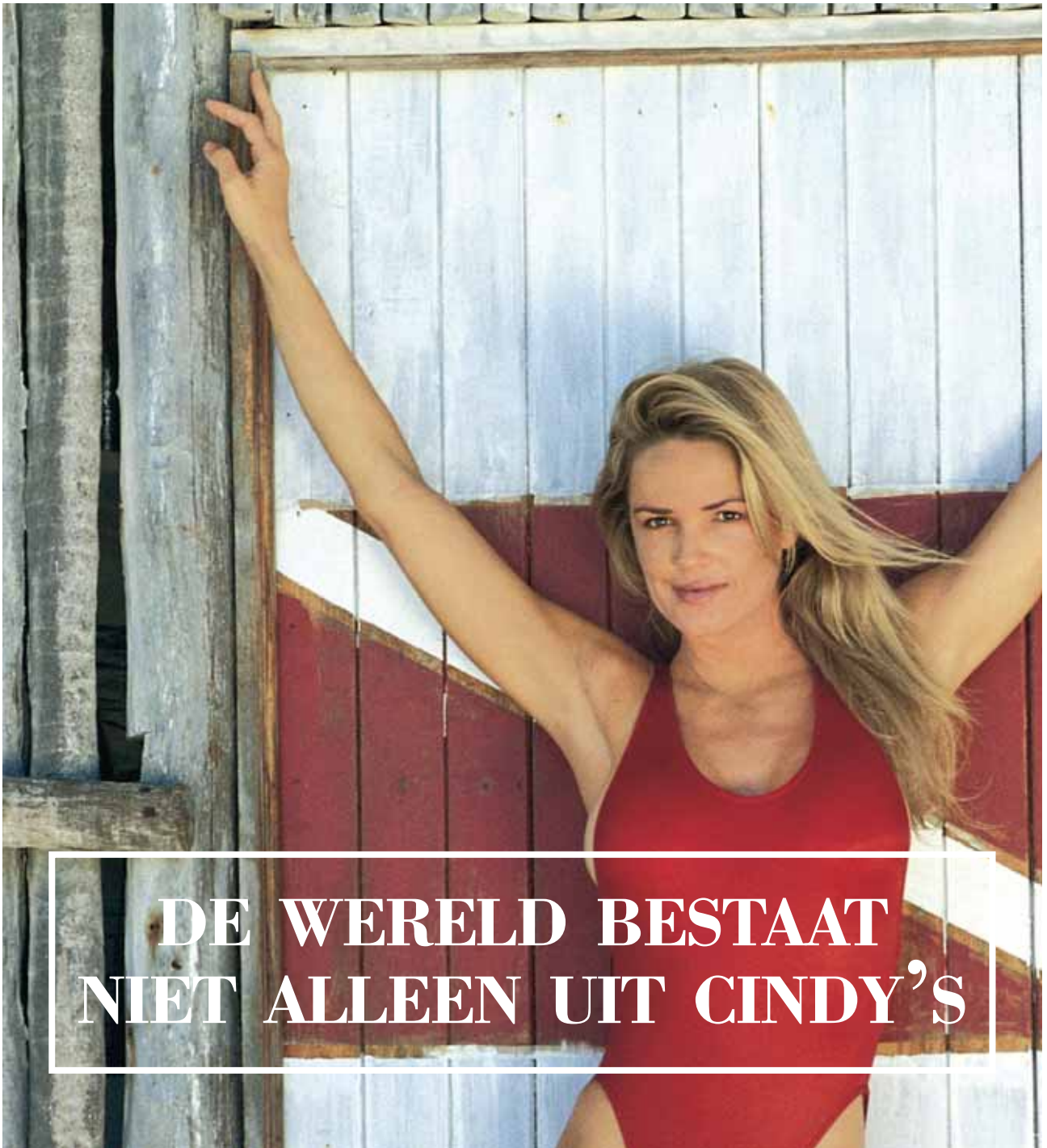
Het college oordeelde dat de verzekeringsarts in meer opzichten onjuist gehandeld heeft. Overdracht aan een collega was goed, maar dan ook zonder toevoegingen. Voorkomen moet worden dat roddel en kletspraat de zuivere informatie gaan vervuilen. De verzekeringsarts heeft de in acht te nemen normen, afstand en zorgvuldigheid miskend, zoals ook blijkt uit zijn voorkeur om een en ander mondeling mede te delen.

- De verzekeringsarts heeft informatie doorgegeven
- van horen zeggen, namelijk verkregen van een zeer betrokken derde,
 - waarvan de juistheid niet was geverifieerd,
 - die klager in een ongunstig daglicht plaatst,
 - waarbij zijn eigen emoties ook een rol speelden.

De verzekeringsarts heeft blijkgegeven van een te grote mate van naïviteit en het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Maatregel: waarschuwing.

In deze zaak gaat het niet om een geneeskundig adviseur van een private verzekeringsmaatschappij. Desondanks meen ik dat ook de verzekeringsarts die in de private branche werkzaam is hiervan kennis moet nemen.



DE WERELD BESTAAT NIET ALLEEN UIT CINDY'S

Het liefst ziet u natuurlijk dat uw cliënten voldoen aan het ideaalbeeld: jong en kerngezond. Maar de praktijk van iedere levensverzekeraar en tussenpersoon leert dat er heel wat mensen zijn die niet aan dit beeld voldoen. Bijvoorbeeld doordat zij lijden aan diabetes, een hartafwijking, nierziekte of kanker. U zou ze graag helpen maar vindt het risico verzekeringstechnisch te groot. Dossier gesloten? Via een professioneel samenspel van maatschappij, assurantieadviseur en De Hoop is er in veel gevallen toch

een oplossing op maat te vinden in de vorm van een specifieke herverzekering. Op basis van grote expertise, aanpassingen van sterftetabellen en een stevige financiële grondslag kunnen wij ook voor cliënten met een sterk verhoogd medisch risico met een offerte komen. Hoe het precies werkt is minder van belang dan dat het werkt. Inmiddels 100 jaar lang. Staat u voor zo'n vraag, bedenk dan dat het geen onoplosbaar dilemma hoeft te zijn.

 **DE HOOP**
N.V. LEVENSVZERKERING-MAATSCHAPPIJ

Nog éénmaal BTW

C. Geluk *

Wat al enige tijd in de lucht hing is inmiddels werkelijkheid geworden: BTW-heffing op tal van medische verrichtingen. Voorheen gold een vrijstelling op grond van de inschrijving in het BIG-register. Met ingang van 2008 is de aard van de activiteit bepalend voor het al dan niet verkrijgen van vrijstelling. Vrijgesteld zijn medische handelingen die rechtstreeks gezondheidsbevorderend (bedoeld) zijn. Medisch onderzoek en rapportage vallen hier niet onder; hetzelfde geldt voor arbeidsreintegratie, dus ook het werk van de bedrijfsarts wordt met BTW belast. Ook voor curatief werkende artsen geldt dat de krenten in de pap, zoals keuringen voor verzekeringsmaatschappijen, sportkeuringen enz. voortaan met 19% BTW belast moeten worden. Zij zullen hiervoor een BTW-administratie moeten bijhouden.

In onze geledingen geldt dat alle werkzaamheden die niet in loondienst verricht worden zo'n administratie noodzakelijk maken. Men dient ook zelf het BTW-bedrag in de declaratie op te voeren. Overleg met de accountant wordt aangeraden.

Verzekeringsmaatschappijen kunnen BTW niet verrekenen en hebben hun administratieve systemen hierop niet ingericht.

In de regel zullen de extra kosten wel vergoed worden, maar betalingsoverzichten met een specificatie voor BTW zullen niet verstrekt worden.

Helaas kunnen we niet anders stellen dan: leuker kunnen we het niet maken en in dit geval ook zeker niet makkelijker.

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH)

Een levensstijl gerelateerde aandoening van het steun- en bewegingsapparaat?

J.J. Verlaan, L.A. Westerveld**

Inleiding

In 1950 werd Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) voor het eerst beschreven door de Franse reumatoloog Jacques Forestier, hoewel de aandoening toen nog bekend stond als seniele vertebrale ankylotische hyperostosis of *Morbus Forestier*^{14,15}. De belangrijkste bevinding bij deze aandoening was de overdadige botvorming ter plaatse van het anterieure longitudinale ligament van de wervelkolom welke in een vergevorderd stadium kan leiden tot complete spinale ankylosis. Nadat duidelijk werd dat de pathologische afwijkingen niet beperkt bleven tot spinale structuren, maar ook perifere inserties van pezen aan bot en ligamentaire structuren konden zijn aangedaan, werd in toenemende mate de term 'diffuse

idiopathic skeletal hyperostosis' gebruikt³⁰. DISH wordt tegenwoordig beschouwd als een ouderdomsgerelateerde, niet-inflammatoire aandoening van het steun- en bewegingsapparaat waarvan het exacte ontstaansmechanisme nog niet opgehelderd is. De klinische relevantie van DISH is tot op heden onduidelijk, hoewel in toenemende mate publicaties verschijnen waarin een prominente rol aan DISH wordt toegekend als oorzaak van significante pathologie². In dit artikel zullen verschillende aspecten van DISH worden behandeld, zoals diagnose, etiologie en epidemiologie. Tenslotte zullen klinische relevantie en het huidige onderzoek dat verricht wordt naar deze aandoening, worden besproken.

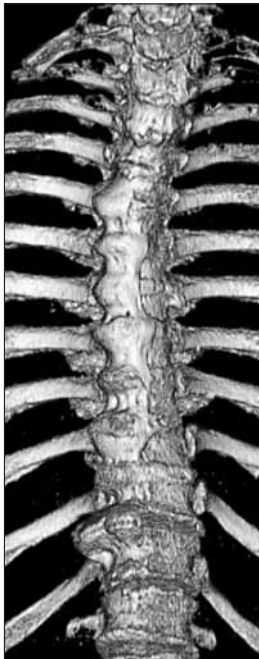
Diagnose

De tegenwoordig algemeen geaccepteerde definitie van DISH werd in 1976 beschreven door de radioloog Donald Resnick^{29,30}. Volgens zijn definitie wordt de

* C. Geluk, verzekeringsarts, medisch adviseur.

** J.J. Verlaan en L.A. Westerveld, Afdeling Orthopedie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

diagnose DISH gesteld wanneer op een postero-antérieure röntgenfoto van de wervelkolom, ossificatie van het anterolaterale deel van het anterieure longitudinale ligament over ten minste vier aaneensluitende segmenten wordt gezien, waarbij de hoogte van tussenwervelruimten niet verminderd is en geen duidelijke degeneratieve veranderingen van de facetgewrichten op die niveau's zichtbaar zijn.



Figuur 1a
Drie dimensionale reconstructie van een CT-scan van de thoracale wervelkolom met veranderingen ('flowing wax' fenomeen) typisch passend bij DISH



Figuur 1b
Idem, maar nu het laterale aspect

In deze definitie behoort tevens dat op een röntgenfoto van het bekken, de sacro-iliacale gewrichten niet mogen zijn aangedaan. Dit laatste gegeven is in de definitie opgenomen om te kunnen differentiëren met ankyloserende spondylitis (AS, *Morbus Bechterew*) waarbij sacro-iliitis een pathognomonisch teken is⁴. Een tekortkoming van de definitie volgens Resnick is de relatief lage sensitiviteit van de röntgenfoto voor het aantonen van spinale ligamentaire calcificaties welke met name veroorzaakt kan worden door projectie over de wervelkolom van diverse intra-thoracale structuren zoals cor, aorta en longhili waardoor het zicht op het anterolaterale aspect van de wervellichamen ontnomen wordt. Na de introductie van 'computed tomography' (CT) in de jaren zeventig en de snel daarna ontwikkelde 'multi planar reformatting' (reconstructie van de transversale coupes tot Cartesiaanse drie dimensionale weergave) werd duidelijk dat niet alleen het anterieure longitudinale ligament maar ook het posterieure longitudinale ligament, het ligamentum flavum, het interspinale ligament en het supraspinale ligament kon zijn



Figuur 2a
Anteroposterieure CT reconstructie van de thoracale wervelkolom



Figuur 2b
Idem, maar nu het laterale aspect

van een ± 57-jarige middeleeuwse man, opgegraven uit de Pandhof van de Onze Lieve Vrouwe Kerk te Maastricht, waarbij ossificatie van de spinale ligamenten aanwezig is zonder evidente veranderingen in de tussenwervelruimten

aangedaan³⁴. De definitie DISH werd door anatoom en fysisch antropoloog George Maat in 1995 verder uitgebreid na extensief onderzoek aan humaan postmortem materiaal²⁷. Maat stelde dat van DISH ook sprake kan zijn bij de aanwezigheid van multipale perifere enthesopathieën. Volgend op dit werk was het nu mogelijk de diagnose niet alleen radiologisch maar ook paleopathologisch vast te stellen²¹. In de differentiaal diagnose van DISH moet worden gedacht aan ankyloserende spondylitis, spinale fluorosis, rheumatoïde arthritis en spondylarthrosis.

Etiologie

De etiologie van DISH is onbekend. Meerdere auteurs hebben echter een sterke correlatie gevonden tussen DISH en de sleutelfactoren van het metabole syndroom (diabetes mellitus; obesitas; hypercholesterolaemie)^{11,31,32}. Kiss *et al.* toonden in een case control studie van 131 individuen met DISH en 131 individuen met spondylosis (van vergelijkbare leeftijd en geslacht) aan dat de eerste groep zich onderscheidde door het vaker voorkomen van obesitas, diabetes mellitus en een verhoogde urinezuur waarde²⁶. Op welke wijze deze abnormale parameters gerelateerd zijn aan ossificatie van ligamenteer weefsel is onduidelijk. Uit fysisch antropologische en paleopathologische analyse van historische humane overblijfselen blijkt dat individuen die (zeer waarschijnlijk) behoorden tot de hogere sociaal-economische klasse beduidend vaker tekenen van DISH vertoonden dan individuen die behoorden tot het werkende deel van de bevolking^{2,31,34,36}. Gezien

de grote verschillen in te verrichten lichamelijke arbeid en de toegang tot (eiwitrijk/dierlijk) voedsel is het niet onaannemelijk dat het behoren tot een hoge sociale klasse een belangrijke factor speelde in het ontstaan van DISH. Deze aanname wordt gesteund door het onderzoek naar prevalentie van DISH verricht in de tegenwoordige tijd, waaruit blijkt dat samenlevingen met een 'hoge' levensstandaard (uitgedrukt in de beschikbaarheid van een ruime hoeveelheid/ eenvoudig te verkrijgen calorieën en een voornamelijk zittende werkbesteding) ook meer individuen met DISH tellen³⁷. Variaties in prevalentie tussen verschillende geografische regio's kunnen tevens wijzen op onderliggende etnische/genetische predisposities voor de kans op het ontwikkelen van DISH^{22,23}.

Epidemiologie

DISH is geen recente aandoening. In paleopathologische studies van middeleeuwse humane overblijfselen werden de karakteristieke veranderingen van het skelet geregeld aangetroffen. Na her-evaluatie van de stoffelijke overblijfselen van de Duitse schrijver von Goethe en de Egyptische farao Ramses II kwam bijvoorbeeld vast te staan dat zij leden aan een ernstige vorm van DISH^{6,33}. De aandoening is ook aangetoond in het skelet van de Neandertaler Shanidar I die ongeveer 50.000 jaar geleden leefde⁸. Recent bestudeerde Kiss de prevalentie van DISH bij individuen ouder dan 50 jaar in Hongarije en vond een prevalentie van 6,1% bij mannen en 1,2% bij vrouwen^{24,25}. In een Koreaanse studie uit 2004 waarin een totaal van 3595 individuen werd geïncludeerd (bestaande uit 1616 mannen en 1979 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van $64,3 \pm 9,1$ jaar) werd een gemiddelde prevalentie gevonden van 2,9%²³. De man/vrouw verhouding bij individuen met DISH in dit onderzoek bedroeg 7:1. In een Amerikaanse studie uitgevoerd door Weinfeld *et al.* in 1997 werd een prevalentie voor DISH gevonden van 25% voor mannen ouder dan 50 jaar en 15% voor vrouwen ouder dan 50 jaar³⁷. Deze substantiële verschillen in prevalentie op geografisch niveau zijn niet verklaard, maar zijn mogelijk gerelateerd aan de nationale prevalentie van het metabole syndroom. Een recente studie naar het voorkomen van DISH in Nederland toonde een prevalentie van 17% aan bij individuen ouder dan 50 jaar met een man/vrouw verhouding van 1,6:1³⁸. In deze studie werden thoraxfoto's van individuen die door de eerstelijns zorg (huisartsen) waren verwezen naar de tweedelijns zorg (Interne Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht) voor algemene aandoeningen welke niet gerelateerd waren aan rugklachten, beoordeeld op het voorkomen van DISH. In deze studie werd de relatie tussen de prevalentie van DISH en vorderende leeftijd opnieuw overtuigend aangetoond.

Klinische aspecten

Hoewel DISH al meerdere decennia als diagnose bestaat was de klinische interesse voor deze aandoening aanvankelijk gering. De meeste individuen met DISH zijn zelf niet op de hoogte van de aanwezigheid van de aandoening hetgeen wijst op een (normaliter) mild en subklinisch beloop^{2,13}. DISH kan zich uiten door specifieke pijnklachten en functieverlies ('stramheid'), maar omdat verscheidene aandoeningen deze klachten kunnen genereren zijn zij niet direct te relateren aan de eventuele aanwezigheid van DISH. In de literatuur worden echter in toenemende mate ziektebeelden en complicaties beschreven die wél direct geassocieerd lijken te zijn met DISH. In geval van DISH van de cervicale wervelkolom bijvoorbeeld, zijn frequent slikklachten beschreven welke worden veroorzaakt door compressie van de oesofagus door de prominente anterieure verkalkingen van het cervicale anterieure longitudinale ligament^{12,35}. Hetzelfde mechanisme kan ook verantwoordelijk zijn voor een moeilijke intubatie of gastroscopie. Indien ossificatie van (delen van) het posterieure longitudinale ligament of ligamentum flavum bestaat kunnen wervelkanaalstenose en myelopathie optreden met soms daarbij neurologische uitvalsverschijnselen^{2,16}. Ossificatie van perifere peesinserties of ligamenten kan leiden tot functieverlies (verminderde 'range of motion' van het gewricht) en pijn³⁴. Het meest in het oog springende klinische beeld bij (meestal verder gevorderde) DISH betreft echter de kwetsbaarheid van de wervelkolom voor wervelfracturen na een relatief gering trauma^{10,18,20}. Gewoonlijk is de wervelkolom in staat de energie van een traumatische impact over meerdere niveau's te verdelen en te absorberen door de segmentale (wervellichaam-tussenwervelschijf-wervellichaam) en daarmee elastische opbouw. Indien de longitudinale ligamenten ossificeren verdwijnt deze elasticiteit en kan de wervelkolom na inwerking van een traumatische kracht breken alsof het een lang pijpbeen is. Geschat wordt dat de kans op een



*Figuur 3
Ernstig instabiele fractuur van niveau C6-C7 na een val bij een 80-jarige mannelijke patiënt met ernstige gegeneraliseerde DISH*

wervelfractuur bij individuen met spinale ankylosis vier tot acht maal groter is dan bij niet-aangedane individuen¹. Het aantal segmenten waarover de ligamentaire ossificatie zich heeft uitgebreid is waarschijnlijk direct gerelateerd aan de mate van posttraumatische fractuur dislocatie, omdat het de lengte bepaald van de hefboom waarop traumatische krachten kunnen inwerken¹⁷. Deze hypothese wordt gesteund door het percentage neurologische uitvalsverschijnselen dat bij patiënten met een ankylotische wervelkolom beduidend hoger is dan bij een 'reguliere' niet-ankylotische spinale trauma populatie²⁸.

De kwetsbaarheid voor fracturen, en de daarbij behorende neurologische complicaties, bij patiënten met DISH lijkt in meerdere aspecten op hetgeen bekend is uit de literatuur voor patiënten met ankyloserende spondylitis (AS) waarbij ankylosis van multiple spinale segmenten ook aanwezig is^{7,19}.

Recent werd door onze groep een systematische review verricht naar de klinische uitkomst, neurologische status en complicaties van patiënten met AS danwel DISH na een doorgemaakte wervelfractuur³⁹. In deze studie werd aangetoond dat beide patiëntgroepen kwetsbaarder zijn dan een algemene spinale trauma populatie. Zo was bij de eerste presentatie in het ziekenhuis het percentage neurologische uitval (gedefinieerd als ASIA A-D) bij patiënten met AS 67,2% en bij patiënten met DISH 40,0%. Deze percentages zijn hoog vergeleken met patiënten van dezelfde leeftijd, geslacht, ongevalmechanisme (meestal laag-energetisch) en fractuur maar zonder ankylose. Het percentage secundaire neurologische achteruitgang (ontstaan nadat behandeling reeds was ingesteld) bedroeg 13,9% voor patiënten met AS en 14,5% voor patiënten met DISH. In een algemene populatie van chirurgisch behandelde patiënten met traumatische wervelfracturen bedroeg dit percentage 0,08%. De mortaliteit binnen drie maanden na ongeval bedroeg 17,7% voor patiënten met AS en 20,0% voor patiënten met DISH. In dezelfde algemene populatie van patiënten met traumatische wervelfracturen bedroeg dit percentage 0,4%.

Huidig en toekomstig onderzoek

Gezien de sterke associatie van DISH met typisch moderne welvaartsaandoeningen zoals obesitas en diabetes mellitus type II, gezien de huidige bevolkingsopbouw en de toename van de levensverwachting in West Europa is het verwonderlijk dat nog maar weinig onderzoek wordt verricht naar de epidemiologie, pathofysiologie en behandeling van DISH. Het is aannemelijk dat met het toenemen van de prevalentie van de risicofactoren voor DISH het aantal patiënten met deze aandoening tevens zal toenemen^{5,9}. Hierdoor zal het aantal patiënten met de ernstige complicaties van DISH (kanaalstenose,

myelopathie en wervelfracturen met neurologische uitvalsverschijnselen) waarschijnlijk ook toenemen. De optimale behandeling van deze categorie patiënten is onbekend.

Verskillende internationale onderzoeksgroepen zijn recent begonnen de basale mechanismen achter DISH te onderzoeken in de hoop te kunnen interveniëren in een (pre-)klinisch stadium van de aandoening. Vanuit de afdeling Orthopaedie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht wordt getracht de invloed van DISH op de ouder wordende populatie te evalueren door de beantwoording van een viertal vragen:

1. Wat is de prevalentie van DISH in Nederland?
2. Wat is de algemene impact van DISH op de kwaliteit van leven?
3. Wat is de impact van DISH op de trauma patiënt?
4. Wat zijn de histologische kenmerken van DISH?

Een studie waarbij 501 thoraxfoto's van individuen ouder dan 50 jaar werden beoordeeld liet een prevalentie zien van 17%. Deze studie bood een eerste inzicht in het voorkomen van DISH in Nederland. De algemene impact van DISH op de kwaliteit van leven bij de oudere patiënt wordt op dit moment bestudeerd in het grootschalige prospectieve cohort van de Rotterdamse ERGO studie (opgezet en geleid door het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam). Verwacht wordt dat in deze populatie verschillende aspecten van de invloed van DISH op met name stoornissen van het bewegingsapparaat in detail zullen kunnen worden geanalyseerd. Verwacht wordt tevens dat meerdere, zowel intrinsieke (via genetica) alsook extrinsieke (via omgevingsfactoren) risicofactoren kunnen worden geïdentificeerd door dit werk. Verder zal deze studie dienen ter verificatie van het eerder verkregen prevalentie percentage voor DISH in Nederland. Uit informatie van de klinische database van de afdeling Orthopaedie en Traumatologie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht zal de invloed van DISH op traumapatiënten worden bestudeerd, waarbij vooral neurologische status en complicaties gedurende het preklinische, klinische en postklinische beloop in detail wordt geanalyseerd. Om de kennis te vergroten van de basale eigenschappen en karakteristieken van DISH is histologisch onderzoek onontbeerlijk. Tot nu toe bestaan geen histologische beschrijvingen van de afwijkingen die behoren bij DISH. In deze studie zullen stoffelijke overschotten van anatomische demonstratiepreparaten (uit 'de snijzaal') worden gebruikt om histologische analyses te verrichten³. Gezien het huidige prevalentiepercentage van 17% wordt verwacht dat een histologische analyse van 20-30 DISH casus op korte termijn kan worden beschreven. Onderzoek naar DISH op cellulair of moleculair niveau wordt, voor zover ons bekend is, nog niet verricht.

Conclusies

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) is een musculoskeletale aandoening die is geassocieerd met kenmerken van de moderne Westerse levensstijl zoals obesitas, diabetes mellitus type II en vorderende leeftijd, waarbij ossificatie van spinale ligamenten en peesinserties optreedt. Precieze prevalentiecijfers ontbreken net zoals een duidelijk inzicht in het ontstaansmechanisme. Over het algemeen kent DISH een subklinisch beloop en zijn de meeste

verschijnselen mild. De kans op een wervelfractuur is bij individuen met DISH vergroot en hetzelfde geldt voor de kans op ernstige complicaties nadien. Een curatieve behandeling voor DISH bestaat niet. DISH kan wegens demografische factoren de komende decennia een significante rol gaan spelen in de gezondheid van een substantieel aantal oudere individuen. Medische professionals zouden op de hoogte moeten zijn van het karakter en de potentiële omvang van deze aandoening.

Referenties

1. Apple DF, Jr., Anson C. Spinal cord injury occurring in patients with ankylosing spondylitis: a multicenter study. *Orthopedics* 1995;18:1005-11.
2. Belanger TA, Rowe DE. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: musculoskeletal manifestations. *J.Am.Acad.Orthop.Surg.* 2001;9:258-6.
3. Boachie-Adjei O, Bullough PG. Incidence of ankylosing hyperostosis of the spine (Forestier's disease) at autopsy. *Spine* 1987;12:739-43.
4. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007;369:1379-90.
5. Bray GA, Bellanger T. Epidemiology, trends, and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. *Endocrine*. 2006;29:109-17.
6. Chhem RK, Schmit P, Faure C. Did Ramesses II really have ankylosing spondylitis? A reappraisal. *Can.Assoc.Radiol.J.* 2004;55:211-7.
7. Cooper C, Carbone L, Michet CJ et al. Fracture risk in patients with ankylosing spondylitis: a population based study. *J.Rheumatol.* 1994;21:1877-82.
8. Crubezy E, Trinkaus E, Shanidar 1: a case of hyperostotic disease (DISH) in the middle Paleolithic. *Am.J.Phys.Anthropol.* 1992;89:411-20.
9. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. *Pediatr.Blood Cancer* 2005;44:589-94.
10. de Peretti F, Sane JC, Dran G et al. Ankylosed spine fractures with spondylitis or diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: diagnosis and complications. *Rev.Chir Orthop.Reparatrice Appar.Mot.* 2004;90:456-65.
11. Denko CW, Malemud CJ. Body mass index and blood glucose: correlations with serum insulin, growth hormone, and insulin-like growth factor-1 levels in patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Rheumatol.Int.* 2005.
12. Ebo DG, Uytterhaegen PJ, Lagae PL et al. Choking, sore throat with referred otalgia and dysphagia in a patient with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Acta Clin.Belg.* 2005;60:98-101.
13. Fahrer H, Barandum R, Gerber NJ et al. Pelvic manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): are they clinically relevant? *Rheumatol.Int.* 1989;8:257-61.
14. Forestier J R-QJ. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Annals of the Rheumatic Diseases* 9, 321-330. 1950.
15. Forestier J, Lagier R. Vertebral ankylosing hyperostosis. Morphological basis, clinical manifestations, situation and diagnosis. *Mod.Trends Rheumatol.* 1971;2:323-37.
16. Ghosh B, Kishore S, Vijay V et al. Diffuse interstitial skeletal hyperostosis (DISH) in type 2 diabetes. *J.Assoc.Physicians India* 2004;52:994-6.
17. Hendrix RW, Melany M, Miller F et al. Fracture of the spine in patients with ankylosis due to diffuse skeletal hyperostosis: clinical and imaging findings. *AJR Am.J.Roentgenol.* 1994;162:899-904.
18. Hendrix RW, Melany M, Miller F et al. Fracture of the spine in patients with ankylosis due to diffuse skeletal hyperostosis: clinical and imaging findings. *AJR Am.J.Roentgenol.* 1994;162:899-904.
19. Hitchon PW, From AM, Brenton MD et al. Fractures of the thoracolumbar spine complicating ankylosing spondylitis. *J.Neurosurg.* 2002;97:218-22.
20. Houk RW, Hendrix RW, Lee C et al. Cervical fracture and paraplegia complicating diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Arthritis Rheum.* 1984;27:472-5.
21. Janssen HAM MG. Canons buried in the stiftskapel of the Saint Servaas Basilica at Maastricht. *Barge's Anthropologica* 5 (Second Edition). 1999.
22. Julkunen H, Knekt P, Aromaa A. Spondylosis deformans and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in Finland. *Scand.J.Rheumatol.* 1981;10:193-203.
23. Kim SK, Choi BR, Kim CG et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Korea. *J.Rheumatol.* 2004;31:2032-5.
24. Kiss C, O'Neill TW, Mituszova M et al. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Budapest, Hungary. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:1335-6.

25. Kiss C, O'Neill TW, Mituszova M et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in a population-based study in Hungary. *Scand.J.Rheumatol.* 2002;31:226-9.
26. Kiss C, Szilagyi M, Paksy A et al. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. *Rheumatology.(Oxford)* 2002;41:27-30.
27. Maat GJR, Mastwijk RW, Van der Velde EA. Skeletal distribution of degenerative changes in vertebral osteophytosis, vertebral osteoarthritis and DISH. *International Journal of Osteoarchaeology* 5, 289-298. 1-1-1995.
28. Paley D, Schwartz M, Cooper P et al. Fractures of the spine in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin.Orthop.* 1991;22-32.
29. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology* 1976;119:559-68.
30. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol. *Semin.Arthritis Rheum.* 1978;7:153-87.
31. Rogers J, Waldron T. DISH and the monastic way of life. *International Journal of Osteoarchaeology* 11, 357-365. 2001.
32. Sarzi-Puttini P, Atzeni F. New developments in our understanding of DISH (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis). *Curr.Opin.Rheumatol.* 2004;16:287-92.
33. Ullrich H. Goethe's skull and skeleton. *Anthropol.Anz.* 2002;60:341-68.
34. Verlaan JJ, Oner FC, Maat GJ. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in ancient clergymen. *Eur.Spine J.* 2007;16:1129-35.
35. Verstraete WL, De Cauwer HG, Verhulst D et al. Vocal cord immobilisation in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Acta Otorhinolaryngol.Belg.* 1998;52:79-84.
36. Waldron T. DISH at Merton Priory: evidence for a "new" occupational disease? *Br.Med.J.(Clin.Res.Ed)* 1985;291:1762-3.
37. Weinfeld RM, Olson PN, Maki DD et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in two large American Midwest metropolitan hospital populations. *Skeletal Radiol.* 1997;26:222-5.
38. Westerveld LA, Quarles van Ufford HME, Verlaan JJ et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in an outpatient population in the Netherlands. *In press J.Rheumatol.* 2008.
39. Westerveld LA, Verlaan JJ, Oner FC. Spinal fractures in patients with ankylosing spinal disorders: a systematic review of the literature on treatment, neurological status and complications. Paper NOV Jaarcongres Rotterdam 2008.

Voor u gelezen

Voor altijd alcoholist, de carbohydrate-deficient transferrine test CDT.

Bron: NRC 22-23 maart 2008.

Het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen) beoordeelt mensen die zijn aangehouden met een alcoholpercentage van meer dan 1,8 promille in het bloed of mensen die binnen vijf jaar meerdere kleinere alcoholovertredingen op rijgeschiktheid door middel van een onderzoek door een psychiater waarbij deze een diagnose stelt volgens de DSM-IV-criteria en lichamenlijk onderzoek verricht (b.v. palpatie van de lever en onderzoek naar de koorddansersgang). Tevens wordt er een bloedtest gedaan: de Alexis-Shield-test op CDT (carbohydrate-deficient transferrin) en bepaling van de leverfuncties.

Op grond van de voorgeschiedenis met betrekking tot rijden onder invloed, het rapport van de psychiater en de bloeduitslag kan het CBR besluiten dat een rijbewijs ongeldig wordt verklaard. Na een jaar kan een herkeuring aangevraagd worden.

Klinisch-chemici zijn van mening dat de leverfuncties veel minder betrouwbaar zijn dan de Alexis-Shield-test, maar ook bij die laatste test zouden er veel fout-positieve en fout-negatieve uitslagen voorkomen. Als grenswaarde wordt 2,6 procent aangehouden. Maar volgens de bijsluiters moet de uitslag bevestigd worden met een andere test als deze belangrijke consequenties heeft voor de betrokkene.

Bekend is dat vijf procent van de mensen om onverklaarbare redenen boven de 2,6 procent scoort. Verder moet er ook rekening gehouden worden met een meetfout en blijkt de spreiding in de testuitslag van controlemonsters erg groot te zijn, variërend van 1,2 tot 3,1 voor een bloedmonster met een waarde van 2,2 procent. Er zijn laboratoria die systematisch te hoog of te laag scoren. Volgens bepaalde klinisch-chemici zou de grenswaarde niet op 2,6 maar op 3,2 moeten liggen en zou elke test tweemaal uitgevoerd moeten worden.

Inmiddels echter wordt door de IFCC (de internationale federatie van klinisch-chemici) een andere test, de zogenaamde HPLC (hogedrukvlloeistof-

chromatografie) gezien als “de gouden standaard” om te bepalen of er sprake is van langdurig alcoholgebruik. Mensen die te hoog scoren op de Axis-Shield-test kunnen de HPLC-bepaling laten doen. Ook het CBR realiseert zich dat de HPLC de referentiemethode is. Deze zou door hen tegenwoordig ook geaccepteerd worden, maar is zeker (nog) niet de standaard bij uitstek, hoewel in juridische procedures alleen deze HPLC toegestaan is. Tot daar verandering in komt lijkt het mogelijk dat mensen onterecht hun rijbewijs kwijt raken.

N.W.M. van Cappellen-de Graaf



Fatigue in cancer survivors. From assessment to cognitive behaviour therapy.

Motie mw. drs. M.F.M. Gielissen, Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid van het UMC St. Radboud.

Bron: NRC 22-23 maart 2008.

Een jaar na de behandeling van kanker heeft 50 procent van alle patiënten nog altijd last van chronische vermoeidheid. Na drie tot vier jaar functioneert een op de vier patiënten nog steeds niet normaal vanwege ernstige vermoeidheid. Een lichamelijke verklaring voor deze vermoeidheid is er niet.

Marieke Gielissen toont aan dat cognitieve gedragstherapie (CGT) speciaal ontwikkeld voor vermoeidheid na behandeling van kanker bijzonder effectief is bij de behandeling van deze chronische vermoeidheid. Ruim honderd chronisch vermoeide ex-kankerpatiënten die gemiddeld vijf jaar daarvoor de behandeling van kanker hadden beëindigd werden gevolgd. De helft kreeg gedurende een half jaar CGT aangeboden. Meer dan driekwart van de patiënten ervaart sinds de behandeling geen extreme vermoeidheid meer.

N.W.M. van Cappellen-de Graaf

Jaarverslag 2007

Stichting tot Bevordering Verzekerings- geneeskundig Onderzoek (SBVO)

Het bestuur werd gedurende het jaar 2007 gevormd door:

Dhr. K. de Wilde, voorzitter,
Mw. G.A. van Beelen, penningmeester,
Dhr. M.L.A. Schotel, secretaris,
Mw. N.W.M. van Cappellen – de Graaf,
Dhr. J.J. Meulenkamp.

Het bestuur werd ondersteund door:

Dhr. S.J.H. Eggen,
Dhr. W.G. Fontein,
Dhr. F.S.L. Schmidt.

Het bestuur vergaderde in 2007 slechts vier maal, mede door de ruime kopij-aanlevering en het gebruik van internet ten aanzien van de redactionele activiteiten. Hierbij kwam men steeds ten kantore van De Amersfoortse Verzekeringen bijeen. De hoofdactiviteit van de Stichting is het uitgeven van GAVscoop. In 2007 werden weer drie uitgaven

gerealiseerd. GAVscoop werd verzonden aan alle leden van de GAV. In de loop van 2007 nam het aantal externe abonnees toe van 19 naar 21, waarvan 17 betalende. Een viertal abonnees, waaronder de Koninklijke Bibliotheek, werd GAVscoop om niet toegezonden. Het drukwerk werd opnieuw verzorgd door drukkerij Goudkuil, de lay-out door het grafisch servicebureau HieroSign.

In 2007 konden 72 pagina's worden uitgegeven.

Het eerste nummer van dit jaar stond in het teken van eerder gehouden herverzekeringseminars met belangwekkende artikelen met betrekking tot neurologische ziekten, mammacarcinoom en preferred life, terwijl ook een bijdrage van de scribenten van een RGA-opleidingsgroep kon worden gepubliceerd. Alternatieve geneeskunde als spanningsveld in de letselschadebehandeling en de veel voorkomende vermoeidheid na chemotherapie passeerden eveneens de revue.

De tweede uitgave had als thema pijn, met daarbij een bijdrage uit Maastricht aangaande simuleren en coachen bij expertiseonderzoeken. In dit nummer diende zich ook een nieuwe rubriek aan. Ter lering en de vermaak werd de eerste van een serie artikelen van de hand van collega Bins gepubliceerd onder de titel vonnissen van het Medisch Tuchtcollege.

Los van deze serie werd een aanvang gemaakt met het opnemen in zijn geheel van relevante, recente, uitspraken van het Medisch Tuchtcollege op de website gavscoop.nl. Korte commentaren met verwijzing naar de betreffende webpagina zullen in GAVscoop worden opgenomen.

Het derde nummer van 2007 droeg als thema de arbeidsongeschiktheidsbepaling en het regres, terwijl ook de voor de beroepsgroep zo belangrijke positie van de medisch adviseur in het medisch tuchtrecht nader werd belicht.

Al met al was ook deze jaargang een mix van zoveel mogelijk onderwerpen van het brede palet van de RGA, met aandacht voor ongevallenverzekeringen,

letselschade en regres, arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeringen. Relatief geringe aandacht kon helaas ook dit jaar aan het werkgebied van de zorgverzekeringen geschonken worden. De redactie prijst zich echter gelukkig met het gezonde evenwicht tussen artikelen van de hand van GAV-leden en externe auteurs.

In iedere uitgave verscheen in full colour een paginagrote advertentie van een herverzekeraar, met aandacht voor een wereld naast die van de Cindy's, de Bruno's en de Anouks. Daarnaast werden meerdere wervingsfolders van de NSPOH meegezonden met GAVscoop.

De SBVO commissie Dr. EB Prijs rondde dit jaar de voorbereidingen af van de in 2008 toe te kennen Dr. Evert Bosch Prijs. Zoals bekend moge worden verondersteld werd deze wetenschapsprijs van de GAV voor de eerste maal in het jaar 2002 uitgereikt aan de naamgever ervan.

M.L.A. Schotel

(advertentie)

Orthopaedisch Expertise-/ Adviesburo Breda

C.W. Jolles, orthopaedisch chirurg

Nieuw adres secretariaat:

Baronielaan 82
4818 RC BREDA

gsm: 06 51 24 98 07
w.jolles@wanadoo.nl

snel, betrouwbaar en professioneel

WA, Ongevallen, AO

locatie Breda en Rotterdam

Colofon

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringszaken

Redactie

Mw. G.A. van Beelen (penningmeester)
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf
S.J.H. Eggen
W.G. Fontein
J.J. Meulenkamp
F.S.L. Schmidt
M.L.A. Schotel (secretaris)
Mw. G.A. van Strien
K. de Wilde (hoofdredacteur)

Redactieadres

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek
p/a Busselterweg 13
7973 KN Darp
email: gavscoop@gavscoop.nl
internet: <http://www.gavscoop.nl>

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig
Onderzoek.

Druk/Lay-out

Drukkerij Goudkuil, Beekbergen/
HieroSign, grafisch servicebureau,
Apeldoorn

Abonnementen

G.A.V.-leden krijgen het Tijdschrift
toegezonden. De abonnementsprijs
voor niet-leden bedraagt € 45,- per
jaar. Opgave bij de secretaris van de
Stichting. Betalingen op rekening-
nummer 17.44.060 t.n.v. SBVO
Breukelen.

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.

- 8 mei 2008 GenRe Congres: Trends und Risiken in der Lebens- und Krankenversicherung
Locatie: Keulen
Inlichtingen: Frau Christine Fröhling, tel: +49(0)221/9738-296, e-mail christine.froehling@genre.com
- 15 mei 2008 GAV: Algemene ledenvergadering
Locatie: Bovemij, Nijmegen
- 28 mei,
4 en 11 juni 2008 NSPOH: Functioneren met angst of depressie
Maak kennis met diagnostiek, behandeling en reïntegratie bij angst en depressie. Leer de consequenties inschatten van angst en depressie voor het functioneren.
Locatie: Den Bosch
Inlichtingen: www.nspoh.nl, tel: (020) 566 49 49, e-mail info@nspoh.nl
- 5 - 7 juni 2008 EUMASS: XVIIth EUMASS congres
Locatie: Prague Congress Centre, Praag, Cz.
Kosten: 425 Euro ex accomodatie
Inlichtingen: www.eumass.com
- 4 september 2008 SCOR Global Life Jahrestagung: Nierenerkrankungen
Locatie: Hilton hotel, Keulen
Inlichtingen: Dorothee Schauff, tel: +49(0)22158900-403, e-mail dschauff@scor.com
- 9 oktober 2008 Studiekring Noord voor Verzekerings- en bedrijfsartsen:
Studiedag, info volgt.
- 6 - 7 november 2008 GAV: GAVdagen
Info, locatie: volgt.
Internet: www.gavdagen.nl
- 18 november 2008 Benecke: Tucht recht anno 2008
Studiedag voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs.
Locatie: Aristo Amsterdam
Kosten: 315 Euro
Info: www.benecke.nl, deelnemersadministratie@benecke.nl