

GAVscoop jaargang 8, nummer 2, oktober 2004

### Inhoudsopgave:

- pag. 30 Van de redactie
- pag. 31 Van het bestuur
- pag. 32 De levensverzekeringsgeneeskundige beoordeling van  
oudere kandidaat-verzekerden  
*R.F.J.M. Kneepkens*
- pag. 38 Chronic pain, cognition and symptom exaggeration  
*Dr. Paul Green*
- pag. 42 Symposiumverslagen Revios 2 september 2004, Keulen:  
*Diabetes mellitus*  
*E. Jennen*  
*Stollingsstoornissen*  
*Dr. dr. H.-J. Hertfelder*  
*Bloed en bloedvaten*  
*Dr. S. Schulte*
- pag. 44 Ingezonden  
*Medisch tuchtrecht*
- pag. 49 Akkoord over Convenant Doodsoorzaken
- pag. 49 Artsen en paramedici doen RSI in de ban
- pag. 50 Vanuit de Onderwijscommissie
- pag. 50 Wenken Auteurs
- pag. 51 Agenda
- pag. 52 Colofon

## Van de redactie

Het valt voor de heer Tonino te hopen dat er geen tuchtrecht bestaat voor officieren van justitie. Tegelijkertijd verklaart diens actie wel enerzijds waarom het met het leefmilieu niet zo goed gaat, anderzijds waarom het met het criminele milieu juist uitstekend lijkt te gaan.

Men zou immers verwachten dat het belang van het milieuvriendelijk afvoeren van computers inmiddels tot een ieder is doorgedrongen. Nu Tonino dat besef kennelijk ontbeert leidt dat tot de conclusie dat er ofwel van een verbijsterende wereldvreemdheid, of van een verregaande onnozelheid sprake is, dan wel, de resultaten van justitie overziend, van beide.

Hoe het ook zij, het tuchtrecht is wel van toepassing voor de medisch adviseur.

Of toch niet? Die discussie, waarvoor een eerste aanzet werd gegeven in GAVscoop 1/2004, wordt in dit nummer voortgezet.

Het belang van duidelijkheid over de vraag of de medisch adviseur wél of níet onder het tuchtrecht valt behoeft geen betoog. De redactie heeft dan ook het standpunt van de verschillende partijen ter toetsing aan een tweetal terzake deskundige juristen voorgelegd en hun antwoord opgenomen in dit nummer.

Valt het u ook op dat er in de maatschappij een wat andere sfeer is komen te heersen? Eigen bijdragen in de zorg, strengere normen voor de WAO, etc. Evidence based medicine is er ook zo één.

De één zal zeggen dat de wereld om ons heen harder wordt, de ander dat een beoordeling van zaken op een reëlere basis plaatsvindt.

Grijpbaar, concreet, aantoonbaar, aanwijsbaar en bewijsbaar, allemaal uitspraken waarmee de medisch adviseur meer op heeft dan invoelbaar, natte vinger, pluis of niet pluis.

De samenleving verandert, en wij veranderen mee. Als uiting van die verandering in de samenleving komen in dit nummer maar liefst op een drietal fronten zaken aan de orde, alle betrekking hebbend op de toenemende wens naar duidelijkheid en helderheid.

Twee daarvan hebben te maken met typisch in de verzekeringswereld spelende kwesties, de derde is van meer algemeen medische aard.

Wat de eerste twee betreft is er een verband: de vraag naar de doodsoorzaak en de vraag naar de betrouwbaarheid van een neuropsychologisch onderzoek kunnen beide vertaald worden: hoe betrouwbaar is de inbreng van een kandidaat-verzekerde of van een claimende partij eigenlijk? Concreter, hoe betrouwbaar is een ingevulde gezondheidsverklaring? Hoe betrouwbaar is de conclusie van de neuropsycholoog, gebaseerd op anamnese en inbreng van onderzochte? In het eerste nummer van GAVscoop, in 1997, hebben wij aandacht besteed aan de (on)mogelijkheid van het opvragen van de doodsoorzaak en de Vrede van

Tilburg. Nu lijkt er enig schot in deze kwestie te komen. Wordt vervolgd.

Bij het neuropsychologisch onderzoek speelt de inbreng en inzet van de onderzochte een grote rol. Niet iedereen gaat even kritisch met de onderzoeksgegevens om. Vandaar dat er grote behoefte bestaat aan een onderzoeksmogelijkheid die niet zozeer de eventuele cerebrale schade vastlegt, maar juist de inzet, de "effort", van de onderzochte in kaart brengt. Neuro-psycholoog Paul Green brengt ons een stap in de goede richting.

Wat de derde kwestie betreft, dat is er een van algemene medische aard.

Wazig en onzuiver gebruik van de taal met termen, die vaak afkomstig zijn uit alternatieve hoek, is menig medicus een doorn in het oog. Neem M.E. als voorbeeld. Myalgische Encephalitis, het klinkt prachtig, een ferme diagnose. En spierpijn zal wellicht een rol spelen, maar encephalitis is, althans bij mensen die zeggen aan M.E. te lijden, nooit vastgesteld. In de praktijk blijkt de term M.E. te staan voor een grote vergaarbak van mensen met klachten als gevolg van allerlei zeer uiteenlopende oorzaken. Het is moeilijk iets te ondernemen tegen het gebruik van dit soort "diagnosen", die alleen maar onduidelijkheid in de hand werken. Een ieder geeft er immers zijn eigen invulling aan.

RSI is ook zo'n voorbeeld van een pseudo-diagnose. Ook hier is sprake van een vergaarbak van mensen met min of meer vergelijkbare klachten met zeer uiteenlopende oorzaken. Het belang van helderheid en het tekort schieten van de term "RSI" wordt door de diverse behandelaars al veel langer onderkend. En eindelijk is het dan zo ver. Als alles naar wens verloopt, zal het begrip "RSI" overboord worden gezet. Het valt te hopen dat het verdwijnen van deze "aandoening" uit onze samenleving net zo snel en epidemisch zal verlopen als het ontstaan er van.

*K. de Wilde*

# Van het bestuur

## Kijken in de toekomst

“De tijd zal het leren” is de titel van ons tweedaags GAV-symposium op 18 en 19 november 2004. In ons vak zijn wij voortdurend bezig met prognosestelling en het leek ons belangrijk om van professionals te horen hoe de moderne inzichten luiden ten aanzien van onze mogelijkheden om in de toekomst te kijken. De symposiumcommissie heeft een berg werk verzet om dit symposium in deze vorm te organiseren en vanzelfsprekend hopen wij op een grote opkomst. Dat alle GAV-leden eraan deelnemen beschouwen wij als een vanzelfsprekendheid.

Maar niet alleen aan het symposium is hard gewerkt. Op diverse fronten worden stappen voorwaarts gezet op de ingeslagen weg en er is vooruitgang geboekt. Ik noem u enkele voorbeelden.

Het GAV-bestuur heeft het overleg met het Verbond van Verzekeraars heropend en daarbij zijn constructieve afspraken gemaakt die een goede basis zijn voor verder overleg. Een van die afspraken houdt in dat GAV en Verbond elkaar veel nauwkeuriger op de hoogte gaan houden van de ontplooiende en de nog te ontplooiende activiteiten, zodat er wederzijds beter op kan worden ingespeeld.

Een andere zeer belangrijke ontwikkeling is het feit dat het GAV-bestuur bij het College voor Sociale Geneeskunde een verzoekschrift heeft ingediend teneinde de status te verkrijgen van een eigen specialisme binnen de Sociale Geneeskunde. Wij zijn van mening dat wij voldoen aan alle criteria die zijn omschreven in het daarop betrekking hebbende Toetsingskader. In het verzoekschrift zijn wij punt voor punt op deze criteria ingegaan. We hebben nu een ingewikkeld beoordelingstraject door het CSG voor de boeg, in het kader waarvan wij ongetwijfeld nog danig aan de tand zullen worden gevoeld. Het GAV-bestuur beschouwt het als een examen dat wij met goed gevolg moeten afleggen. Het zal nog veel huiswerk met zich meebrengen.

Als een direct gevolg van het voorgaande zullen wij ons opnieuw moeten buigen over de structuur van onze GAV-opleiding. De cursus die in het najaar van 2004 van start gaat zal naar alle waarschijnlijkheid de laatste zijn die in deze vorm wordt gegeven. Aan de Onderwijscommissie werd de vraag voorgelegd hoe de opleiding in de toekomst gestructureerd moet worden. Kunnen wij de opleiding zelf blijven verzorgen of moeten wij deze geheel of gedeeltelijk uitbesteden? De Onderwijscommissie heeft hierop een gedetailleerd antwoord gegeven, waaruit onder meer bleek dat binnen een half jaar belangrijke beslissingen genomen zullen moeten worden. Het moge duidelijk zijn dat de

nieuwe structuur van ons onderwijs in nauwe samenhang staat met ons verzoekschrift aan de CSG. In dat kader zullen wij de competenties van de geneeskundige adviseur op papier moeten zetten. Het GAV-bestuur heeft de Onderwijscommissie verzocht zich met gezwinde spoed van deze taak te kwijten.

Het feit dat wij streven naar een eigen specialisme betekent niet dat wij het overleg met onze zusterorganisaties op een zijspoor zetten. Integendeel. De mogelijkheid tot nadere samenwerking met de NVVG is onderzocht evenals die met de VAGZ en de VIA. Het blijkt dat de poorten tot nadere samenwerking open staan. Wij zullen nu bezien in welke vorm die samenwerking zal worden gegoten.

Het GAV-bestuur beijvert zich voortdurend om ons predikaat Wetenschappelijke Vereniging nadere inhoud te geven. Met dat voor ogen werd de beroemde neuropsycholoog dr. Paul Green uit Canada uitgenodigd voor een lezing. Zijn verhaal mag toch wel een “eye-opener” genoemd worden, in die zin dat velen van ons nog te weinig beseffen welke factoren van invloed zijn op de validiteit van een neuropsychologisch onderzoek.

Ook het GAV-bestuur kan niet in de toekomst kijken, maar is wel van mening dat wij bezig zijn goede stappen te zetten in de richting van de toekomst, zoals die ons voor ogen staat. Helaas moet telkens weer worden geconstateerd dat teveel werk moet worden verricht door te weinig mensen. Natuurlijk heb je spelers en toeschouwers en niet iedereen in het stadion kan het veld opgaan. Toch hoopt het bestuur dat de nieuwe ontwikkelingen diegenen onder ons die nu langs de zijlijn staan zullen inspireren om ook eens het trainingspak aan te trekken en een balletje mee te trappen.

De tijd zal het leren.

*W. Schuwirth*  
Voorzitter GAV

# De levensverzekeringsgeneeskundige beoordeling van oudere kandidaat-verzekerden

R.F.J.M. Kneepkens

Actuarieel peer review: H. van Rees, H. Schreiber.

## Inleiding

Levensverzekeringen worden over het algemeen aangeboden met een eindleeftijd van maximaal 65 of 70 jaar, tenzij het gaat om verzekeringen in de begrafenis- of pensioensfeer of om "uitkeringen bij leven". Slechts mondjesmaat gaan de verzekeringsmaatschappijen er toe over om overlijdensrisicoverzekeringen en spaar-hypothekerverzekeringen aan te bieden aan ouderen. De ratio hierachter is duidelijk. De helft van het privé-vermogen in Nederland ligt in handen van gepensioneerd, bovendien komt de omzet als gevolg van het gewijzigde belastingklimaat onder druk te staan. De toenemende volksgezondheid is niet voorbij gegaan aan de gepensioneerde medeburgers - in tegen-deel zelfs. Enerzijds heeft dit geleid tot het ontstaan van het "langleven-risico", waarmee de toekomstige verliezen op verzekeringen met uitkering bij leven worden aangeduid. Anderzijds bespreekt "Politiek Den Haag" openlijk de mogelijkheid om de pensioen-gerechtigde leeftijd te verhogen naar 70 of 72 jaar. VUT en pre-pensioen worden financieel onbetaalbaar. Levensverzekeringen met uitkering bij overlijden voor ouderen worden als gevolg van deze ontwikkelingen steeds vaker afgesloten. De geneeskundig adviseur moet derhalve de directie niet alleen kunnen advi-seren over het langlevens-risico, ook moet deze verant-woorde adviezen kunnen geven bij individuele verzekeringsaanvragen ten aanzien van het over-lijdensrisico van oudere en bejaarde kandidaat-verzekerden.

**Biomedische aspecten van veroudering** zijn in 2001 reeds uitvoerig aan bod gekomen in het gelijknamige hoofdstuk in het boek "Studies naar lang leven en pensioenvoorzieningen" van de Stichting Pensioen-wetenschap [Kneepkens 2001]. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn eerder naar voren gebracht in een presentatie voor het Actuarieel Genootschap [Kneepkens 2002]. De medische acceptatie van oudere en bejaarde kandidaat-verzekerden voor levens-verzekeringen met uitkering bij overlijden wordt in dit artikel besproken.

## Leeftijdsgroepen

De **quintilen** van de overlevingstafels van het Actuarieel Genootschap (Gehele Bevolking 1995-2000) geven aan na hoeveel jaren 20, 40, 60, 80, respectieve-

lijk 100% van de pasgeborenen is overleden. Het eerste quintile eindigt na 69 jaar, het tweede na in totaal ruim 77 jaar, het derde na 83 jaar, het vierde na bijna 89 jaar en het laatste na 101 jaar, als meer dan 99,5% van de totale groep mensen is overleden [Actuarieel Genootschap 2002]. Het RIVM geeft in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 een overzicht van de cumulatieve ziektevrije overleving voor mannen in 1994. De quintilen voor de overleving in gezondheid en/of lichte ongezondheid eindigen ongeveer als volgt: het eerste na 60 jaar, het tweede na 70 jaar, het derde na 77 jaar en het vierde na 84 jaar. Op een leeftijd van 95 jaar hebben alle mannen ten minste een matige ongezondheid of zijn overleden [Ruwaard 1997].

**The Medical Impairment Study 1983** geeft een over-zicht van de relatieve risico's van de verzekerden ten opzichte van de gehele bevolking in de Verenigde Staten [Society of Actuaries 1986]. Als de jaarlijkse sterfttekansen gelijk zijn, is het relatief verzekerings-risico 1. Als de jaarlijkse sterfttekans van de verzekerden de helft bedraagt van de jaarlijkse sterfttekans van de bevolking, is de waarde 0,5. Het relatief verzeke-ringsrisico is per leeftijdsgroep bepaald voor verschil-lende perioden van de verzekering. De resultaten zijn illustratief: voor jonge verzekerden geldt dat het relatief verzekeringsrisico slechts langzaam stijgt naar-mate men langer verzekerd is - en dus langer geleden gekeurd is. In de eerste twee verzekeringsjaren ligt de waarde tussen de 0,42 en 0,49. In de derde vijfjaars-periode (tussen 10 en 15 jaar verzekeringsduur) ligt het relatief verzekeringsrisico bij jongeren tussen de 0,58 en 0,61. Bij gepensioneerde verzekerden liggen deze waarden respectievelijk op 0,36 en 0,64. De aanvangswaarde is veel lager, de stijging is naar verhouding groter. De grotere stijging zet zich in de periode daarna nog voort. De verklaring hiervoor is evident. Op jongere leeftijd zijn de meeste mensen nog gezond. De sterfttekans van een gezonde persoon ligt daarom vrij dicht bij de gemiddelde sterfttekans. Op hogere leeftijd begint een gezonde persoon een uitzondering te worden, waardoor zijn sterfttekans sterker afwijkt van het gemiddelde. De jaarlijkse kans om ziek te worden ligt op hogere leeftijd echter hoog, zodat het verschil in sterfttekans tijdens het voort-duren van de verzekering snel afneemt.

The Journal of Insurance Medicine publiceert regelmatig artikelen met oversterftepercentages. Voor de meeste aandoeningen geldt dat het oversterftepercentage daalt als de leeftijd toeneemt en daarbij de waarde nul benadert als een asymptoot. Rond het vijfnegentigste levensjaar is er geen oversterfte meer. Dit komt doordat de kans om ziek te worden op die leeftijd zo groot is, dat de jaarlijkse sterftetekansen van de gezonden en de ongezonden vrijwel even groot zijn. Zou men uitgaan van maandelijks sterftetekansen, dan zou er waarschijnlijk nog wel een duidelijk verschil waargenomen kunnen worden.

Leeftijdsgroepen kunnen op geriatrische uitgangspunten gebaseerd worden. Functionele capaciteit is hierbij leidend. In de geriatrie worden vier leeftijdsgroepen onderscheiden [Goodwin 1998]. Een leeftijd van 65 tot 70 jaar geldt als de "late middelbare leeftijd", omdat dan nog veel mensen beroepsmatige activiteiten ontplooiën. Op 70- tot 75-jarige leeftijd behoort men tot de "jonge ouderen", daarna tot de "ouderen" en vanaf 85 jaar tot de "oudste ouderen". Deze onderverdeling voldoet echter in de levensverzekeringsgeneeskunde niet helemaal. In tabel 1 is een verdeling gemaakt die wellicht bruikbaar is in de praktijk. In dit gehele rapport wordt uitgegaan van deze verdeling.

leeftijd	aanduiding	commentaar
60-69	laat middelbaar	vaak beroepsmatig actief; bestaande acceptatierichtlijnen
70-84	ouderen	sociaal actief, licht hulpbehoevend; aanpassing van acceptatierichtlijnen
70-77	<i>subgroep 1</i>	<i>geleidelijke verandering risicofactoren</i>
78-84	<i>subgroep 2</i>	<i>snelle verandering risicofactoren</i>
85-94	bejaard	Hulpbehoevend; bijzondere acceptatierichtlijnen, of afwijzen
≥ 95	hoog bejaard	relatief verzekeringsrisico = 1; medische acceptatie zinloos

## De referentiegroep

Fouten worden door veel levensverzekeraars gemaakt als het om de medische acceptatie van ouderen en bejaarden gaat. Een deel van deze fouten wordt veroorzaakt door de acceptatierichtlijnen van enkele herverzekeraars. In veel richtlijnen wordt geen rekening gehouden met de leeftijd. Zoals hierboven al is besproken, ligt de verhouding tussen het gemiddelde van alle kandidaat-verzekerden, de gezonde en dus ook minder gezonde kandidaat-verzekerden tezamen, op hogere leeftijd op een ander niveau dan op jonge leeftijd. Dit heeft rechtstreekse gevolgen voor het oversterftepercentage dat op basis van de gebruikelijke, veel voorkomende aandoeningen bij dergelijke kandidaat-verzekerden berekend respectievelijk geadviseerd moet worden. Uitzonderingen op deze regel zijn: longontsteking, griep, recente ziekenhuisopname, beperkte mobiliteit, herhaalde valpartijen, overmatig alcoholgebruik, "polyfarmacie", incontinentie en het ontbreken van goede eerstelijns zorg. Aan deze risicofactoren dient de geneeskundig adviseur daarom extra aandacht te besteden.

Voor kandidaat-verzekerden tussen 25 en 85 jaar kan het relatief verzekeringsrisico dat berekend moet worden, geschat worden met behulp van een formule (voor uitgebreide toelichting zie addendum). In deze formule is  $x$  de leeftijd van de kandidaat-verzekerde,  $RR_{kv}$  is het relatief risico van de kandidaat-verzekerde en  $RR_{55}$  is het relatief risico zoals berekend voor een 55-jarige kandidaat-verzekerde ( $kv$ ).

Formule 1:

$$RR_{kv} = RR_{55}^{\{(95-x)/40\}}$$

Als wordt uitgegaan van de mortality ratio (MR) in plaats van het relatief risico (RR) is het nodig om de formule iets aan te passen.

Formule 2:

$$MR_{kv} = MR_{55}^{\{(93.8-x)/40\}}$$

**Acceptatierichtlijnen** voor oudere en bejaarde kandidaat-verzekerden moeten rekening houden met een aantal gunstige en ongunstige factoren. Goodwin c.s. noemt elf punten:

1. De familieanamnese heeft geen waarde meer, tenzij hoge leeftijden van de ouders worden gemeld;
2. De ziektebeelden zijn duidelijker en het is gemakkelijker om gunstige en ongunstige risicofactoren te benoemen bij een kandidaat-verzekerde;
3. De kandidaat-verzekerden zijn vaak recent uitvoerig onderzocht door een behandelend specialist;
4. Er is meer uitgebreide medische informatie beschikbaar tijdens de medische acceptatie, zoals ECG's, bloedonderzoek, spirometrie, enzovoorts;
5. Er bestaan grote verschillen tussen subpopulaties en dus tussen subpopulaties oudere en bejaarde kandidaat-verzekerden en de gehele oudere en bejaarde bevolking;
6. Er bestaan specifieke risicofactoren voor ouderen en bejaarden die nog niet in acceptatierichtlijnen zijn opgenomen, zoals incontinentie;
7. Er zijn vaak meerdere behandelend artsen waar informatie opgevraagd zou kunnen worden, hetgeen de medische acceptatie kostbaar maakt;
8. De beschikbare sterftcijfers van ouderen en bejaarden zijn niet erg betrouwbaar, met name niet als het gaat om ervaringscijfers van de verzekeraar zelf;
9. De normaalwaarden voor lengte, gewicht, bloeddruk en laboratoriumuitslagen zijn slecht gedefinieerd;
10. Vele laboratoriumuitslagen zijn afwijkend, zonder dat daarvoor een verklaring is gevonden - of wordt gezocht;
11. Minder kandidaat-verzekerden kunnen direct op basis van de gezondheidsverklaring geaccepteerd worden omdat chronische ziekten vaker en ernstiger voorkomen.

### Risicofactoren op alle leeftijden

**Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen** is na de tweede wereldoorlog geleidelijk toegenomen, maar dit verschil neemt thans weer af. De rookgewoonten in Nederland spelen daarbij een duidelijke rol. Er blijft dankzij de veranderingen in rookgewoonten over 20 jaar nog een restant in levensverwachting tussen mannen en vrouwen over van maximaal 2 ( $1^{1/2} - 2^{1/2}$ ) jaar [Kneepkens 2002]. Deze

ontwikkeling is niet alleen van belang voor de acceptatierichtlijnen voor ouderen en bejaarden, maar vooral ook voor de acceptatierichtlijnen voor jongeren.

**De rookgewoonte** heeft een zeer grote invloed op de levensverwachting en is de belangrijkste oorzakelijke factor voor het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen. Het is daarom vreemd dat verzekeringsmaatschappijen wel aparte overlevings tafels voor mannen en vrouwen hanteren, maar geen aparte overlevingstafels voor rokers en niet-rokers. Maatschappijen die dit onderscheid wel maken, gaan bij de premieberekening uit van slechts een fractie van het werkelijke verschil in sterftkans. De rookgewoonte heeft een grote prognostische waarde op (late) middelbare leeftijd. Bij ouderen neemt de prognostische waarde eerst geleidelijk (subgroep 1) en daarna sneller (subgroep 2) af, zodat in deze leeftijds-groep aanpassing van de acceptatierichtlijnen nodig is. Bij bejaarden heeft de rookgewoonte geen enkele prognostische waarde meer, hetgeen de acceptatierichtlijnen op dit punt onbruikbaar maken.

**Het longfunctieonderzoek** is een van de belangrijkste onderzoeken bij ouderen en bejaarden. De uitslag voorspelt zelfs op hoge leeftijd de mortaliteit en de kans op perioperatieve complicaties. De sterke schommelingen in de uitslagen bij bejaarden noodzaken tot omzichtigheid bij de interpretatie van de uitslagen van een eenmalig onderzoek.

**De bloeddruk** is bij veel ouderen en bejaarden verhoogd. Ook op hoge leeftijd heeft de bloeddruk een voorspellende waarde ten aanzien van de mortaliteit. Vooral de met hypertensie geassocieerde linker ventrikel hypertrofie heeft een grote voorspellende waarde, maar kan vaak niet met een simpel ECG in rust worden aangetoond of uitgesloten. Het risico stijgt niet gelijkmatig met de bloeddruk, er is een "knik in de curve" aanwezig [Port 2000]. Tot een bepaalde leeftijdsafhankelijke grenswaarde stijgt het risico slechts licht met de systolische bloeddruk, boven de grenswaarde stijgt het risico echter zeer sterk. De voorspellende waarde van de bloeddruk is veel groter als rekening wordt gehouden met deze grenswaarde - iets dat in de PROCAM Study en in andere analyses van de Framingham Study achterwege wordt gelaten. De waarde van de diastolische bloeddruk is in dat geval verwaarloosbaar.

De leeftijdsafhankelijke grenswaarden kunnen met de volgende formules berekend worden voor mannen en vrouwen tussen 45 en 74 jaar: In deze formules is  $x$  de leeftijd van de kandidaat-verzekerde en  $Syst$  de grenswaarde van de systolische bloeddruk zoals geldig voor de kandidaat-verzekerde.

Formule 3:

$$Syst_M = 110 + \frac{2}{3}x$$

Formule 4:

$$\text{Syst}_V = 104 + \frac{5}{6}x$$

De oversterfte is ook op hogere leeftijd nog leeftijdsafhankelijk. Men moet daarom de oversterfte voor een verhoogde bloeddrukwaarde aanpassen aan de leeftijd. Dat kan door één grenswaarde voor hypertensie te hanteren en vervolgens de berekende oversterfte aan te passen aan de leeftijd, bijvoorbeeld met behulp van formule 2. Het kan ook door formule 3 of 4 te gebruiken om een leeftijdsafhankelijke grenswaarde te berekenen. Het is in het laatste geval niet meer nodig om de berekende oversterfte nog verder aan te passen aan de leeftijd. De formules 3 en 4 zijn niet alleen voor kandidaat-verzekerden van (late) middelbare leeftijd bruikbaar, maar ook voor jonge kandidaat-verzekerden en alle ouderen. Wel moet bij leeftijden buiten de onderzoeksgroep (45-74) omzichtigheid betracht worden. Voor bejaarden lijken de formules niet meer bruikbaar te zijn.

**De lipiden** behouden eveneens enige prognostische waarde bij ouderen en bejaarden. Wel dient naar verhouding meer gewicht te worden toegekend aan de HDL- en LDL-fracties. Het verdient daarom aanbeveling om gebruik te maken van de resultaten van de PROCAM Study in plaats van de Framingham Study. In de PROCAM Study wordt vooral veel waarde toegekend aan het LDL-cholesterol en pas op de tweede plaats aan het HDL-cholesterol. Bijkomend voordeel is het feit dat de bevolking van Münster beter te vergelijken is met de Nederlandse bevolking dan de bevolking van Framingham. De "lipidenpoli" van het AMC maakt om deze redenen gebruik van de data van de PROCAM Study. Te lage LDL- en te hoge HDL-cholesterolspiegels zijn prognostisch voor een hogere mortaliteit dan te hoge, respectievelijk te lage. Het cardiovasculaire risico is dan weliswaar laag, maar het risico op kanker is dan aanmerkelijk verhoogd. Dit betekent dat de acceptatierichtlijnen op dit punt moeten worden aangepast.

**De inspanningstolerantie** blijft een belangrijke risico-indicator, maar de bruikbaarheid is in de praktijk gering. Alleen als een inspanningstest is verricht, heeft men bruikbare gegevens in handen. Bij ouderen en bejaarden wordt deze test vaak achterwege gelaten als er geen klachten zijn en de patiënt voldoende mobiel is. De anamnese is op dit punt onbetrouwbaar.

**Overgewicht** komt veel voor bij ouderen. Ook ondergewicht wordt veel gezien en is vaak een teken van kanker of chronische ziekten. Deze ziekten komen op hogere leeftijd veelvuldig voor, zodat een laag gewicht niet meer indicatief is voor een gezonde toekomstverwachting. Het ideale gewicht valt als gevolg hiervan hoger uit naarmate men ouder is. Op een leeftijd van 70 jaar ligt de ideale Quetelet Index, respectie-

lijk de Body Mass Index op ongeveer 27,8 kg/m<sup>2</sup>. Op 35-jarige leeftijd is dit nog ongeveer 22. De spreiding rondom de ideale waarde neemt eerder toe met de leeftijd dan af. Gemiddeld ligt het gewicht ongeveer 10% hoger dan de ideale waarde. Als grenswaarde voor beginnend overgewicht zou daarom 110% van de ideale waarde genomen kunnen worden.

Dit komt ongeveer neer op de volgende formules. Hierin is x de leeftijd van de kandidaat-verzekerde,  $BMI_I$  de ideale waarde van de BMI en  $BMI_G$  de grenswaarde zoals geldig is voor de kandidaatverzekerde.

Formule 5:

$$BMI_I = 16.0 + 0.170x$$

Formule 6:

$$BMI_G = 17.0 + 0.187x$$

Voor het overgewicht geldt min of meer hetzelfde als voor hypertensie: de oversterfte is ook op hogere leeftijd nog leeftijdsafhankelijk. Men moet daarom de oversterfte voor overgewicht aanpassen aan de leeftijd. Dat kan door één grenswaarde voor overgewicht te hanteren en vervolgens de berekende oversterfte aan te passen aan de leeftijd, bijvoorbeeld met behulp van formule 2. Het kan ook door een leeftijdsafhankelijke grenswaarde te berekenen met behulp van formule 6. In het laatste geval is het dan toch nog nodig de berekende oversterfte verder aan te passen aan de leeftijd. Anders bevoordeelt men met name jonge mensen en mensen met gering overgewicht en laat men het gewicht bij jonge mensen naar verhouding een kleinere rol spelen in de risicoberekening dan bij oudere mensen.

Toch kan de vraag gesteld worden of het ideale gewicht inderdaad met de leeftijd stijgt. Als rekening wordt gehouden met allerlei chronische ziekten en kanker, worden geen aanwijzingen gevonden dat licht overgewicht bij ouderen de beste prognose zou opleveren [Stevens 1998]. Aangezien de geneeskundig adviseur in de praktijk eveneens rekening houdt met de aanwezigheid van ziekten, kan in de acceptatierichtlijnen wellicht het beste worden uitgegaan van een leeftijdsonafhankelijke grenswaarde. Als grenswaarde zou de gemiddelde Body Mass Index genomen kunnen worden, die zowel bij Stevens, als ook bij de kandidaat-verzekerden in de eigen populatie p 24,8 ligt. Deze is daarbij vrijwel onafhankelijk van de leeftijd. Het ligt voor de hand om de grenswaarde voor praktische doeleinden af te ronden op 25.

**Ongevallen** komen meer voor en/of verlopen ernstiger als sprake is van pathologische veranderingen en situaties, zoals medicatie (prednison, benzodiazepine, antidepressiva, neuroleptica, barbituraten), oogafwijkingen (cataract, macula degeneratie, glaucoom, myopie, presbyopie), blaasfunctiestoornissen

(nycturie, incontinentie, frequente mictie), cognitieve stoornissen (dementie, depressie, angststoornissen), loopproblemen (arthritis, coxarthrose, neuropathie, spierzwakte, reflexverlies, Parkinson, beroerte, hypothyreoïdie) en cardiovasculaire problemen (ritmestoornis, orthostatische hypotensie, hartfunctiestoornis). Een valpartij kan natuurlijk leiden tot rechtstreeks levensbedreigende letsels, zoals hoofdletsels, maar kan ook indirect levensbedreigende letsels opleveren, zoals heupfracturen. Alhoewel heupfracturen op hoge leeftijd niet meer zo levensbedreigend zijn als vroeger, sterft nog altijd één-derde tot één-zevende van de patiënten binnen één jaar. Verkeersongevallen zijn nogal eens te wijten aan het feit dat mensen blijven auto rijden, hoewel zij daar medisch gezien niet meer toe in staat worden geacht. Maar al te frequent doen bijvoorbeeld personen met de ziekte van Alzheimer dat nog gedurende enkele jaren na het stellen van de diagnose. Het hebben van een rijbewijs is daarmee een prognostisch ongunstig gegeven bij ouderen.

#### **Risicofactoren op hogere leeftijden** [Hazzard 1999, Masoro 1995]

**De menopauze** speelt een rol, omdat de incidentie van allerlei ouderdomsziekten (coronaire hartziekte, beroerte en osteoporosis) na de menopauze sterk stijgt. Een late menopauze gaat vermoedelijk gepaard met een langere levensduur. Levensduurverlengende maatregelen, zoals calorische restrictie, verminderen de vruchtbaarheid en vertragen de menopauze. Het lijkt echter praktisch niet haalbaar - en weinig waardevol - om de vrouwelijke kandidaat-verzekerden hierover vragen te stellen.

**De functionele capaciteit** van de kandidaat-verzekerde geeft veel informatie over de prognose. Onder ouderen ziet men eerst een zeer geleidelijke toename (subgroep 1) en daarna een snelle toename (subgroep 2) van het aantal mensen met loopproblemen. In de zorgsector wordt gebruik gemaakt van de sociale redzaamheid-score (SRZ) die goed correleert met de mortaliteit. Er is in Nederland tenminste één levensverzekeringsprodukt ontwikkeld op basis van de SRZ voor bewoners van een tehuis met verstandelijk en lichamelijk gehandicapte mensen. Met name voor bejaarden zou de score kunnen worden aangepast aan de levensverzekeringspraktijk.

**De cognitieve capaciteit** van de kandidaat-verzekerde heeft mede invloed op de functionele capaciteit. De sociale zelfredzaamheidsscore sluit aan bij de ernst van de verstandelijke handicap. Een slechte cognitieve capaciteit van ouderen en bejaarden wordt echter met name door geleidelijk toenemende dementie veroorzaakt. De sociale redzaamheidsscore is meer geschikt voor het bepalen van de status quo, niet voor een voorspelling van de toekomst. De exacte diagnose is

voor de voorspelling van belang. De drie belangrijkste - vaak gelijktijdig optredende - oorzaken zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire of multi-infarct dementie en geheugenverlies door fysiologische veroudering. Uiteraard dient men eerst een intracranieële tumor, beroerte of subduraal haematoom ten gevolge van een val uit te sluiten. Minder frequent ziet men dementie als gevolg van avitaminosen (met name vitamine B12), hypothyreoïdie, neurosyphilis, chronische ontstekingen en infecties, de ziekte van Creutzfeld-Jakob en toxische en metabole oorzaken.

**De ziekte van Alzheimer** wordt vooral gekenmerkt door het verlies van het korte-termijngeheugen, desoriëntatie in tijd en plaats, en woordvindingsstoornissen. De herkenning van voorwerpen en personen wordt steeds moeilijker. Het karakter verandert langzaam. Het optreden van wanen is een prognostisch ongunstig teken. De levensverwachting bedraagt gemiddeld 8 tot 10 jaar (uiteenlopend van 5 tot 16 jaar) vanaf de diagnosestelling. Voor ouderen met de ziekte van Alzheimer is een normale acceptatie voor een levensverzekering niet mogelijk. Bij een snel-progressief beeld moet worden afgewezen. Wordt de ziekte van Alzheimer pas gediagnosticeerd als de kandidaat-verzekerde bejaard is, dan is een normale acceptatie mogelijk op voorwaarde dat het beeld zich langzaam ontwikkelt. In andere gevallen is een lichte tot matige oversterfte van toepassing.

**Multi-infarct dementie** heeft een lagere sociale status dan de ziekte van Alzheimer. Veel mensen spreken liever over de ziekte van Alzheimer, omdat de andere vormen van dementie vaak als "kindsheid" en in de ogen van sommigen daarom als "achterlijkheid" worden betiteld. Multi-infarct dementie begint meestal vrij plotseling en verloopt stapsgewijs. Omdat de oorzaak deels ligt in leefstijl- en algemene risicofactoren is het ziekteproces gevoelig voor preventieve maatregelen. Bij veel mensen met de ziekte van Alzheimer blijkt bij MRI-onderzoek tevens sprake te zijn van multiple kleine infarctjes in de grote hersenen, zodat aannemelijk is dat er vaak sprake is van een mengvorm van dementie. De ernst van de multi-infarct dementie is een reflectie van de ernst van de cardiovasculaire conditie. De medische acceptatie kan gebaseerd worden op deze relatie.

**Geheugenverlies door veroudering** is geen risicofactor van belang. Dit geheugenverlies is daarvoor te beperkt van omvang en heeft te weinig invloed op de functionele en cognitieve capaciteit. Is er sprake van een fors geheugenverlies, dan moet uit worden gegaan van een pathologische oorzaak, zoals de ziekte van Alzheimer of multi-infarct dementie.

**Incontinentie** verhoogt het risico door mogelijke infectie met urologische en dermatologische complicaties, door een grotere kans op vallen met fracturen



als gevolgen door sociale isolatie. Het grootste risico wordt soms echter gevormd door de oorzaak van de incontinentie: suikerziekte, beroerte, tumoren, neuropathie, enzovoorts. Tijdens de medische acceptatie moeten deze oorzaken en (pyelo)nefritis worden uitgesloten. Lichte tot matige incontinentie hoeft geen belemmering te vormen voor acceptatie. Voor ernstige incontinentie is een kleine oversterfte nodig.

**De voedingstoestand** van met name bejaarden kan deplorabel zijn. Indicaties voor een slechte voedingstoestand kunnen zijn een laag gewicht (body mass index < 20) en laag-normale haemoglobine- en albumine-concentraties. Lage (LDL-)cholesterolwaarden kunnen wijzen op kanker. Kanker is vooral bij ouderen een belangrijke doodsoorzaak. Onder bejaarden komt kanker naar verhouding minder voor. De keuring van een oudere of bejaarde zou met deze bloedonderzoeken moeten worden uitgebreid, met name als de oudere kandidaat-verzekerde alleenstaand is of in een tehuis woont.

**Depressie en zelfdoding** komen naar verhouding veelvuldig voor bij ouderen en bejaarden. Gerelateerd aan het aantal depressieve mensen komt zelfdoding waarschijnlijk naar verhouding niet méér voor dan in andere leeftijdsgroepen. De overdenkingen dat "het allemaal niet meer hoeft" en dat "mijn tijd geweest is" hoort men echter wel vaak bij bejaarden. Verzekeringen worden vaak als successie-rechtelijk aantrekkelijke oplossingen gezien voor de financiële zorgen van de kinderen. De meeste bejaarden presenteren zich echter met somatische klachten, waardoor de juiste diagnose wordt gemist. De klachten worden geïnterpreteerd als uiting van reeds aanwezige chronische ziekten. Tijdens de medische acceptatie zal de aanwezigheid van een depressie meestal onopgemerkt blijven. Wordt een evidente depressie gevonden, dan moet de geneeskundig adviseur altijd een afwijkende acceptatie in overweging nemen.

**De woonsituatie** is van groot belang. Oudere alleenstaanden zijn slechter af dan samenwonenden. Dit geldt met name voor mannen. Opname in een verpleeghuis of verzorgingstehuis is al een reden om een oversterfte tussen de 100 en 200 procent aan te nemen. Andere belangrijke risicofactoren zijn daarbij nog buiten beschouwing gelaten. In de praktijk zullen mensen in verpleeghuizen niet verzekeraar blijken te zijn. Voor ouderen in verzorgingstehuizen ligt de situatie gunstiger.

## Aanbevelingen

**De acceptatierichtlijnen voor algemene risicofactoren** zijn relatief eenvoudig aan te passen. Voor de bloeddruk, het gewicht en de lipiden zijn in dit rapport al uitgangspunten geformuleerd. De familieanamnese kan buiten beschouwing worden gelaten bij ouderen

en bejaarden. De sexe (en daarmee deels het roken) is reeds verwerkt in de basispremie. Het roken heeft toch al weinig betekenis meer voor ouderen en geen enkele betekenis voor bejaarden. Veel zware rokers hebben dankzij het grote aantal "pakjaren" op deze leeftijden al luchtweg- of vaatproblemen. De combinatie van deze drie punten - de geringe betekenis op hogere leeftijd, de veelal reeds aanwezige afwijkingen en de impliciete gedeeltelijke verwerking in de basispremie - maken het mogelijk om de rookgewoonte van de kandidaat-verzekerde geheel buiten beschouwing te laten tijdens de medische acceptatie. Spirometrie vormt een goede aanvulling op de keuring van oudere en bejaarde kandidaat-verzekerden.

**De acceptatierichtlijnen voor risicofactoren geldend op hogere leeftijden** moeten dankzij allerlei praktische bezwaren sterk aan waarde in. Vele risicofactoren zullen onontdekt blijven, tenzij speciale gezondheidsverklaringen ontwikkeld worden. In deze gezondheidsverklaringen moet aandacht besteed worden aan incontinentie, functionele en cognitieve capaciteit, depressie en de menopauze. De familieanamnese en alle vragen over genetische afwijkingen zijn zinloos. Dit geldt ook voor een Aidstest voor ouderen en bejaarden. De vragengrens volgens de Wet op de Medische Keuringen is dus voor deze leeftijdsgroepen niet meer functioneel. De verzekeringsmaatschappij kan vanwege het vervallen van de genetische vragen en aidstest de keuringsgrens voor ouderen en bejaarden op elk gewenst niveau leggen. Als een keuring wordt gevraagd, moet het bloedonderzoek worden aangepast. De bepaling van de bezinkingssnelheid van erythrocyten heeft weinig zin, omdat de uitslag te vaak afwijkend zal zijn zonder consequenties voor de verzekering. De bepaling van de glucose- en cholesterolwaarden heeft wel zin. De bepaling van het serumalbumine- en de haemoglobineconcentratie is vooral nodig bij bejaarde kandidaatverzekerden.

**Ouderen en bejaarden** kunnen verzekerd worden. Voor de ouderen en de mensen uit subgroep 1 en 2 kan dit vrij gemakkelijk en op verantwoorde wijze door eenvoudige aanpassingen van de normaal- en grenswaarden in de acceptatierichtlijnen. Met een kort protocol kan de geneeskundig adviseur al erg geholpen zijn. Voor bejaarden wordt een verzekering moeilijker. Alhoewel de aanpassingen van de normaal- en grenswaarden ook voor de medische acceptatie van bejaarden nuttig zal zijn, is daarmee slechts een klein deel van het probleem aangepakt. Er zijn speciale gezondheidswaarborgen en richtlijnen nodig voor de nieuwe risicofactoren waarmee de geneeskundig adviseur op dit moment nog weinig tot geen ervaring heeft. De richtlijnen moeten tenminste behandelen: de risico's zelf, te stellen vragen en te verrichten onderzoeken, de beoordeling van de uitslagen en de inschatting van het verzekeringsrisico. Hiervoor is de hulp van een gerontoloog of geriater gewenst.

### Aanbevolen en geraadpleegde literatuur

1. Actuariel Genootschap. Actuariële grootheden tafels 1995-2000. Den Haag: Actuariel Genootschap, 2002.
2. Goodwin LS, Hankwitz PE, Engman M. Underwriting older ages. The rating of substandard lives. In: Brackenridge RDC, Elder WJ. Medical selection of life risks. London: Macmillan Publishers Ltd, fourth edition 1998.
3. Hazzard WR, Blass Jp, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG (eds). Principles of geriatric medicine and gerontology, New York: McGraw-Hill, 1999.
4. Kneepkens RFJM. Biomedische aspecten van veroudering. In: Kuné J.B. (red.). Studies naar lang leven en pensioenvoorzieningen. Den Haag: Stichting Pensioenwetenschap, 2001.
5. Kneepkens RFJM. Lang Leve het Verschil! Verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen: volledig verklaarbaar door externe factoren? Actuariel Genootschap; permanente educatie: voordracht 13 juni 2002.
6. Masoro EJ (ed), Handbook of physiology, Section 11: Aging, New York: Oxford University press (for the American physiological Society), 1995.
7. Port S, Demer L, Jennrich R, Walter D, Garfinkel A. Systolic blood pressure and mortality. Lancet 2000; 355: 175-180.
8. Ruwaard D, Kramers PGN. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Maarssen: Elsevier, 1997.
9. Society of Actuaries, Association of Life Insurance Medical Directors of America. Medical Impairment Study 1983. Society of Actuaries & Association of Life Insurance Medical Directors of America, 1986.
10. Stevens J, Jianwen C, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. New Eng J Med 1998; 338: 1-7.

### Addendum

#### Verantwoording formules 1 en 2

Formule 2 gaat uit van de mortaliteitsratio, de verhouding tussen de sterftequotiënten van de kandidaat-verzekerde en de referentie-populatie. Het sterftequotiënt wordt de  $q_x$  genoemd, waarin de  $x$  staat voor de leeftijd aan het begin van de meetperiode. Formule 1 neemt de hazard ratio als waarde van het relatief risico. De hazard ratio is de verhouding tussen de hazard rates van kandidaat-verzekerde en de referentie-populatie. De hazard rate wordt geschat door de negatieve waarde van het logaritmische

van de proportionele overleving te nemen. De proportionele overleving wordt de  $p_x$  genoemd, de hazard rate wordt in de onderstaande formule weergegeven als  $h_x$ .

Formule 7:

$$q_x + p_x = 1$$

Formule 8:

$$h_x = -\ln(p_x)$$

*Naar aanleiding van het minisymposium neuropsychologie 13 september 2004, Amstelveen*

## **Chronic pain, cognition and symptom exaggeration**

*dr. Paul Green<sup>(1)</sup>*

*De lezing van Dr. Green, klinisch neuropsycholoog Edmonton, Canada, op uitnodiging van de GAV en op voorspraak van zijn Nederlandse collega Prof. B.A.Schmand, aan de Universiteit van Amsterdam, werd gehouden in het Congrescentrum te Amstelveen d.d. 13 september 2004.*

*Spreker wees daarbij op het feit dat in de door hem onderzochte Canadese populatie van claimanten die aan een cognitieve test werd onderworpen, er tot een percentage van dertig sprake was van onderpresteren.*

*Spreker wees dringend op de kans op onjuiste interpretatie van neuropsychologische testresultaten, wanneer bij een dergelijk onderzoek niet tenminste één zg. effort-task werd gevraagd te verrichten.*

*Aan de hand van voorbeelden met dergelijke effort-testen liet dr. Green zien welke testen zelfs door patiënten met ernstig traumatisch hersenletsel of invaliderende neurologische aandoeningen, zoals beroerten en tumoren, kinderen met een laag IQ en klinische situaties als het foetale alcohol syndroom en schizofrenie in de kindertijd, toch op goede wijze kunnen worden afgelegd.*

*De belangrijkste conclusie van deze bepaald interessante voordracht was dan ook dat, wanneer een neuropsychologisch onderzoek gericht op de cognitieve vaardigheden geïndiceerd is, deze steeds minimaal één test gericht op de inzet van onderzochte moet herbergen. (Red.)*

<sup>(1)</sup> Clinical Neuropsychologist, Edmonton, Canada

Cognitive test scores from pain disorder patients are of no value if they are invalid as a result of symptom exaggeration. Invalid test results can be very misleading and no assessment of cognitive abilities is complete without objective measures of effort applied to testing. The Word Memory Test for Windows (WMT, Green & Astner, 1995, Green, 2003) is a verbal memory test, which contains effort subtests, also known as symptom validity tests (SVT). The WMT program contains detailed normative data from 59 comparison groups and 2,950 patients. It is used by neuropsychologists around the world in six languages and has been described by Dr. Paul Lees-Haley (2003) as the most thoroughly researched and most widely cross-validated of all symptom validity tests.

The effort subtests of the WMT are easily passed by people with severe traumatic brain injuries or disabling neurological diseases, such as strokes and tumors. They are easily passed by children with low IQ and clinical conditions, such as fetal alcohol syndrome and childhood schizophrenia (Green & Flaro, 2003). With the exception of people who have dementia, requiring 24 hours a day care, failure on the WMT effort subtests provides an objective indicator that the person is not making sufficient effort to produce valid test results. Failure usually indicates voluntarily poor performance, with the underlying goal of presenting an exaggerated impression of cognitive impairment.

When exaggeration of impairment affects scores on tests of memory, attention, problem solving or other cognitive aptitudes, the results do not represent the person's actual abilities. They are invalid. This is a widespread problem, especially in people claiming compensation but not only in such patients. Of over 3,000 outpatients given neuropsychological tests in the clinical practices of Drs. Green and Gervais in Canada, 30% of compensation seeking patients were found to be producing invalid test results because of poor effort or deliberate symptom exaggeration. About 30% of mild head injury patients failed effort tests, which was higher than the failure rate in patients with severe brain injuries, an effect explained by an excess of poor effort in the mild group (Green, Iverson and Allen, 1999).

It would be an error to assume that cognitive exaggeration on testing is a uniquely North American phenomenon. On the contrary, in a large English study of motor vehicle accident claimants by Alan Moss of Birmingham, the failure rate was over 60%. In Dutch studies of painters claiming cognitive impairment from solvent exposure, the failure rates on effort testing with the Amsterdam Short Term Memory Test were over 50% (Van Hout, Schmand, Wekking, Hageman & Deelman, 2003).

The degree to which poor effort distorts cognitive test results can be so severe that the cognitive test data are useless. In people making financial compensation claims related to medical disability, WCB (*Worker's Compensation Board, een aan de aansprakelijkheids- en arbeidsongeschiktheidsverzekering terzake van arbeidsgerelateerde ongevallen. Red.*) personal injury, the effects of poor effort on cognitive test scores were found to be far greater than the effects of severe brain injury (Green, Rohling, Lees-Haley & Allen, 2001). A person with a mild brain injury who failed effort tests typically scored about 1.5 SD below the normal mean, on average, across the whole test battery. In contrast, the figure was only 0.5 SD below the normal mean for those with the most severe brain injuries, who were making a valid effort. On a typical memory test, the California Verbal Learning Test, there was only a mean of one point difference between scores from people with very mild head injuries and those with severe brain injuries. Yet poor effort created a mean drop of over 3 points and there was a drop of 8 points in those with the lowest effort.

If objective tests of symptom exaggeration were not used, it would be easy to conclude that a person has substantial impairment of brain function when, in fact, the impaired test results are invalid, owing to poor effort. To avoid such errors, any assessment of cognitive abilities should incorporate objective tests of effort.

Larrabee's (2002) review suggests that malingering occurs in 40% of patients with mild head injuries making compensation claims. That is, 40% of such patients deliberately exaggerate cognitive impairment, with the purpose of achieving an external goal, such as financial gain from an accident insurance claim. However, complaints of impaired memory and failure rates on SVTs are also high in many other diagnostic groups. Most patients with chronic pain, if asked, will state that they have memory problems preventing them from working and they claim far more memory problems than patients with severe brain injuries. However, exaggeration of cognitive impairment is widespread in chronic pain patients. Groups of patients with DSM-IV pain disorder or fibromyalgia produce some of the highest failure rates on symptom validity tests.

In one study, there was a 42% failure rate on effort tests in patients with chronic pain syndromes (Gervais, Green, Allen & Iverson, 2001). Chronic pain, fatigue or depression did not explain this finding. When a subsequent group of pain disorder patients was coached that a certain effort test (CARB) was only measuring effort, the failure rate dropped to only 6%. In a third series, no coaching was given and the failure rate reverted back to the high baseline level.

In another study, the presence of a financial claim for disability was a critical variable. In 50 patients with fibromyalgia, who had no established or pending medical disability claim, effort test failure was present on the WMT in only two cases or 4% of the group (Gervais, Russell, Green, Allen, Ferrari, & Pieschl, 2001). However, in the 50 fibromyalgia patients, who were claiming disability payments or who were already receiving payments, but were otherwise similar to the no-disability group, 35% failed the WMT effort tests. Verbal memory test scores were in the normal range in the fibromyalgia patients who passed the effort tests, despite self reports of impaired memory. However, the memory test scores were impaired in those who were presumed to be producing results of doubtful validity because they failed the effort tests.

Our conclusions about cognitive abilities in patients with fibromyalgia, DSM-IV pain disorder or other diagnoses will probably differ significantly, depending on whether we study those with or without a disability claim. Group studies may lead to different conclusions, depending on whether test scores affected by cognitive exaggeration are left in the group data or removed because they are invalid. Cognitive test results from patients with pain-related disorders cannot be assumed to be valid, unless poor effort has been ruled out, using objective effort tests. However, almost none of the published studies of cognition and chronic pain have ever controlled for the variable of effort. They have omitted the largest variable affecting cognitive test scores in such patients.

Self-reports of memory problems in pain patients must also be treated with caution. Subjective complaints do not correlate with objective memory test scores, even if valid test data are employed. On the other hand, memory complaints do correlate with self-ratings of both pain and depression. Memory complaints are substantially greater in people with major depression or pain disorder than in those with known brain damage from closed head injury, brain tumors, strokes or ruptured aneurysms. This can be seen by examining the memory complaints of more than 2,000 patients of various diagnoses, whose scores are contained within the Memory Complaints Inventory for Windows program. The patient groups are broken down by diagnostic group and also by level of effort on memory testing.

The link [www.wordmemorytest.com/programs/mci-nowmt.exe](http://www.wordmemorytest.com/programs/mci-nowmt.exe) can be used to install the MCI program and use it for 6 months. Give the name "MCI" when asked and use the code "438D F9E7 745D 4993". Inspection of the MCI data in the reporting section of the program shows that:-

(a) Memory complaints on all scales are inversely proportionate to scores on the WMT effort subtests.

This striking phenomenon is hard to explain, except by the operation of a single underlying variable, influencing both effort test scores and memory complaints, which we may call "symptom exaggeration".

- (b) Even in those making a full effort, self-rated memory problems are far more numerous in patients with chronic pain, depression or chronic fatigue, than in patients with actual brain disease.
- (c) Hence, self-rated memory problems tell us little or nothing about the presence of organic brain disease and they tell us nothing about the likelihood of objectively tested memory impairment.
- (d) High self-rated memory problems are typical of patients with chronic pain or depression but neither of these groups will necessarily display any impairment of memory, if tested objectively and assuming that valid test data are obtained.
- (e) After cases making a poor effort were removed, depression was found to have no effect on any of 43 neuropsychological test scores in a study of 680 patients by Rohling, Green, Iverson and Allen (2002).
- (f) It is likely that many apparent cognitive deficits in past studies of patients with depression and/or chronic pain were spurious findings, reflecting the suppression of test scores by poor effort in a proportion of the group.

Measurement of symptom exaggeration and its effects on cognitive test results has been one of the largest topics for research publications in neuropsychological journals in the past 15 years. It has been shown that poor effort/symptom exaggeration is a widespread problem in cognitive assessments related to disability claims. In response, many insurance companies (e.g. Great West Life of Canada, Unum Provident of the USA, Norwich Union in Britain & WCB, Canada) now demand that any psychological assessment should involve at least two symptom validity tests. In the near future, any disability evaluation related to cognitive impairment will probably be regarded as incomplete without objective measures to rule out symptom exaggeration.

A physician who concludes that disabling cognitive deficits are present, relying on self-reported memory complaints, or who assesses memory without effort-testing is risking a misdiagnosis, resulting from symptom exaggeration. Dr. Green has developed and validated a computerized test of effort for use by non-psychologists, called the Medical Symptom Validity Test (MSVT; Green, 2004). The MSVT for Windows, currently used by physicians and rehabilitation

practitioners in pilot studies in Canada, has been shown to be a close equivalent to the WMT as a symptom validity test. It is almost entirely automated and takes five minutes of the patient's time. It measures the underlying variable of symptom exaggeration. Therefore, it is predicted that effort on the MSVT will

be a strong predictor of symptom complaints in general, treatment compliance, self-reported benefits from treatment, usage of the health care system, time off work and likelihood of return to work, in patients with medical disability or personal injury claims.

### Selected references

- Gervais, R., Rohling, M. Green, P. & Ford, W. (2004) A comparison of WMT, CARB and TOMM failure rates in non-head injury disability claimants. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19 (4) 475-487.
- Gervais, R., Green, P., Allen, L.M. & Iverson, G. (2001) Effects of coaching on symptom validity testing in chronic pain patients presenting for disability assessments. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, (2), 1-19.
- Gervais, R.O., Russell, A.S., Green, P., Allen, L.M., Ferrari, R. and Pieschl, S D. (2001) Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *Journal of Rheumatology*, 28, 1892-1899.
- Green, P. (2001) Comment on article "Does pain confound interpretation of neuropsychological test results?" *Neurorehabilitation*, 16, 305-306
- Green, P. & Astner, K (1995) *Manual for the Oral Word Memory Test*, Neurobehavioural Associates, Edmonton.
- Green, P. (2003) *Word Memory Test for Windows: User's manual*, Green's Publishing, Edmonton.
- Green, P. (2004) *Medical Symptom Validity Test for Windows: User's manual*, Green's Publishing, Edmonton.
- Green, P., Iverson, G. & Allen, L. Detecting malingering in head injury litigation with the Word Memory Test. *Brain Injury*, 1999, 13 (10) 813-819
- Green, P., Lees-Haley, P.R. & Allen, L.M. (2002) The Word Memory Test and the validity of neuropsychological test scores. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 2, 3 / 4, 97-124
- Green, P. (2001) Why clinicians often disagree about the validity of test results. Invited article for *Neurorehabilitation*, 16, 231-236
- Green, P, Rohling, ML, Lees-Haley, PR & Allen LM. (2001) Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. *Brain Injury*, 15 (12) 1045-1060
- Green, P. (2004) Testmotivation und ihre Messung. *Reportpsychologie*, 29, 5, 303-308 (German translation by Dr. T. Merten and R. Brockhaus)
- Green, P. (2003) Welcoming a paradigm shift in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuro-psychology*, 18 (6) 625-627
- Green, P., Rohling, M.L, Iverson, G. & Gervais, R. (2003) Relationships between olfactory discrimination and head injury severity. *Brain Injury*, 17 (6) 479-496
- Green, P. & Flaro, L. (2003) Word Memory Test performance in children. *Child Neuropsychology*, 9 (3) 189-207
- Green, P. and Iverson, G. (2001) Validation of the Computerized Assessment of Response Bias in litigating patients with head injuries. *The Clinical Neuropsychologist*, 15 (4), 492-497.
- Lees-Haley, P.R., Green, P., Rohling, M.L., Fox, D.D. & Allen, L.A. (2003) The lesion(s) in traumatic brain injury: implications for clinical neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18 (6) 585-594
- Lees-Haley, P. (2003) Foreword to *Word Memory Test for Windows: User's manual*, Green's Publishing, Edmonton.
- Rohling, M.L., Green, P., Allen, L.M. & Iverson, G.L. (2002) Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17 (3), 205-222

Van Hout, M., Schmand, B, Wekking, E, Hageman, G & Deelman, B (2003) Suboptimal performance on neuropsychological tests in patients with suspected chronic toxic encephalopathy. *NeuroToxicology*, 24, 547-551

Dr. Green's other research publications on the objective measurement of symptom exaggeration are listed at [www.wordmemorytest.com](http://www.wordmemorytest.com)  
Email [paulgreen@shaw.ca](mailto:paulgreen@shaw.ca)

## *Symposiumverslagen Revios*

### *2 september 2004, Keulen*

*Op 2 september 2004 werd door Revios een "Tagung" georganiseerd in Keulen. Onderstaand treft u verslagen aan van enkele daar gepresenteerde lezingen. Het niveau was hoog met kundige en deskundige sprekers. Merkwaardig genoeg was er slechts één medisch adviseur uit Nederland vertegenwoordigd. En dat terwijl er behoudens met betrekking tot reis en verblijf geen kosten aan verbonden waren. Menig symposium in Nederland is prijziger met geringer opbrengst. In principe wordt een dergelijke "Tagung" jaarlijks georganiseerd. Revios Rückversicherung AG is een grotere herverzekeraar, voortkomend uit Gerling. Contactpersoon is Dorothee Schauff bereikbaar via [Dorothee.Schauff@revios.com](mailto:Dorothee.Schauff@revios.com) (red.)*

### **Diabetes mellitus**

*E. Jennen, internist  
Verslag: K. de Wilde*

Dat er van diabetes mellitus meer te maken valt dan het bekende verhaal van het verhoogde risico en de effecten van roken en hypertensie bewees collega Jennen. In een boeiend betoog aan de hand van voorbeelden uit de statistiek gooide hij allerlei open deuren met een harde klap dicht.

Een aantal punten is vermeldenswaardig.

- Uit het feit dat louter het verlagen van het bloedsuiker niet leidt tot een vermindering van cardiovasculaire sterfte kan de conclusie worden getrokken dat andere factoren een rol moeten spelen.  
Voor de DIGAMI studie (1995) werden patiënten met een acuut infarct (geen diabetes) behandeld met een infuus met insuline, glucose en kalium. In de acute fase was geen verschil met de controle groep. Na 1 jaar echter was er een significant verschil ten gunste van de infuus populatie. Er lijkt een cardioprotectieve werking van de combinatie glucose, insuline en kalium uit te gaan. Eerder werden al aanwijzingen gevonden dat sulfonylureum (b.v. Rastinon®) in aanwezigheid van een coronaire hartaandoening cardiotoxische effecten heeft.
- Een verhoogde homocysteïne spiegel is geassocieerd met een verhoogde cardiovasculaire sterfte.

Behandeling met foliumzuur en vitamine B6 en B12 verlaagt de homocysteïnespiegel maar heeft géén invloed op de incidentie van CVA of myocardinfarct (Toole et al.2004). Met andere woorden, een door ieder geaccepteerd verband staat op losse schroeven.

- De invloed van de wijze van behandeling: spreker maakte zich sterk voor "scholing" van de patiënt bij de behandeling van diabetes, gecompliceerd door hypertensie. Bij onderzoek naar de effecten van intensieve behandeling van hypertensie, gericht op begrip en compliance van de patiënt, werden ten opzichte van wat de hypertensie betreft medicamenteus gelijk maar qua uitleg et cetera conventioneel behandelde patiënten belangrijke verschillen in mortaliteit gevonden (auteur onbekend).
- De relatie nefropathie – morbiditeit/mortaliteit staat onverkort.
- Intensieve insulinetherapie vertraagt het optreden van complicaties bij diabetes type I.
- Betrouwbare prognostische parameters: jonge leeftijd van begin diabetes, hypertensie, albuminurie bij type I, roken, doorgemaakt infarct, nefropathie, atriumfibrilleren, HbA1c bij type I, homocysteïne.
- Onbetrouwbare parameters : triglyceridegehalte, cholesterol, adipositas, fructosamine, HbA1c en bloedsuiker bij type II.

## Stollingsstoornissen

Dr. dr. H.-J. Hertfelder, internist/haematoloog  
Verslag: K. de Wilde

Het systeem van de haemostase is een uiterst gecompliceerd, bijna kunstzinnig bouwwerk waarin cellulaire factoren (endotheel, subendotheel, trombocyten en monocytten) en factoren in het plasma (zowel stolling activerend als remmend en fibrinolyse activerend als remmend) een rol spelen. Het is opmerkelijk dat een dergelijk gecompliceerd systeem in de regel zo onopvallend zijn werk doet. Weliswaar zijn er talrijke stoornissen bekend zowel aangeboren als verworven, maar deze zijn betrekkelijk zeldzaam, ofwel wordt de afwijking zo goed gecompenseerd dat de klinische gevolgen mild zijn.

Klinisch onderscheidt men stoornissen in de primaire haemostase met vooral mucocutane bloedingen (blauwe plekken, epistaxis, tandheelkundig, hypermenorrhoea) als gevolg en in de secundaire haemostase, het type bloedingen zoals bij haemophilie (gewrichts- en spierbloedingen, intracraniale bloedingen en tractus digestivus bloedingen).

Stoornissen in de primaire haemostase treden op bij stoornissen in de thrombusvorming, dus bij trombocytopenie of -pathie en bij stoornissen in de factoren die daar een rol bij spelen, zoals bij de ziekte van Von Willebrand.

Hoewel er talrijke vormen bekend zijn zijn aangeboren trombocytaire functiestoornissen zeldzaam en ontbreekt betrouwbare statistiek. Als potentieel ernstig werden genoemd delta-storage-pool disease, het syndroom van Bernard-Soulier en de thrombasthenie van Glanzmann.

Van de verworven trombocytaire stoornissen is de idiopathische thrombopenie de bekendste. De acute ITP komt meestal op een leeftijd onder de 10 jaar voor, vaak na infectie, het beloop is in de regel mild met volledig herstel binnen enkele weken. Er zijn zelden recidieven.

De chronische ITP manifesteert zich meestal tussen het 20ste en 50ste levensjaar en komt nogal eens voor

in het kader van een systeemziekte, ook wel bij maligniteiten. Levensbedreigende bloedingen komen voor, maar zijn ondanks lage trombocyten-tallen zeldzaam. Behandeling met corticosteroiden of IgG immuunglobulinen.

De meest voorkomende aangeboren stollingsstoornis is de ziekte van Von Willebrand, in Europa 1 : 200 – 700, in 90 % van de gevallen asymptomatisch. De prognose is, net als bij haemophilie A en B, afhankelijk van het percentage werkzame factor, in dit geval de Von Willebrand factor. Dat een ruime reserve is ingebouwd blijkt uit het feit dat echte problemen zich meestal slechts voordoen bij een spiegel van 5 % of lager. Therapie is soms nodig, afhankelijk van de spiegel en eventuele ingrepen. Desmopressine verhoogt kortdurend factor VIII spiegels, cycloapron ondersteunt de stolling door remming van de fibrinolyse. Von Willebrand factor kan tevens in de vorm van vWF bevattend factor VIII concentraat worden toegediend (bij operaties).

Haemophilie A en B, factor VIII resp. factor IX deficientie, zijn twee vormen van stoornissen in de secundaire haemostase. De initieel gevormde thrombus beklijft niet en er treedt na 1/2 tot 1 dag een bloeding op die niet meer stopt. Symptomatologie is afhankelijk van het percentage functionerende factor. Indien de spiegel hoger is dan 3 – 5 % is het beloop mild en zijn er zelden spontane bloedingen. Behandeling bestaat uit toedienen van de betreffende stollingsfactor, vaak ook profylactisch afhankelijk van de ernst. De levensverwachting bij patiënten met een ernstige haemophilie A of B (factor < 3 %) is overigens gestegen. In 1986 in Nederland voor mannen 66 jaar versus 74 in de bevolking.

Het risico op complicaties van de behandeling van stollingsstoornissen ligt vooral op het vlak van immuniteitsconflicten met de toegediende factoren. Het risico op infecties in de zin van vormen van hepatitis of HIV was volgens spreker met de huidige methoden verwaarloosbaar.

Een uiterst interessante lezing die zich helaas door de complexiteit van de materie maar slecht laat vertalen in een verslag.

## Bloed en bloedvaten

Dr. Stefan Schulte, vaatchirurg  
Verslag : K. de Wilde

Het exacte ontstaansmechanisme van atherosclerose is nog immer onduidelijk. Een groot aantal factoren speelt in ieder geval een rol.

Wat *claudicatio intermittens* betreft springt hyperhomocysteïnaemie er uit als verreweg de factor met het grootste risico. Deze aandoening is betrekkelijk zeldzaam, factoren die voor een beoordeling van het

verzekeringsrisico meer van belang zijn, zijn mannelijk geslacht, leeftijd, roken, diabetes en verhoogd fibrinogeen, alle in ongeveer gelijke mate. Alcohol lijkt een beschermende werking te hebben.

Er is een belangrijke overlap met andere cardiovasculaire aandoeningen. In ongeveer 75 % van de gevallen van *claudicatio intermittens* is er op enig moment sprake van cardiocerebrovasculaire pathologie. Spreker gaf de relatieve 10-jaars overleving ten opzichte van een gematchte controle groep aan als iets meer dan 50 %. De cardiale en cerebrale sterfte in Duitsland bij patiënten met *claudicatio intermittens*

bedraagt 66 % ten opzichte van 40 % in de bevolking (cijfers 1996). Behandelmethoden werden besproken. Een acuut CVA wordt in 80 % veroorzaakt door doorbloedingsstoornissen, 14 % daarvan is het gevolg van een embolie. Slechts 20 % is het gevolg van bloedingen (aneurysma, subduraal hematoom, etc) en in 80 % is er een associatie met hypertensie. In 30 % van de gevallen van ischaemische cerebrale infarctering is er sprake van stenosering of afsluiting in het carotisgebied. In Duitsland komt dat neer op zo'n 30.000 gevallen per jaar.

Er is een duidelijke relatie tussen de mate van stenose van de A. carotis en de prognose. Eveneens is er een duidelijke relatie tussen het effect van operatie en de mate van pre-operatieve carotis-stenose. Er zijn diverse behandelmethoden. Operatie extrathoracal heeft een mortaliteit van 0 – 3 %, transthoracal van 6 – 9 %, terwijl bij Dotter en stenting de mortaliteit rond 1 % ligt. Het aantal complicaties is bij een operatie groter dan bij de andere technieken. In doorgankelijkheid na 2 – 5 jaar ontlopen operatie en stenting elkaar niet veel met 83 resp. 80 %. De eenvoudige Dotter blijft achter met 54 – 77 %.

Ook het *aneurysma aortae abdominalis* is zeer vaak geassocieerd met andere vasculaire aandoeningen. Niet alleen met de voor de hand liggende coronairinsufficiëntie (50 %), maar ook met COPD (23 %), nierinsufficiëntie (12 %) en diabetes (12 %).

De prognose na een electieve operatie is weliswaar beter dan zonder, maar ongetwijfeld als gevolg van bijkomende pathologie zijn de getallen bepaald niet spectaculair. De 5-jaars overleving van de gematchte controlegroep uit de normale populatie is 80 %, bij de patiëntengroep na electieve operatie 50 % en niet-geopereerd 30 %. Echter na 10 jaar bedragen deze getallen 68 %, 22 % en 14 %. De curves van geopereerde en niet geopereerde patienten naderen elkaar dus dicht na 10 jaar.

Er bestaat een relatie tussen de diameter van het aneurysma en het risico op een ruptuur. Vanaf een diameter van 50 mm loopt dit risico snel op. De mortaliteit van de conventionele operatie is met 4,1 % beduidend hoger dan die van een behandeling met endovasculaire technieken (1,9 %). Van de 11.815 (!) electieve operaties die in de periode 1999 – 2002 werden verricht in verband met een aneurysma van de buikaorta werd 83 % dan ook uitgevoerd via endovasculaire technieken. In het geval van een spoedingreep in verband met een geruptureerd aneurysma is het verschik nog veel duidelijker met een mortaliteit van 41 % in geval van conventionele techniek versus 10 % bij endovasculaire behandeling. Over de prognose qua bestendigheid van met name de endovasculaire prothesen bestaat nog geen zekerheid. De ervaring met nieuwe materialen is nog te kort.

## Ingezonden

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie)*

### Medisch tuchtrecht

Het artikel "Medisch tuchtrecht" in het meinummer van dit jaar inspireert mij om, mogelijk in belang van medisch adviseurs, de vraag te stellen: "Valt het handelen van de medisch adviseur nu wel of niet onder het tuchtrecht?"

Ik meen van niet.

Maar als je het artikel leest, zou je haast zeggen van wel. Collega N.J.W.O. de Louwere schrijft immers: "Het tuchtrecht omvat in beginsel alle activiteiten van de beroepsbeoefenaar die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en die ertoe strekken diens gezondheid te bevorderen, te bewaken of te beoordelen, het geven van raad daaronder begrepen. Het tuchtrecht is dus, zoals eerder reeds vermeld, niet beperkt tot de strikte behandelrelatie tussen patiënt/cliënt en hulpverlener. Het handelen van de geneeskundig adviseur valt derhalve gewoon onder het tuchtrecht."

Laten wij eens bezien wat er gewoon onder het tuchtrecht valt.

Wat voor klachten wil de tuchtrechter wel ontvangen? De criteria daarvoor staan beschreven in artikel 47 van de wet BIG. De eerste twee leden daarvan luiden:

1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:
  - a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:
    - 1) degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;
    - 2) degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;
    - 3) de naaste betrekkingen van de onder 1) en 2) bedoelde personen;
  - b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.



2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:
- arts,
  - tandarts,
  - apotheker,
  - gezondheidszorgpsycholoog,
  - psychotherapeut,
  - fysiotherapeut,
  - verloskundige,
  - verpleegkundige.

De tuchtrechter die een klacht over een medisch adviseur moet beoordelen, zal zich dus allereerst afvragen of degene waarover geklaagd wordt wel in het BIG-register staat. Anders begint hij er niet aan. De lezer die nooit meer iets met de tuchtrechter te maken wil hebben moet dus zijn BIG-registratie laten doorhalen. Nieuwe wandaden zijn dan buiten het bereik van de tuchtrechter, maar voor oude moet hij zich nog steeds verantwoorden (zegt lid 4 van dit artikel).

Daarna kijkt de rechter waarover wordt geklaagd. Gaat het over onvoldoende zorg in de medische behandeling, dan ontvangt de rechter de klacht. Bij medisch adviseurs in personenschade, arbeidsongeschiktheid of levensverzekering is dat in het algemeen niet aan de orde. Soms wordt mij wel duidelijk dat de handen jeuken van een collega die de wederpartij adviseert, maar deze geeft toch meestal geen gezondheidsadvies en laat het onderzoeken van de patiënt ook meestal aan een ander over.

Als de klacht geen betrekking heeft op het handelen bedoeld onder sub a, gaat de klacht dan over het sub b genoemde andere handelen? Daarvoor is nodig dat de medisch adviseur op een andere manier handelde of dat naliet in die hoedanigheid (dus als arts) en daarbij het belang schaadt van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Deze tekst is bij de totstandkoming van de wet geïllustreerd met de volgende voorbeelden:

- het in het openbaar doen van uitlatingen door een persoon die daarbij te kennen geeft dat hij arts is, waarbij ten onrechte een bepaalde vorm van verlening van gezondheidszorg in een kwaad daglicht wordt gesteld en waardoor bij het publiek ten onrechte onrust wordt gewekt;
- het tekortschieten ten opzichte van personen die bloed of weefsel ten behoeve van transplantatie afstaan;
- het niet toelaten van een beroepsbeoefenaar tot een waarnemingsregeling waardoor een goede hulpverlening in gevaar komt;
- het frauderen ten opzichte van ziektekostenverzekeraars.

In al deze gevallen is er een duidelijk belang van de individuele gezondheidszorg dat geschaad wordt. Dat het advies van een medisch adviseur de individuele

gezondheidszorg kan raken zal slechts bij uitzondering voorkomen, waarover hieronder meer. De medisch adviseur schaaft eerder het belang van de individuele portemonnee dan van de individuele gezondheidszorg en voor klachten daarover moet je aan een ander loket zijn.

Wanneer raakt het handelen van een medisch adviseur de individuele gezondheidszorg? Dan kan bijvoorbeeld voorkomen als hij zich met die gezondheidszorg bemoeit. In een terechtzitting van het CTG gaat het al gauw over de kwaliteit van de geleverde zorg. Wie daar in het openbaar als arts zijn mening geeft over de zorgvuldigheid van het handelen van een collega, raakt die dan de individuele gezondheidszorg? In een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 30 januari 2003 is deze materie aan de orde. Het CTG verklaarde klager niet ontvankelijk in zijn klacht tegen een arts die op verzoek van het CTG op een terechtzitting enkele vragen had beantwoord, met de motivering: "De klacht betreft immers noch de directe zorg (art 47 lid 1 sub a van de Wet BIG) noch enig ander handelen van de arts dat in enigerlei verband staat met de individuele gezondheidszorg (art 47 lid 1 sub b van de Wet BIG)".

Je zou ook kunnen oordelen dat zijn optreden niet veel verschilde van het handelen dat als voorbeeld genoemd was van handelen waarvoor lid 1 sub b nu juist geschreven was. De arts zou een bepaalde vorm of kwaliteit van gezondheidszorg in een kwaad daglicht kunnen stellen met zijn antwoorden op vragen van het CTG. Maar het CTG dacht er anders over. In een noot onder deze uitspraak (TVG 2003/36) schrijft mr. E.W.M. Meulemans :

"In allerlei procedures bij de civiele-, tucht- en strafrechter worden rapporten van beroepsbeoefenaren overgelegd. Het lijkt mij buiten kijf dat dergelijke rapporten het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg raken. Vooralsnog zijn echter die rapporten aan het oordeel van de tuchtrechter onttrokken. Het is de vraag of de wetgever dat wel bedoeld heeft."

Als Meulemans met "dergelijke" rapporten bedoelt rapporten die gaan over de kwaliteit van geleverde medische zorg, dan kan ik de twijfel met hem mee voelen. Misschien moeten schrijvers van zulke rapporten niet aan de tucht van de tuchtrechter ontsnappen. Dat medisch adviseurs, die in het algemeen hele andere adviezen geven en de patiënt niet zelf onderzoeken, buiten de werkingssfeer van het medisch tuchtrecht blijven, is naar mijn mening precies zoals de wetgever het gewild heeft.

De stelling dat medisch adviseurs gewoon onder het tuchtrecht vallen, is dus niet juist.

*J. W. Bins  
Den Haag, juli 2004*

Aangezien collega Bins, anders dan ikzelf, jurist is, is de "level of playing field" waarop wij ons begeven in dezen ongelijk. Toch waag ik mij aan een tegenreactie.

Het gaat mijns inziens niet alleen om de harde wets-tekst, maar vooral ook om de "geest van de wet". Het is bovendien nog maar de vraag of de wetgever de tekst expliciet niet heeft bedoeld voor adviseurs, maar louter voor beroepsbeoefenaren in de behandelende sfeer.

Nogmaals citeer ik uit de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. BIG (artikel 1 lid 1 en lid 2 en artikel 47 lid b), daarbij de vet gekleurde zinsneden voor ogen houdende:

#### Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen verstaan alle andere verrichtingen - **het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen** -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken
2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan:
  - a. alle verrichtingen-het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen-, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of **zijn gezondheidstoestand te beoordelen**, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;

#### Artikel 47

- b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg**

De norm onder 47 lid b. is abstract. Volgens de juristen bij het Benecke congres is het vooral de interpretatie van dit lid dat de arts die geen directe arts/patiënt relatie heeft, ook tuchtrechtelijk vervolgbaar maakt.

Volgens de Evaluatiecommissie Wet BIG (rapport uitgebracht door ZonMW, in opdracht van het ministerie van VWS en in november 2002 aangeboden aan de 2e kamer) betekent deze 47 lid b. norm dat tuchtrecht ook van toepassing is op medisch handelen dat niet is ingebed in de relatie beroepsbeoefenaar/patiënt. Hiermee zou bedoeld kunnen worden voor patiënten nadelige gevolgen van oncollegiale samenwerking van behandelaars, onheuse openbare uitspraken over behandelingen, het schenden van beroepsgeheim jegens derden etc. Mijns inziens wordt

echter geenszins uitgesloten dat handelingen van medisch adviseurs hiermee niet bedoeld zouden kunnen worden. "Weet u wel wat u met uw advies aanricht?", beet een kandidaat-verzekerde mij onlangs telefonisch toe nadat ik een forse oversterfte cq. jarenlange meer-promillage had geadviseerd bij de aanvraag van een levensverzekering. Het betrof een vrouw met een status na mastectomie vanwege een mamacarcinoom, die door de behandelaar 'genezen' was verklaard.

De KNMG deelt eveneens deze mening en is het dan ook eens met de Evaluatiecommissie dat de reikwijdte van het tuchtrecht niet beperkt moet worden tot die art.-3 beroepsbeoefenaren die individuele patiëntenzorg verlenen. De 2e tuchtnorm van art. 47 is volgens de KNMG "blijkens de wetsgeschiedenis ook bedoeld voor artsen die geen directe patiëntenzorg verlenen, maar bijvoorbeeld een organisatorische functie bekleden" (horen medisch adviseurs hiertoe of alleen medisch managers?).

In dit verband wil ik ook refereren aan de per 1 april 1995 in werking getreden Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst, WGBO. Het is waar dat in artikel 1653 lid 5 van de WGBO wordt aangegeven dat "geen behandelingsovereenkomst aanwezig is indien het handelingen betreft ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden". Echter in artikel 1653t lid 1 wordt vervolgens bepaald dat "indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, deze titel van overeenkomstige toepassing is zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet".

In de door het Verbond van Verzekeraars gemaakte explicatie van de WGBO d.d. 4 januari 1995 wordt aangegeven dat hierdoor de beoordeling van een gezondheidsverklaring door de geneeskundig adviseur, de medische keuring door de keurend arts in opdracht van een verzekeraar en in het verlengde daarvan de handelingen van de medisch adviseur in zijn algemeenheid toch onder de reikwijdte van de wet gebracht worden.

Hiermee is volgens mij de cirkel rond. Eén en ander sluit (naar aanleiding van het ZonMW rapport) aan bij de mening van de KNMG dat het een goede zaak is dat de gehele professie, dus óók artsen die verder verwijderd staan van de patiëntenzorg, gehouden is aan professionele tuchtnormen.

Het boeiende betoog van collega J.W. Bins biedt de individuele medisch adviseur die het tuchtrecht vreest,

hoop. Echter, ik zie om mij heen dat de praktijk toch weerbarstiger is dan collega Bins ons voorspiegelt. Het inmiddels toenemend aantal lezers van GAVscoop dat voor de tuchtrechter is gedaagd, zal mij daarin gelijk geven. Wellicht moeten al deze collega's, ook als zij de zaak winnen, in hoger beroep gaan. Een lagere rechter

(als een tuchtcollege bestaande uit juristen en collega's zo omschreven mag worden) mag zich immers vergissen.

*N.J.W.O. de Louwere  
Utrecht, augustus 2004*

---

*Zonder in het minst te twijfelen aan de deskundigheid van beide schrijvers was de redactie van mening dat het belang van het onderwerp het inschakelen van (nog) twee juristen rechtvaardigde.  
U treft hun visie hieronder aan (red.)*

## **De medisch adviseur en het tuchtrecht**

### **Inleiding**

In de GAVscoop wordt al enige tijd discussie gevoerd over de vraag of een medisch adviseur onder het tuchtrecht valt. Mij is als buitenstaander gevraagd om aan die discussie deel te nemen. Vooropgesteld dient te worden dat de vraag die voorligt niet zonder meer te beantwoorden is. Dat vindt zijn oorzaak in het feit dat de uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg niet altijd helemaal helder zijn. Onlangs deed het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg weer een tweetal uitspraken waarin de vraag van de ontvankelijkheid opnieuw aan de orde kwam. Ik zal aan de hand van die uitspraken proberen licht in de duisternis te werpen.

### **Wie mogen klagen?**

Degene die ontvankelijk wil worden verklaard in een klacht tegen een arts moet ten eerste een rechtstreeks belang hebben bij die klacht.<sup>[1]</sup> Die rechtstreeks belanghebbende is meestal degene die op enigerlei wijze, al dan niet vrijwillig, van de diensten van de arts gebruik heeft gemaakt. Niet iedereen mag dus klagen. Zo werd een werkgever die klaagde over het handelen van een verzekeringsarts jegens een werknemer niet-ontvankelijk verklaard, omdat deze niet als rechtstreeks belanghebbende bij de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van een werknemer werd beschouwd.<sup>[2]</sup>

### **Waarover kan geklaagd worden?**

De tweede hobbel die een klager moet nemen heeft betrekking op de vraag die hier voorligt: kan het handelen waarover geklaagd wordt tuchtrechtelijk getoetst worden? Dat is een reële vraag. Niet altijd immers handelt een arts als arts. Een arts bijvoorbeeld die de rekening voor een nieuwe keuken niet betaalt zal daarop niet tuchtrechtelijk aan te spreken zijn.

Maar waarop dan wel? Zoals aangegeven bestaat hierover discussie. Het Centraal Tuchtcollege heeft in een aantal gevallen geoordeeld dat daartoe beslissend is of de aangeklaagde arts individuele gezondheidszorg zoals omschreven in art. 1 Wet Big heeft betracht. Is dat niet het geval dan is het handelen van een arts tuchtrechtelijk niet toetsbaar. Dat geldt bijvoorbeeld voor het handelen van een arts als directeur patiëntenzorg, als bestuurder van een artsenorganisatie of als lid van de Tweede Kamer.<sup>[3]</sup> Het geldt ook voor de deskundige die door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg wordt geraadpleegd.<sup>[4]</sup> Dit uitgangspunt van het Centraal Tuchtcollege is echter niet zonder kritiek en wordt door de Regionale Tuchtcolleges ook niet altijd gehanteerd.

### **Recente jurisprudentie**

Zoals in het voorgaande vermeld heeft het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg onlangs weer een tweetal uitspraken gedaan waarin de vraag van de ontvankelijkheid betwist werd. Het ging om twee zaken die met elkaar verband hielden. Klager was slachtoffer geweest van een verkeersongeval. De aansprakelijkheidsverzekeraar van de veroorzaker van dat ongeval erkende aansprakelijkheid. In het kader van de beoordeling van de schade vroeg de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar aan een neuroloog om een zestal vragen te beantwoorden. Het slachtoffer werd hiervan niet op de hoogte gesteld. Het dossier werd niet geanonimiseerd aan de neuroloog te beschikking gesteld. De neuroloog heeft vervolgens de vragen beantwoord. Die antwoorden kwamen het slachtoffer later onder ogen, waarop een klacht tegen zowel de medisch adviseur als de neuroloog volgde.

---

<sup>[1]</sup> Ik laat buiten beschouwing dat ook de opdrachtgever, de werkgever en de Inspecteur voor de Gezondheidszorg een klacht kunnen indienen.

<sup>[2]</sup> Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 8 april 2003. MC 2003, nr 39.

<sup>[3]</sup> Bijvoorbeeld Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 18 december 2001. MC 2001, nr 11; Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 april 2002. TvGR 2003/1 en Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 30 januari 2003. TvGR 2003/4 met noot Meulemans.

<sup>[4]</sup> Zie hierover de bijdrage aan de discussie van J.W. Bins.

Met betrekking tot de ontvankelijkheidsvraag kwam het Centraal Tuchtcollege tot het oordeel, dat zowel het handelen van de medisch adviseur als dat van de neuroloog tuchtrechtelijk getoetst kon worden. Het ging volgens het Centraal Tuchtcollege immers om de beoordeling van de gezondheidstoestand van het slachtoffer en dus om een handeling op het gebied van individuele gezondheidszorg zoals bedoeld in art. 1 Wet Big.<sup>[5]</sup> Overigens werden beide klachten afgewezen.

## Conclusie

De conclusie die naar mijn idee uit de jurisprudentie moet worden getrokken is als volgt. De medisch adviseur als zodanig valt niet onder het tuchtrecht, maar dat is wel het geval indien deze handelingen verricht op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Tot die handelingen behoort ook het beoordelen van de gezondheidstoestand van een patiënt/slachtoffer/verzekerde, ook als dat dit buiten medeweten van de betrokkene gebeurt. Is er geen sprake van een dergelijke beoordeling en wordt ook niet op andere wijze individuele gezondheidszorg

verricht, dan kan het handelen niet tuchtrechtelijk getoetst worden. Dat geldt bijvoorbeeld als managementtaken vervuld worden.

Het geldt naar mijn idee ook indien een medisch adviseur wordt gevraagd om het handelen van een collega te beoordelen, bijvoorbeeld als een patiënt met schade stelt dat die schade een gevolg is van een fout van de behandelend arts. In zo'n situatie wordt niet de toestand van een patiënt beoordeeld, maar het handelen van een arts of andere hulpverlener. Dat is geen individuele gezondheidszorg. Dit onderscheid is ook aan de orde als het gaat om het zogenoemde blokkeringsrecht ex artikel 7:464 lid 2 BW. Dat recht is alleen aan de orde als een persoon beoordeeld wordt, niet als de beoordeling een bepaalde gebeurtenis (bijvoorbeeld een operatie) betreft.

Het voorgaande dient echter met de nodige slagen om de arm te worden geponeerd. De jurisprudentie is nog niet volledig uitgekristalliseerd en zal ongetwijfeld nog discussie gaan opleveren. Niettemin hoop ik enige verheldering te hebben gegeven.

*Mr E.J.C. de Jong  
KBS advocaten Utrecht*

---

Weliswaar beknopt maar duidelijk geeft mr. De Jong, naar mijn mening terecht aan dat mr. dr. Bins op het verkeerde spoor zit: de medisch adviseur die over een bepaalde persoon adviseert is ten volle onderworpen aan het tuchtrecht. De medisch adviseur is en blijft namelijk arts.

Discussie bestaat over de arts die wat minder geïndividualiseerd werk doet. Bijvoorbeeld de hoogleeraar psychiatrie die in een publicatie de vloer aanveegt met subjectieve klachten waarbij een psychiatrisch ziektebeeld ontstaat, de arts die fraude pleegt ten opzichte van de ziektekostenverzekeraar van zijn patiënten, de arts die er een uitbundig en extreem seksleven op nahoudt, etc. Het gaat dan niet om de betrokkenheid van personen ten opzichte van wie de arts ageert, maar om meer generiek handelen van de arts, waarmee hij het aanzien van de medische stand kan schaden. Het is onduidelijk in hoeverre de tuchtrechter daarbij dan een rol kan spelen.

*Mr. G.C. Endedijk  
KvdL advocaten Amsterdam*

---

<sup>[5]</sup> Beide uitspraken zullen worden gepubliceerd. Het gaat om de uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 31 augustus 2004 onder nummer 2003/177 en 2003/178.

# Mededelingen

## **Akkoord over Convenant Doodsoorzaken**

*(Bron: Hoofdpunt Verbondsactiviteiten, Verbond van Verzekeraars d.d. 12 augustus 2004)*

Op woensdag 11 augustus heeft het Verbond (Weurding, Terwisscha en Van der Zon) een akkoord bereikt met de patiëntenkoepel Breed Platform Verzekerden en Werk en de artsorganisatie KNMG over kleine aanpassingen van het Reglement van de toetsingscommissie inzake het Convenant Doodsoorzaken. De toetsingscommissie moet in een leemte voorzien inzake de fraudebestrijding bij levens-

verzekeringen. Op dit moment is het voor een verzekeraar wegens het medisch beroepsgeheim niet mogelijk inzage te krijgen in de doodsoorzaak van een verzekerde, en daarmee is het niet mogelijk fraude door verzwijging van medische gegevens tegen te gaan. De onafhankelijke toetsingscommissie kan wél medische informatie inwinnen, beoordeelt of er sprake is van fraude en informeert de verzekeraar over haar bevindingen. Partijen overleggen de komende tijd over de samenstelling van de toetsingscommissie; er is consensus over de voordracht van het Verbond van oud-Ombudsman De Ruiter als voorzitter.

## **Artsen en paramedici doen RSI in de ban**

### **Consensus over nieuwe terminologie en indeling van de klachten**

*(Bron: Kenniscentrum AKB)*

Rotterdam – 7 oktober 2004. Artsen en paramedici hebben met elkaar afgesproken het verzamelbegrip RSI niet meer te gebruiken. Elf beroepsgroepen hebben hier onder begeleiding van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat consensus over bereikt. Tijdens het Arm-Nek-Schouder Congres II dat gisteren werd gehouden in Ede is een nieuw begrippenkader gepresenteerd om de klachten te benoemen.

RSI is een bekend begrip in Nederland. De weerstand tegen het gebruik van de term is de afgelopen jaren echter steeds meer toegenomen. Voor patiënten is RSI synoniem aan een vervelende aandoening waar je moeilijk van af komt. Behandelaars zien het begrip als een vergaarbak van aandoeningen van arm, nek en schouder. Er zijn dan ook steeds nieuwe namen en definities geïntroduceerd om klachten in de arm-, nek- en schouderregio beter te beschrijven. De spraakverwarring is hierdoor alleen maar toegenomen.

Het Kenniscentrum AKB, onderdeel van het Erasmus MC te Rotterdam, heeft samen met elf medische en paramedische beroepsgroepen consensus bereikt om RSI en andere termen en definities niet meer te

gebruiken. Afgesproken is voortaan uit te gaan van het zogenoemde CANS model. CANS staat voor Complaints of Arm, Neck and/or Shoulder. Het model stelt behandelaars in staat klachten in te delen in specifieke aandoeningen en a-specifieke klachten. De beroepsgroepen hebben gezamenlijk in totaal 23 aandoeningen - zoals bijvoorbeeld de tenniselleboog en carpaal tunnelsyndroom - als specifieke CANS kunnen benoemen. Als de klachten niet te diagnosticeren zijn als één van de 23 aandoeningen, spreekt men voortaan van a-specifieke CANS. CANS is daarmee geen nieuwe diagnose. Het CANS model biedt een nieuwe terminologie waardoor alle behandelaars dezelfde taal spreken. De patiënt zal hier de voordelen van ervaren: door betere communicatie kan sneller de juiste behandeling worden ingezet.

De multidisciplinaire consensus is tot stand gekomen met behulp van de Delphi-methode. Aan 46 afgevaardigden van de beroepsorganisaties van huisartsen, revalidatieartsen, bedrijfsartsen, orthopedisch chirurgen, reumatologen, neurologen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, ergotherapeuten en psychologen zijn vragen voorgelegd. Via herhaalde terugkoppeling van de antwoorden op de vragen is consensus bereikt.

Het Arm-Nek-Schouder Congres II, waar de consensus is gepresenteerd, is georganiseerd door het Kenniscentrum AKB en Elsevier Gezondheidszorg. Meer informatie is te vinden op [www.kenniscentrumakb.nl](http://www.kenniscentrumakb.nl).

# Vanuit de Onderwijscommissie

## Start nieuwe GAV-cursus

Op 4 en 5 november 2004 starten circa 25 GAV-leden met hun GAV-beroepsopleiding, voorheen de basis cursus genoemd. Deze opleiding is één van de vereisten om in aanmerking te komen voor de titel Register Geneeskundig Adviseur. De cursus wordt georganiseerd door de GAV Onderwijscommissie. Nieuw is onder meer dat de opleiding is gesplitst in een onderbouw en een bovenbouw. Eveneens nieuw is een verplicht stageprogramma van vijf dagen. Het is de bedoeling dat de cursist daarin kennis maakt met die onderdelen van het vak waar hij of zij zelf niet dagelijks mee in aanraking komt. De onderbouw fase wordt afgesloten met een toets terwijl de cursisten ook een werkstuk in dienen te leveren.

## Onderbouw

De onderbouw omvat elf cursusedagen en wordt door alle cursisten gevolgd. In het eerste blok kan de cursist kennismaken met de wereld van de verzekeraars. Tijdens dit cursusedeel zullen onder meer vertegenwoordigers van het Verbond van Verzekeraars en de Raad van Toezicht Verzekeringen zich presenteren. Verder wordt een dag gewijd aan het kritisch lezen van wetenschappelijke literatuur. De deelnemers zullen hun kennis oprispen van de belangrijkste begrippen uit de epidemiologie en statistiek. Op 20 januari 2005 komt in het onderdeel **Recht** de voor de geneeskundig adviseur relevante wet- en regelgeving aan de orde. In de module **Communicatie** op 24 en 25 maart 2005 krijgen de cursisten in kleinere groepen een vaardigheidstraining. Het onderdeel **Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen** staat gepland op 12 mei 2005. Op 8 en 9 september 2005 komen **Levensverzekeringen** en **Personenschade** aan bod. De negende cursusedag, 10 november 2005, staat in het teken van de Zorgverzekeringen. Cursusedag 10, 12 januari 2006, staat in het teken van de specialistische expertise. Begin februari 2006 volgt de slotdag waarop de cursisten hun werkstuk presenteren en waarop de schriftelijke toets wordt afgenomen.

## Bovenbouw

Voor de bovenbouw worden in de loop van 2006 drie modules van twee dagen georganiseerd: Levensverzekeringen, Personenschade en Arbeidsongeschiktheid. Iedere cursist dient hiervan twee modules te kiezen.

## Prijs

De totale kosten voor de opleiding bestaande uit elf dagen Onderbouw en vier dagen Bovenbouw bedragen € 6500, inclusief maaltijden en vijf overnachtingen. Accreditatie bij het Accreditatiebureau Sociale Geneeskunde, wordt aangevraagd. Nadere informatie kan worden verstrekt door de leden van de Onderwijscommissie : A.E. Schröder (voorzitter), H.S. Boersma, W.M. Brandt, W.G. Fontein, mevrouw A.J. Fransen, J.G.N.M. Hoevenaars en mevrouw J.H. Paulusma-de Waal.

## Wenken voor auteurs

Lever uw tekst per email of op papier enkelzijdig en een 3,5 inch diskette aan, met vermelding van adresgegevens en telefoonnummer. Soort tekstverwerkingsprogramma (lieft "Word") aangeven, alsmede onder welke naam het digitale bestand is opgeslagen. Houd een marge aan van minimaal 4 cm aan beide zijden. Tekst zo "plat" mogelijk, d.w.z. geen tabs of inspringen. Kopjes niet in hoofdletters. Geef in de tekst de plaats van evt. grafieken, tabellen of formules aan, lever deze als schets (lieft het origineel, voor het geval het nodig is deze schets te moeten scannen) bij. Geef aan of de schets retour moet. Sla een document met de optie "snel opslaan" uitgeschakeld als tekstbestand op, geef het een titel en sluit af met: .TXT. Bijvoorbeeld: Colofon.TXT.

Vermeld literatuurverwijzingen als nummer tussen haakjes (niet in superscript) in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Hanteer voor

literatuurverwijzing de gebruikelijke gangbare methodiek (Vancouver).

Vermeld indien gewenst een correspondentie-adres dat bij het artikel kan worden geplaatst.

Met het inzenden verklaart een auteur dat:

1. het volledige auteursrecht inclusief de rechten op publicatie op elektronische netwerken (internet) wordt overgedragen aan de redactie van het tijdschrift;
2. het artikel niet tegelijkertijd elders is aangeboden, of reeds geaccepteerd of gepubliceerd is\*;
3. met name genoemde personen die op enigerlei wijze hebben bijgedragen aan het tot stand komen van het artikel akkoord gaan met het noemen van hun naam.
4. hij/zij toestemt in een redactionele beoordeling en bewerking van het artikel.

\* In overleg met de redactie kan hiervan afgeweken worden.

## 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@gav.nl. Vermeld hierbij: locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

### 2004

28 oktober 2004:

**Algemene ledenvergadering GAV**

Spreker: Dr. J.M. Prins : HIV, state of the art.

Locatie: Ohra, Arnhem

12 november 2004:

**Minisymposium Neuro-orthopedisch Centrum**

Locatie Berg en Bosch, Bilthoven.

Tijd: 13.00 – 17.30 uur. Geen kosten.

Info: 030-2251157 of info@noc.nl

17 november 2004:

**Versicherungsmedizinischen Seminar : M. Crohn, colitis ulcerosa, adipositas, orthopedische traumata.**

Organisatie : GenRe, Keulen

Info Klaus Pannenberg, tel 00492219738320

Locatie: Hiltonhotel, Keulen

Kosten € 375,-, "Zedenten" gratis

18 en 19 november 2004:

**GAV Studiedagen**

Titel: "De tijd zal het leren", prognosestelling in sociaalgeneeskundig perspectief.

Organisatie: gezamenlijke aandachtscie's (AOV, Leven, Personenschade)

Vorm: plenaire lezingen en werkgroepen.

Doelgroepen: GAV leden, bedrijfs- en verzekeringsartsen, juristen en overige belangstellenden

Accreditatie: aangevraagd bij AbSg en NOVA.

Locatie: Congrescentrum Amstelveen

Kosten niet-leden: één dag euro 250, twee dagen euro 450. Kosten leden: één dag euro 225, twee dagen euro 400

Info: J. Bronsema, tel. 020-6564473, email

jan\_bronsema@swissre.com (AOV), S.P. Israëls, tel. 020-6564474,

email Pjotr\_israels@swissre.com (L), J. Buitenhuis, tel. 0592-

348550, email Buitenhuis@Unive.nl (PS)

16-17 december 2004:

**Vordering en praktijk. Boerhaave cursus**

Organisator: Boerhaave commissie

Locatie: Gorlaeus Laboratorium/Holiday Inn, Leiden

Kosten: € 450

Info: mw. I. Lichtendahl, tel. 071-5275296

Email: i.lichtendahl@lumc.nl

20 januari 2005

**GAV cursus: Recht en scriptieoverleg. Zie pagina 50.**

## Colofon

Tijdschrift voor Geneeskundig  
Adviseurs in particuliere  
Verzekeringzaken

### 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  
E.S.L. Schmidt  
M.L.A. Schotel  
K. de Wilde (hoofdredacteur)

### Redactieadres

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek  
p/a Busselterweg 13  
7973 KN Darp  
email [gavcoop@gav.nl](mailto:gavcoop@gav.nl)  
internet : <http://www.gav.nl>

### Uitgave

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig  
Onderzoek.

### Druk/Lay-out

Drukkerij Goudkuil, Beekbergen/  
HieroSign, 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 (vervolg)

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: [gavcoop@gav.nl](mailto:gavcoop@gav.nl). Vermeld hierbij: locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

24 februari 2005

### Gezondheidsrecht: Het beroepsgeheim van de arts en zijn verwerking van persoonsgegevens

Organisatie: KSG Gezondheidsrecht, cursus en advies  
Locatie: Landgoed de Reehorst, Hoofdstraat 8, 3972 LA Driebergen  
Accreditatie: GAV 3 uren, kosten 295 Euro p.p. excl. BTW  
Info: KSG Gezondheidsrecht (Shirin Slabbers),  
telefoon: 015 – 3618444 / 06 - 54385200 of  
e-mail: [cursus@gezondheidsrecht.com](mailto:cursus@gezondheidsrecht.com).

24-25 maart 2005

### GAV cursus: Communicatie en advisering. Zie pagina 50.

17-20 april 2005

### Survival in a changing world of risk management International Underwriting Congress 2005

Organisatie: LOMA  
Locatie: Genève, Zwitserland  
Kosten: inschrijving tot 21 maart 2005: leden \$ 775, niet-leden  
\$ 975, na 21 maart 2005 leden \$ 875, niet-leden \$ 1075  
Info: [www.loma.org/iuc.asp](http://www.loma.org/iuc.asp)

12 mei 2005

### GAV cursus: Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Zie pagina 50.

8-9 september 2005

### GAV cursus: Levensverzekeringen, capita selecta en personenschade. Zie pagina 50.

10 november 2005

### GAV cursus: Zorg en scriptieoverleg. Zie pagina 50.

Januari 2006

### GAV cursus: De expertise. Zie pagina 50.

Februari 2006

### GAV cursus : Toets en voordracht scripties. Zie pagina 50.

## 2007

### ICLAM

Locatie: Berlijn, Duitsland