

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 25, nummer 2, augustus 2021

Van de redactie	38
Van het bestuur	40
INGEZONDEN BRIEF	41
LOK-down	
Lofzang op de redelijkheid en billijkheid <i>J. Fouchier</i>	
Tucht en Zucht <i>A. de Vries</i>	43
Voor u gelezen	44
<i>Dickens in the heart of medicine</i> <i>C. Lelieveld</i>	
<i>Mensen zijn ingewikkeld</i> <i>C. Lelieveld</i>	
De scoop op...	47
Elsbeth Mattern en Carlien Hutchison <i>F. Schmidt en K. Harmsma</i>	
Autisme en werk <i>K.C. Rammeloo en R. van Oort</i>	53
Simulatie <i>F. Koerselman</i>	58
Psychologische rapportages bij asielzoekers en vluchtelingen en gebrek aan symptoomvaliditeit <i>D.H. van der Heide, J.A.G. Wijnen en K.A.P. Wijnands</i>	61
Onder ons gezegd en gezweigd: Dieren, welzijn en gezondheid <i>Drs. B. van Lauw-Kous</i>	67
Geactualiseerde KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, april 2021 <i>C. Lelieveld</i>	70
CBBS Next Level (CBBS 5) <i>C. Lelieveld, W. Westerbeek en R. van Beers</i>	72
Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek (SBVO), jaarverslag <i>S.J.H. Eggen</i>	75
Agenda	76
Colofon	76

Van de redactie

Editorial 2021-2

Op het moment dat ik dit schrijf (begin juli 2021) is de formatie van een nieuw kabinet sinds geruime tijd aan de gang. Er zou wel eens even fluks een nieuwe regering geformeerd gaan worden. Dat was hard nodig onder andere vanwege de ontwikkelingen ten aanzien van de coronacrisis. Na een oriënterende fase door eminente grise Herman Tjeenk Willink was informateur Mariëtte Hamer aan de beurt. Zij ging voortvarend aan de slag met onderzoek naar mogelijke coalities op basis van inhoudelijke overeenstemming. Maar er zit zand in de machine, de vaart is eruit. Het formatieproces duurt veel langer dan gehoopt/verwacht en er is nog lang geen witte rook te bespeuren in Den Haag. De stagnatie is mede veroorzaakt door geheugenproblemen bij stakeholders en door achtergehouden informatie. Op diverse wijzen werd een loopje genomen met de waarheid. Sommigen hadden geen actieve herinnering aan iets dat gezegd of gebeurd was of aan fysieke aanwezigheid op een bepaalde plaats, anderen hielden relevante informatie achter en er waren er ook bij die bij herhaling flagrante leugens de wereld in stuurden. Renske Leijten (SP) zei over demissionair premier Mark Rutte: "Het is een beetje alsof je iemand twee keer je portemonnee in bewaring geeft en twee keer is er geld verdwenen. Dan geef je niet een derde keer je portemonnee af." Maar wat is de waarheid eigenlijk precies? Bestaat de waarheid? Er zijn boeken over volgeschreven. Van Dale¹ geeft vier omschrijvingen:

1. De waarheid is het ware, het in overeenstemming zijn van het denkbeeld met de wetten van het denken of met zijn voorwerp, van een verhaal of bericht met de zaak zoals zij is,
2. Getrouwheid aan de werkelijkheid,
3. Ware geloofsovertuiging en
4. Iets dat waar is (een waarheid als een koe).
Nogal klinisch, maar dat kan niet anders in een woordenboek.

In Wikipedia staat onder andere: "Waarheid is het in overeenstemming zijn met de werkelijkheid. In dagelijks taalgebruik wordt 'waarheid' in de eerste plaats toegeschreven aan overtuigingen, uitspraken en theorieën. Waarheid kan echter ook worden toegeschreven aan een levenshouding, ethiek of politiek systeem. Hiermee is de waarheid een feit vanuit de levensovertuiging. Wat waarheid precies betekent is onderwerp van discussie, die ver in de geschiedenis teruggaat. In de wetenschap en techniek wordt de vraag naar waarheid methodologisch opgelost."

Bovenstaande wringt met een uitspraak van de Duitse schrijver en filosoof Friedrich Nietzsche (1844-1900) die zei: "Nein, gerade Tatsachen gibt es nicht, nur

Interpretationen" (er bestaan geen feiten, alleen interpretaties).² Als dat juist is dan is de ene waarheid de andere niet. Dat klinkt een beetje raar, maar is wat velen van u in de dagelijkse praktijk van de medisch adviseur zullen kunnen onderschrijven. Er wordt wel gezegd: "er zijn zoveel waarheden als mensen."

Dan zijn er gradaties te onderscheiden in de mate van waarachtigheid, van waarheid naar leugen is een glijdende schaal, de ene leugen is de andere niet. Het is een bekend fenomeen dat na een aantal malen doorvertellen van een mondelinge tekst de doorgegeven tekst een totaal andere strekking heeft. Geen opzettelijke leugen, maar de waarheid in commissie. Wat te denken van 'in vino veritas' of 'de waarheid ligt in het midden'? Advocaat Jan Henk van der Velden schreef een boek waarin hij op zoek ging naar de waarheid over leugens.³ Hij ontwikkelde een systeem om leugens te kwalificeren: de liegladder. Die kent zeven treden. Niet alleen een leugen, maar ook 100% eerlijkheid kan tot een hoop ellende leiden. Waarheid lijkt zo duidelijk, maar is een rekbaar begrip. De waarheid loopt min of meer toevallig een beetje als een rode draad door de inhoud van deze editie van GAVscoop.

Het is deze keer helaas niet gelukt om een van de GAV-leden te interesseren voor een podium met carte blanche in de rubriek Gastscoop. Misschien komt dat omdat slechts een beperkt aantal GAV-leden actief benaderd wordt door onze redactie. Het kan best zijn dat een van u vurig hoopt(e) en vergeefs heeft gewacht op een uitnodiging door ons. Als dat zo is, voelt u zich vrij, neem dat podium en verras ons. Maak van uw hart geen moordkuil en spreek vrij. De bijdrage van het GAV-bestuur in deze editie is een cri de coeur, een heuse brandbrief. Een geselecteerde en bewerkte casus voor de populaire en veel gelezen rubriek 'Tucht en Zucht' kon niet worden geplaatst vanwege de instelling van hoger beroep. Gelukkig schoot onze oud-redacteur Guusje de Vries ons te hulp en maakte zij een compilatie van interessante gedeelten uit beslissingen van de tuchtcolleges, waaronder een bespreking over de onbetrouwbaarheid van het geheugen. Tot ons groot genoegen ontvingen wij een kritische reactie van Joop Fouchier op de bijdrage van collega Joachim Lok in de rubriek Gastscoop (GAVscoop 2021-1). De eerste zin in de ingezonden brief is de GAVscoop-redactie recht uit het hart gegrepen en zij hoopt dat deze bijdrage op haar beurt u moge prikkelen en uitdagen tot een reactie.

In 'Voor u gelezen' vraag ik uw aandacht voor het boek van de Leidse emeritus hoogleraar cardiologie en lid van het Dickens-genootschap Ernst E. van der Wall.

¹ Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal, vijftiende herziene editie, 2015.

² Nachgelassene Fragmente, KSA 12: 7[60]

³ Jan Henk van der Velden. Iedereen liegt, maar ik niet. December 2011. Bruna.

Hierin een zeer overzichtelijk beeld van de artsen in Dickens' boeken, de artsen in zijn persoonlijk leven en de waarheid (evidence based) over de hartkwaal en doodsoorzaak van Dickens. Een must voor in medische geschiedenis en Charles Dickens' geïnteresseerden. Verzekeringsarts Kathelijne Rammeloo neemt u mee in een mooie en overzichtelijke bijdrage over mensen met autisme en werk. De waarheid in deze bijdrage is dat de omgeving aan de autist dient te worden aangepast, andersom lukt niet. Autisten zijn waardevolle medewerkers, mits aan voorwaarden is voldaan. Psychiater Frank Koerselman deelt zijn differentiaaldiagnostische inzichten over inbeelding, nabootsing, voorwending en overdrijving in het kader van simulatie. Psychiater Douwe van der Heide en twee UWV-verzekeringsartsen benaderden dit vanuit een ander perspectief. Zij vroegen zich af wat de bruikbaarheid is van psychologische rapportages die hulpverleners aanleveren over asielzoekers en vluchtelingen. Een andere context dan die waaronder de meesten uwer werkzaam zijn, maar zeer behartenswaardig. Een experiment met vragenlijsten en cognitieve tests om het effect van de behandeling te meten, de zogenaamde Routine Outcome Monitoring (ROM) had bij een deel van de betrokken patiënten verregaande gevolgen voor hun behandeling. De KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens is recent herzien. In een redactionele bijdrage treft u een overzichtelijke opsomming van de veranderingen. De waarheid hierin voor medisch adviseurs van verzekeraars is dat je bijna niets meer mag vragen, alleen gericht, specifiek en beperkt. Naar aanleiding van diverse vragen over de in 2020 herziene

functionele mogelijkhedenlijst (FML) van UWV heb ik de veranderingen op een rijtje gezet in een bijdrage in samenwerking met UWV-collegae. Voor onze beroepsgroep interessant om kennis van te nemen, want je moet voorkomen dat je in een verzoek om een verzekeringsgeneeskundige expertise vraagt om de belastbaarheid conform de FIS-systematiek op te stellen. Dat overkwam mij recent. Echt waar! In 'de scoop op' ditmaal een dubbelinterview met Elsbeth Mattern en Carlien Hutchison, de twee ondernemende collega's en zusters die met anderen Medas oprichtten en het nadien samen groot maakten. Drs. B. van Lauw-Kous maakt u deelgenoot van bespiegelingen over dieren, de relatie tussen mensen en dieren en de invloed van dieren op welzijn. Het hele dierenrijk komt langs, te beginnen met honden, waarna via katten, de intensieve veehouderij wordt uitgekomen bij zoönosen veroorzaakt door micro-organismen zoals het coronavirus. De waarheid over preventie van pandemieën door zoönosen wordt niet verkondigd door een actiegroep met een bedrieglijke naam. We zullen echt anders moeten gaan leven, de intensieve veehouderij zal drastisch moeten inkrimpen, dat is in ons aller belang. Daar ligt een schone en belangrijke taak voor ons allen en voor de politiek, maar ja, dan moet er wel een regering komen. Veel leesplezier.

P.S.

De redactie is druk met de organisatie van het uitgestelde 25-jarige GAVscoop-symposium. Dat wordt gehouden eind maart 2022. Nadere informatie volgt.

Carla Lelieveld

Van het bestuur

Brandbrief van het bestuur

Geachte GAV-leden,

Al geruime tijd kampen wij met vacatures in het bestuur en de verschillende commissies. Deze hiaten in onze gelederen laten zich steeds meer voelen. Het is nu zelfs zo dat de Vereniging geen voorzitter heeft. Dat zou onbestaanbaar moeten zijn. Het probleem wordt alleen maar groter omdat twee bestuursleden in januari 2022 aan het einde van hun bestuursstermijn zijn en niet "herkiesbaar" zijn. Ditzelfde probleem speelt ook binnen de commissies waar verschillende leden na een of meerdere termijnen plaats willen maken voor nieuwe collegae.

Binnen elke vereniging zijn een voltallig bestuur en goed gevulde commissies met goede continuïteit van essentieel belang. Zeker in een fase waarin wij als Vereniging nu verkeren, waarbij moeilijke maar belangrijke vraagstukken moeten worden beslecht. Daarom hebben wij herhaalde oproepen gedaan, gelobbyd en onze persoonlijke netwerken geraadpleegd om leden te werven voor bestuursfuncties. Met onvoldoende resultaat.

Er zijn natuurlijk argumenten om niet in een bestuurs- of commissiefunctie te stappen en daar zijn ook valide argumenten bij. Maar laten we eens kijken naar redenen om wel toe te treden. Je draagt je steentje bij aan het functioneren en de ontwikkeling van *onze vereniging*. Meer handen maken het werk lichter en leuker. Je denkt mee over de koers, brengt

gesignaleerde kansen en bedreigingen in, werkt mee aan ontwikkelingen op diverse gebieden en breidt je netwerk uit. Je legt en onderhoudt contacten, zowel intern als extern. En je zet jezelf op de kaart.

Eén belangrijke reden noemen wij even apart. Onze vereniging heeft door de jaren heen veel uitdagingen opgepakt en goede resultaten bereikt, heeft zich een positie verworven in de verzekeringsgeneeskundige wereld en kostbare contacten gelegd. Maar al deze activiteiten moeten wel continu onderhouden en uitgebreid worden. Daarvoor is de inzet van actieve en deskundige leden in bestuur en commissies onontbeerlijk. Komt die steun er niet, dan zal dat binnen afzienbare tijd ten koste gaan van veel wat tot nu toe is bereikt. Dat raakt direct het bestaansrecht van de GAV. Dat mag natuurlijk nooit gebeuren.

Daarom nog eens (maar uitdrukkelijker dan ooit): kom in actie voor het behoud van onze vereniging, word deelnemer! Meld je aan voor een functie in een commissie of het bestuur bij de secretaris. Daarbij kijken wij ook verwachtingsvol naar onze jongere collegae. Uiteraard kun je met al je vragen terecht bij bestuur of commissieleden.

Wanneer er geen leden naar voren stappen zou de ALV begin 2022 wel eens de laatste kunnen zijn.

De vereniging rekent op uw reactie!

KENNISMAKING GEZOCHT

Wie durft? Outside the box?

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

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

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

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

mail: gavscoop@gavscoop.nl

INGEZONDEN BRIEF

LOK-down

Lofzang op de redelijkheid en billijkheid

J. Fouchier*

Regelmatig heb ik mij erover verbaasd dat er zo weinig -zeg maar vrijwel geen- respons en dus ook geen discussie in dit tijdschrift is, wanneer er door een scribent een stuk rood vlees in de arena wordt geworpen in de vorm van een afwijkend standpunt of een prikkelende stelling buiten de gebaande paden. Laat ik dus maar eens de daad bij het woord voegen.

In de gastopiniekolom van de GAVscoop jaargang 25 nummer 1 heeft collega Lok zijn visie gegeven op het toepassen van de ratio -of liever gezegd het in zijn ogen dreigende gebrek daaraan- in de praktijk van de letselschaderegeling. Hij breekt een lans voor de natuurwetenschappelijke invalshoek bij de beoordeling van (het verhaal van) gezondheidsschade. Als voormalig internist en nucleair geneeskundige is deze invalshoek mij natuurlijk maar al te zeer vertrouwd, tenminste waar het gaat om de diagnostiek en behandeling van ziekten. Waar zijn betoog mijns inziens schuurt is de gelijkschakeling van de ratio aan de begrippen objectiveerbaar en medisch vaststelbaar met daarbij de impliciete verwerping van subjectieve en dus niet meetbare klachten/ beperkingen als zijnde niet-valide en irrationeel. Wetenschappelijke bewijsvoering (verificatie en falsificatie van een stelling of theorie) is echter niet hetzelfde als het leveren van wiskundig bewijs (zie daartoe tal van wetenschapsfilosofen). Wat collega Lok eigenlijk lijkt te bewieroken is niet de ratio (=rede, verstand, denkvermogen) maar het empirisme (=zintuigelijke waarneming).

Een aanzienlijk deel van de hulpvragen bij de huisarts betreft in eerste instantie veelal subjectieve, dus niet onmiddellijk zintuigelijk waarneembare, klachten zoals pijn, vermoeidheid, slaapproblemen, gebrekkige eetlust, stemmingsstoornissen, angststoornissen, cognitieve klachten enzovoorts enzovoorts. Verder uitdiepen van de anamnese, kennis van de specifieke individuele omstandigheden van de patiënt, oriënterend lichamelijk en laboratoriumonderzoek leiden in hun samenhang tot differentiaal diagnostische overwegingen en een stappenplan voor verder onderzoek. Ook de statistische kans op bepaalde ziekten in die specifieke context wordt in

die beslisboom betrokken.

Gelukkig lees ik nooit dat de huisarts in dat stadium de plausibiliteit van de subjectieve klachten op voorhand in twijfel moet trekken omdat dergelijke klachten natuurwetenschappelijk niet waarneembaar zijn. Toch is dat precies wat de medisch adviseur Lok doet in zijn laatste alinea, waar hij zelfs stelt, dat men (*het slachtoffer of diens medisch adviseur?*) zich aan zijn maatschappelijke verplichtingen onttrekt door vaak genoeg te zeggen dat het plausibel is, dat men na een aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis niet meer de dingen kan doen die *'men zegt'* (nogmaals *sic! cursivering van mij*) daarvoor wel te hebben gekund. Hier worden dus tevens met één penneestreek alle slachtoffers met subjectieve klachten als potentiële leugenaars en fraudeurs weggezet. Dit doet mij toch onweerstaanbaar denken aan het gemak en de institutionele vooringenomenheid, waarmee de Belastingdienst veelal goedwillende burgers als fraudeurs bestempelde.

Ik ben niet naïef en weet heus ook wel dat er claimanten zijn, die -al dan niet bewust- een loopje nemen met de waarheid in het zicht van een ruimere schadevergoeding. Een slachtoffer met een neklletsel met naar eigen zeggen resterende ernstige nekpijnklaarten, die dagelijks een uur blijkt te tennissen, acht ook ik niet erg geloofwaardig (falsificatie dus, wat overigens vaak gemakkelijker is dan verificatie). Gelukkig zijn dat naar mijn 40-jarige ervaring in dit werkveld toch uitzonderingen. Een beroep op de ratio mag geen dekmantel zijn om slecht/onvolledig onderzoek of vooringenomenheid te verhullen. Kritisch zijn is niet hetzelfde als vooringenomen zijn. Hier worden verholen de strakkere normen voor de beoordeling voor een ongevallen-/ arbeidsongeschiktheidspolis via de zogenaamde rationele benadering van toepassing verklaard op de beoordeling van de veel ruimere medisch-juridische normen voor het aantonen/aannemelijk maken van de gevolgen voortvloeiend uit aansprakelijkheid voor een ongeval c.q. onrechtmatige daad.

Geheel voorbijgegaan wordt bijvoorbeeld immers aan de psychosociale aspecten van een ernstig trauma. Immers niet rationeel! Waarom zou een kankerpatiënt wel recht hebben op begrip voor bijvoorbeeld langdurige subjectieve

* J.H.C.M. Fouchier, medisch adviseur

vermoeidheidsklachten, maar een (hersens) traumapatiënt niet? De term 'lifechanging event' is geen verzinsel maar een rationele observatie evenals het frequent(er) voorkomen van bepaalde subjectieve klachten bij bepaalde ziektebeelden. Het vaak ontbreken van een natuurwetenschappelijke verklaring voor subjectieve klachten rechtvaardigt nog niet het irrationeel verklaren daarvan. Dan zouden we immers beter meteen ook maar alle psychosociale wetenschapsgebieden als irrationeel bestempelen. Scheelt een boel schadepeningen en ook kosten gezondheidszorg. Ook verzekeringsartsen worstelen met het beoordelen van plausibiliteit, wat tenslotte een van hun kerntaken is. Betekent dit, dat we dan maar klakkeloos alle claims wegens 'subjectieve klachten' moeten honoreren? In het geheel niet. Een kritische houding blijft gewettigd, maar die dient dan wel gepaard te gaan met de bereidheid verder onderzoek en observaties te (doen) verrichten om de plausibiliteit van dergelijke klachten beter te kunnen doorgronden en inschatten. Dat is wél een maatschappelijke verplichting en dat onderzoek is niet per definitie alleen maar van medisch natuurwetenschappelijke aard. Causaliteit is evenmin een wiskundig begrip. Een causaal verband moet eerst worden gedefinieerd als een voor de voorliggende beoordeling relevant verband. Een mens is immers meer dan een verzameling natuurwetten. Dat lijken juristen zoals rechters kennelijk toch soms beter te begrijpen dan sommige artsen. De pogingen van rechters voor de

beoordeling van de toerekenbare gevolgen normen te stellen verdienen lof en geen hoon. Rechters zijn immers geen medici en moeten noodzakelijkerwijze dan ook kunnen leunen op dokters met ruime klinische ervaring en empathisch vermogen maar met ook voldoende kritisch vermogen om een professionele inschatting te kunnen maken van het realiteitsgehalte van de gepresenteerde subjectieve klachten en beperkingen en de gevolgen daarvan. Pijnmeters bestaan daarbij helaas (nog) niet. De sociaalpsychologische observationele invalshoek is daarom evenzeer waardevol en net zo rationeel als de natuurwetenschappelijke benadering. Het gaat niet aan subjectief (in de zin van niet meetbaar) om die reden dan maar meteen als irreëel te bestempelen, laat staan als frauduleus. De meeste slachtoffers zijn gewoon te goeder trouw en een maatschappelijke verplichting geen pijn, verdriet, angst et cetera te hebben is een raar verzinsel en bestaat naar mijn weten niet.

Ik wens de dochters van collega Lok dan ook van harte toe zo'n kritisch maar ook empathisch beoordelend arts te treffen als hun onverhoopt een ongeval of arbeidsongeschiktheid overkomt. Elke suggestie om het medisch-juridisch traject in dit opzicht te verbeteren is welkom, maar zo'n suggestie heb ik in het betoog van collega Lok helaas niet mogen aantreffen. Gelukkig bevat deze editie van GAVscoop nog enkele andere artikelen met concrete aanbevelingen voor verbetering van enkele aspecten van dit traject.

Tucht en Zucht

A. de Vries

Deze keer in deze column geen bespreking van een zaak, zoals u van mij gewend bent, maar een compilatie van gedeeltes uit beslissingen van de tuchtcolleges. Deze gedeeltes waren steeds te kort voor een column, maar interessant genoeg om te bewaren en nu, bijeengenomen, voldoende stof voor een bespreking.

Allereerst wil ik u de volgende tekst uit een uitspraak voorleggen. In de tekst bespreekt het college hoe moeilijk het is om communicatie te beoordelen en hoe onbetrouwbaar het geheugen is.

Verwijten omtrent de inhoud en wijze van communicatie laten zich in het algemeen moeilijk op hun juistheid beoordelen. Communicatie is een ingewikkeld proces, omdat de daarbij betrokken personen ieder vanuit hun eigen referentiekader handelen en elkaars uitingen interpreteren, waardoor boodschappen vaak anders overkomen dan zij zijn bedoeld, zowel inhoudelijk als ten aanzien van de intentie. Dat geldt eens te meer bij communicatie tussen leken en professionals: daarbij ontstaan gemakkelijk misverstanden, vooral als de deelnemers aan het gesprek emotioneel betrokken zijn bij het onderwerp daarvan. Bovendien is inmiddels uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat het menselijk geheugen niet steeds een betrouwbare bron is voor het vaststellen van feiten.

Wat vindt u van de tekst? Mij is hij altijd bijgebleven en wie weet kan hij nog eens ergens anders worden geciteerd.

Voortgaand op het onderwerp communicatie wil ik doorgaan op het onderwerp of uitingen, gedaan in de privé sfeer, onder het tuchtrecht kunnen vallen. Het antwoord op deze vraag is bevestigend. Per april 2019 werd de tuchtnorm gewijzigd, zodat ook privéhandelingen eronder kunnen vallen; het betrof een wijziging om hetgeen reeds voordien in de jurisprudentie was ontwikkeld vast te leggen. Uitingen in de privé sfeer kunnen tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn, voor zover deze de waarden van het beroep in de kern raken en niet los kunnen worden gezien van de hoedanigheid als arts (2017). Niet verwijtbaar werden uitingen bevonden van een arts, in privé-hoedanigheid lid van een vereniging, over de gezondheidstoestand van een ander lid van die vereniging, omdat niet was komen vast te staan dat vertrouwelijk verstrekte informatie openbaar was gemaakt. Zo ook werd, in een andere zaak, betrokkenheid bij een ex-partner, in de zin van

meegaan met een behandelcontact en een gesprek aangaan met een behandelaar, niet verwijtbaar bevonden. Bij een zaak echter, waarin twee artsen zich over en weer onnodig grievend in een strafzaak over elkaar hadden uitgelaten, en de aangeklaagde arts werd verweten dat hij zich in medische kwalificaties had uitgelaten over de klagende arts, concludeerde het Centraal Tuchtcollege dat de arts niet was gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefenaar. De klacht werd gegrond verklaard. Het feit dat de klagende arts zich eveneens meermaals grievend had uitgelaten over de aangeklaagde arts werd echter meegewogen bij de op te leggen maatregel; een maatregel werd niet opgelegd.

Dit vormt een brug naar het volgende wat ik u voor wil leggen. Een medisch adviseur van een verzekeraar vroeg medische informatie op over een bepaalde medische aandoening waarna de behandelend arts bredere informatie verstrekte en ook gegevens meezond over de voorgeschiedenis. De klager had deze gegevens niet vermeld op de gezondheidsverklaring bij het aangaan van de verzekering. De behandelend arts werd tuchtrechtelijk aangesproken waarna hij erkende zijn beroepsgeheim te hebben geschonden. De klacht werd gegrond verklaard. Vanuit juridisch oogpunt is dit natuurlijk correct, maar het blijft in mijn ogen wrang dat de verzwijging door de klager onbesproken bleef. Het is natuurlijk niet te vergelijken met de hierboven besproken zaak van twee artsen die elkaar onheus bejegenen, en ik wil niet zeggen dat ook in de zaak van de verzwegen gegevens deze verzwijging meegewogen zou moeten worden in de op te leggen maatregel, maar zou het college toch niet iets hierover op kunnen merken in de uitspraak? Zou het niet kunnen laten merken ook de onjuistheid van de verzwijging door klager te hebben gezien?

Geregeld zijn betogen te lezen waarin wordt gesteld dat tuchtrecht niet gezien moet worden als een afstraffende procedure, maar als een procedure om van te leren. Vanuit eigen ervaring, diverse gesprekken met collegae en artikelen in tijdschriften kan ik u verzekeren dat het als beklagde door moeten maken van een tuchtprocedure niet voelt als een (positief) leermoment maar als (negatief) stresserende belasting. In een zaak waarin de

aangeklaagde arts het oneens lijkt te zijn met de tuchtrechter verzucht de KNMG-commentator dat het in zo'n geval leerzamer zou zijn als de tuchtcolleges ook medisch-inhoudelijk een en ander beter uitleggen: want daar is het tuchtrecht toch ook voor bedoeld – om ervan te leren. Mocht u een trouwe lezer van deze column zijn dan zult u weten dat ik normaliter onder de bespreking van een tuchtzaak het kopje 'wat is hieruit op te maken' plaats. Mogelijk is u hierbij opgevallen dat ik daaronder met veel vraagtekens eindig, veelal met meer vraagtekens dan dat ik leerpunten kan benoemen. Ik kan mij dus zeer vinden in de oproep om meer inhoudelijke uitleg in de uitspraken op te nemen.

Wat denkt u bij voorbeeld van het volgende. In een zaak uit 2018 had klager iemand meegenomen naar een gesprek met een verzekeringsarts en dient later de klacht in dat de arts, door het zonder toestemming bespreken van medische gegevens in het bijzijn van de derde persoon, zijn geheimhoudingsplicht had geschonden. De rechter overweegt dat een medisch onderzoek zonder uitwisseling van medische gegevens niet goed denkbaar is zodat mag worden verondersteld dat de patiënt zich realiseert dat de aanwezige derde deelgenoot wordt van de uitwisseling van medische gegevens. Onder die omstandigheden mag impliciete toestemming worden aangenomen. De arts hoefde dus geen toestemming te vragen. De klacht werd

ongegrond verklaard. In 2020 echter werd een klacht gegrond verklaard waarin de medische situatie werd besproken in bijzijn van een consulent. Het betrof een huisbezoek. Het verloop werd niet expliciet beschreven maar het lijkt erop dat de arts de consulent meenam, dat de beide personen binnen werden gelaten en dat verder geen toestemming werd gevraagd. Ervan uitgaande dat tuchtrecht tot doel heeft om artsen ervan te laten leren is opvallend dat de omstandigheden niet duidelijk beschreven worden (zoals u kunt lezen heb ik enigszins naar de omstandigheden moeten gissen), dat geen enkele verwijzing naar de zaak van 2018 en/of andere zaken geplaatst wordt en dat de zaak dus niet in een breder kader wordt geplaatst, en dat niet wordt aangegeven op grond van welke argumenten tot een andere beslissing wordt gekomen dan in de eerdere zaak. Is het gegeven doorslaggevend geweest dat de derde persoon nu door de arts was meegenomen? Was de komst van die derde persoon misschien niet aangekondigd en was de klager daardoor overvallen? Was dat de (hoofd)reden waarom nu niet ervan uit kon worden gegaan dat klager zich realiseerde dat medische gegevens zouden worden besproken en dat bij het toelaten van de derde persoon nu geen impliciete toestemming kon worden aangenomen? Of was er nog een andere reden, die niet uit de tekst van de uitspraak is op te maken, die (mede) leidde tot de gegrondverklaring?

Zoals u ziet eindig ik ook nu weer met vraagtekens.

Voor u gelezen

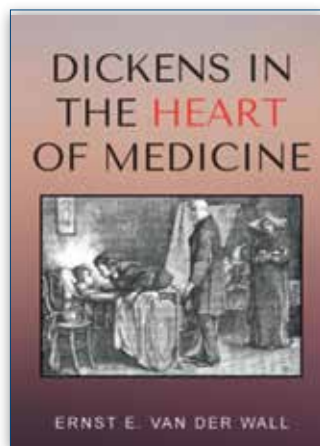
DICKENS IN THE HEART OF MEDICINE

Auteur: Ernst E. van der Wall

Uitgeverij: Heartbeat Academic Publications.

EAN: 9789 4640 614 68

De Leidse emeritus hoogleraar cardiologie en (sinds eind 70-er jaren) lid van The Dickens Fellowship Ernst van der Wall schreef na zijn pensionering een kloek boek (665 bladzijden) in de Engelse taal over Charles Dickens en geneeskunde.



Het gaat onder andere over de artsen in Dickens's boeken en die in zijn persoonlijk leven, over Dickens's kwalen en over de invloed van Dickens op de medische literatuur. Van der Wall meent door eigen onderzoek de onderliggende oorzaak (cardiale bron voor cerebrale embolieën door boezemfibrilleren) voor het overlijden van Dickens (beroerte) te hebben ontrafeld.

Het boek kwam uit in 2020 en verscheen ter gelegenheid van de honderdvijftigste sterfdag van Charles Dickens (09-06-1870). Niet voorbijgaand aan wat Dickens zelf zei over boeken "there are books of which the backs and covers are by far the best parts" meent van der Wall dat er bestaansrecht is voor zijn boek over Dickens en geneeskunde na talrijke andere publicaties dienaangaande omdat de

medische kwesties in Dickens' werk in een ruimere context worden geplaatst. Van der Wall beschouwt Dickens als een van de belangrijkste schrijvers van de negentiende eeuw, zo niet de belangrijkste in zijn tijd. In tegenstelling tot de bronnen van de meeste publicaties (brieven, speeches, tijdschriften, biografieën en de romans) werd in dit boek gefocust op de toonaangevende medische tijdschriften (onder andere The Lancet en The British Medical Journal) en op biomedische databases (PubMed, PubMedCentral). Van der Wall onderscheidt vijf aparte onderwerpen die een aanvullend licht werpen op Dickens' medische leven: het aantal door Dickens beschreven artsen (wisselende opgave, 20-70) en hoe zij werden beschreven (bumbling fools, negligent crooks, truly malicious doctors), Dickens standpunt over onorthodoxe versus gebruikelijke 19e-eeuwse gezondheidszorg, een zeer uitgebreide beschrijving van de artsen met wie Dickens zelf te maken heeft gehad, een eigen professioneel (cardiologisch) standpunt over de aard en ernst van Dickens' hartkwaal en als laatste hoe Dickens cardiovasculaire aandoeningen beschreef.

De steunpilaren van de negentiende eeuwse geneeskunde ("uncritical approach to bleeding, purging, vomiting and the intake of useless potions") gaven aanleiding voor terechte sceptis onder artsen. Veel patiënten zochten hun heil in alternatieve geneeswijzen.

Dickens had speciale fascinatie voor 'eccentric medical approaches'. In hoofdstuk twee worden deze besproken, waaronder aderlaten, frenologie (de studie van de bouw van de schedel als aanduiding voor geestelijke vermogens en persoonlijke aard),

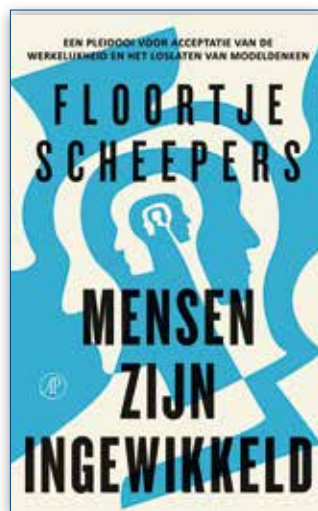
mesmerisme (leer van Mesmer omtrent het dierlijke magnetisme), 'spontaneous human combustion' (ontbranding van een menselijk lichaam zonder duidelijke externe ontsteking), homeopathie, hydropathie (watergeneeskunde) en galvanisme (samentrekken van een spier onder invloed van een elektrische stroom).

Hoewel veel van de niet algemeen geaccepteerde benaderingen reeds in Dickens's tijd als pseudowetenschappelijk werden beschouwd, is het opmerkelijk dat de meeste van deze praktijken nog steeds worden toegepast in de eenentwintigste eeuw. De beschrijving van de onderwerpen volgt de structuur van een master PhD-thesis. Aan elk van de vijf onderwerpen is een apart hoofdstuk gewijd bestaande uit een samenvatting, een inleiding, doelstelling, bevindingen, conclusie, bespreking en een epiloog. Hierdoor is het een zeer overzichtelijk boek geworden, wat door zijn omvang niet hoeft af te schrikken, want het is in delen en in willekeurige volgorde te lezen. Wat ontbreekt in de inhoudsopgave is een paginering, waardoor het soms toch even flink bladeren wordt als je op zoek bent naar een specifiek onderwerp. Een minpuntje. Daartegenover staat dat het boek rijkelijk is geïllustreerd en voorzien van een uitgebreide bronvermelding. Het Engels is prettig leesbaar.

Van der Wall hoopt een drietal lezersgroepen te bereiken: Dickens-liefhebbers, historici met belangstelling voor geneeskunde en artsen met interesse in de ontwikkeling van de negentiende eeuwse medische praktijken tot op heden. Ik zeg: een musthave voor liefhebbers van geschiedenis van de geneeskunde en voor Dickens-fans.

**MENSEN ZIJN
INGEWIKKELD**
*Een pleidooi voor
acceptatie van de
werkelijkheid en
het loslaten van
modeldenken.*

*Auteurs: Floortje Scheepers
Uitgeverij: De Arbeiderspers,
vijfde druk juni 2021.
EAN: 9789 0295 417 56*



DVoor u gelezen.
Mensen zijn ingewikkeld.
Een pleidooi voor
acceptatie van de
werkelijkheid en het loslaten van
modeldenken.
Floortje Scheepers. Uitgeverij De Arbeiderspers, vijfde
druk juni 2021.

Psychiater, hoogleraar innovatie in de ggz en medisch afdelingshoofd psychiatrie aan het UMC Utrecht Floortje Scheepers relativeert wat de professionals menen te weten over en te doorgronden van de psyche c.q. van menselijk gedrag. In het voorwoord stelt zij dat de samenleving is gaan geloven in verklaringen en oplossingen voor mentale ontregeling die vooral gebaseerd zijn op wetenschappelijke en theoretische modellen. Zij breekt een lans voor loslaten van het modeldenken, omdat mensen ingewikkeld zijn, waarbij zelfs dat een understatement is. Wellicht is de essentie van wie wij zijn dat een deel van de mens altijd onbegrijpelijk zal blijven. Het boek kent zeven hoofdstukken: wat we begrijpen, wat ons onderscheidt, wat we onderzoeken, wat ons omgeeft, wat we zeggen, wat we anders kunnen doen en wat we leren van elkaar.

Ieder hoofdstuk begint met een toepasselijk citaat zoals bijvoorbeeld "De hoogste opgave van het

menselijk kennen is: te begrijpen dat hij niet begrijpen kan” (Sören Kierkegaard) en “Een enkel gesprek aan de tafel van een wijs man is beter dan tien jaar lang alleen boeken bestuderen” (Henry Wadsworth Longfellow). Om het falen van de hedendaagse psychiatrie aan te tonen, gebruikt Scheepers praktijkvoorbeelden.

Begrijpen of weten is beheersen. De evolutie van de mens is gericht op steeds beter begrijpen, er moet een bepaalde logica zijn. De geneeskunde zoekt naar de logica achter ontregeling en ziekte om met die kennis de ontregeling of de ziekte ongedaan te maken. Psychiatrie is binnen de geneeskunde een vreemde eend in de bijt, want afwijkend menselijk gedrag is niet objectief meetbaar. Daardoor is het moeilijk om de grens aan te geven tussen normaal en abnormaal. Een op vier Nederlanders krijgt in zijn leven te maken met psychische ontregeling. Na bezoek aan een psychiater is de kans groot dat een diagnose wordt gesteld. Bij een diagnose horen richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, waarin staat wat de beste behandeling is om van je klachten af te komen. Zo beschouwd lijkt psychiatrie op pure geneeskunde: je gaat naar de dokter voor een diagnose en/of behandeling en je herstelt (of niet). Maar psychische ontregeling is niet zo eenvoudig met logica te verklaren. Er zijn geen biomarkers. Wanneer is sprake van niet willen en wanneer van niet kunnen? Mentale ontregeling betekent ontregeling van het denken. Denken is immaterieel. Denken bestaat uit informatie in de vorm van taal, gedachten, herinneringen. Denken kan betekenis geven aan neutrale gebeurtenissen, dat kan positief zijn of negatief en soms erg overdreven. Vergelijk denken met kunst: de steeds veranderende betekenis van een kunstwerk is het unieke resultaat van het creatieve proces van de kunstenaar in combinatie met de interpretatie van de waarnemer. Is psychotisch of depressief denken een ander product dan het ‘normale’ denken? Er zijn hersendefecten die van invloed zijn op het denken (bijvoorbeeld dementie of een herseninfarct), maar bij psychiatrische ziekten is zo’n defect nooit aangetoond. Het staat niet vast dat de classificatiesystemen en behandelrichtlijnen hebben geleid tot meer kennis en inzicht over wat er aan de hand is als er iets aan de hand is, want soms kijken we naar een bijzondere variatie op het zeer ingewikkelde thema mens. Het is ook belangrijk dat mensen verschillend zijn. Uit de evolutieleer is bekend dat de soort die zich het beste kan aanpassen overleeft. Een soort heeft baat bij variatie. Eigenschappen kennen een normverdeling. Als er een norm gesteld is verplaatst de aandacht zich naar afwijkingen van die norm; dat wordt als abnormaal en problematisch beschouwd. Wat de zaak bemoeilijkt is dat de norm bij mentale eigenschappen moeilijk is aan te geven en ook kan verschuiven. Wanneer is sprake van een niet-functioneel uiterste van een normaal fenomeen en wanneer wordt het een stoornis? Dit is vooral relevant

voor ontwikkelingsstoornissen. De ontwikkeling van het classificatiesysteem DSM (begin vijftiger jaren van de vorige eeuw) was een poging om ordening aan te brengen in de chaos rondom mentale ontregelingen. Daar had ook de farmaceutische industrie belang bij. Bij verschijnen van de eerste editie werd benadrukt dat de categorieën niet moesten worden beschouwd als ziekten, maar als beschrijving van fenomenen zonder onderliggend biologisch substraat. Dat is toch gebeurd. In de eerste editie werden 106 psychiatrische stoornissen beschreven, in de DSM-5 zijn het er 541. De waarschuwing dat de DSM niet als ziektehandboek gebruikt moest worden verdween naar de achtergrond. Het probleem met de DSM is dat de categorieën zijn gereïficeerd. Reïflicatie is het tot zelfstandigheid maken van iets dat abstract is, je zou het kunnen vertalen als verdinglijking.

Er is een menselijke behoefte om orde in de chaos te scheppen, als start naar logica en duidelijkheid. Reïflicatie kan daarbij onbewust het denken beïnvloeden. Nietzsche schreef in ‘De vrolijke wetenschap’ dat we op den duur nieuwe dingen scheppen door nieuwe namen te scheppen. Met de intrede van de DSM ontstond er een maakbare wereld van ziekten en medische behandelingen.

Er moet iets veranderen in de psychiatrie. Loslaten van houvast en herkenning en in plaats daarvan in verbinding zijn met elkaar en met jezelf lijken essentieel. Mensen zijn adaptieve, complexe wezens die, als zij ontregelen, in verbinding met de ander tot herstel kunnen komen - ook als we de oorzaak van die ontregeling nooit helemaal kunnen doorgronden. Als we de complexiteit van het leven beter leren accepteren en de dialoog aangaan om elkaar beter te begrijpen, kunnen we elkaar ook beter helpen. Na elk hoofdstuk laat ze experts reflecteren op haar tekst. Dat schept meerduidigheid – een aardige werkwijze die haar eigen boodschap ook direct bevestigt: er bestaat niet één waarheid. Kijk uit dat je zelf niet ook wordt verleid tot het brengen van één duidelijke boodschap – zo waarschuwt psychiater en filosoof Gerrit Glas haar. “Als het echte kennen ontstaat in de interactie met elkaar, van hart tot hart, zouden we dan het houvast dat we zo nodig hebben niet moeten vinden bij elkaar in plaats van in orde en kaders?”

Het boek is een pleidooi om mensen niet ziek of afwijkend te noemen, maar om te accepteren dat menselijk gedrag onbegrijpelijk is. Rode draad in haar betoog: erken dat je psychische klachten niet kunt vatten in classificaties en protocollen, want je verkoopt illusoire kennis. Kijk bijvoorbeeld naar de wachtlijsten in de GGZ: die zijn er niet korter door geworden. Als al die modellen en richtlijnen écht zouden werken, zouden niet zoveel kinderen en volwassenen blijven rondlopen van de ene hulpverlener naar de andere, met steeds weer een nieuw psychisch label, en zonder goede hulp te krijgen.

In een interview met Trouw (23-01-2021) staat: “Helder begrip van mentale ontregeling is simpelweg niet mogelijk”, schrijft Scheepers. ‘Mensen zijn ingewikkeld, en we kunnen beter accepteren dat niet-begrijpen altijd onderdeel van onze wereld en ons mensbeeld zal zijn.’ U schrijft dat op de eerste pagina. Er ligt dan nog een heel boek voor je. De lezer gaat dan toch een beetje moedeloos op weg. “Het is ook erg ingewikkeld, en dat is geen prettige boodschap. Maar dialoog is de uitweg: als we in gesprek komen en elkaar in die complexiteit proberen te vinden, dan ga je samen oplossingen zien. Geen allesomvattende oplossingen die een nieuw model zijn voor de psychiatrie, maar heel kleine stapjes. En die zijn veel belangrijker. Een alles oplossend model bestaat eenvoudigweg niet, hoe graag we dat ook willen. We leven in een maatschappij waarin het gaat

om output, om oorzaken en gevolgen, om resultaten. We moeten dat ombuigen naar een manier van denken en werken die gaat om het proces, om de weg ernaartoe. Dat proces gaat we voor een groot deel aan in onwetendheid. Dat is moeilijk, maar laten we met elkaar verdragen dat het eindpunt niet bekend is, maar dat we er wel kunnen komen.”

En:

“Ga door met biologisch onderzoek, maar suggereer niet dat je daarmee de mens begrijpt. Want dan vlieg je echt uit de bocht. Neurowetenschappers moeten bescheiden zijn over de impact van dat minuscule puzzelstukje op het grote, complexe geheel. Die bescheidenheid ontbreekt te vaak. Er verschijnen veel boeken over het brein die zeggen gedrag te verklaren en die volledig voorbijgaan aan de complexiteit van dat gedrag. Ze creëren valse verwachtingen.”

De scoop op ...

F. Schmidt en K. Harmsma

Elsbeth Mattern en Carlien Hutchison

Twee zusjes die allebei geneeskunde zijn gaan studeren. Jullie schelen tweeënhalfjaar en Elsbeth is de oudste. Elsbeth, wat heeft jou bewogen om te kiezen voor de geneeskunde?

Elsbeth:

Ik wilde eigenlijk bouwkunde gaan studeren en later diergeneeskunde. Maar toen kreeg ik een vriendje wiens vader huisarts was. Die heeft mij omgepraat, want die vertelde mij dat huisarts toch wel een heel mooi vak was. Vanwege uitloting heb ik eerst een jaar in Antwerpen gestudeerd, daarna heb ik de studie voortgezet in Amsterdam.

Carlien, lag het voor jou voor de hand om haar voorbeeld te volgen?

Carlien:

Diergeneeskunde sprak mij erg aan, maar ik was bang dat je dan in dieren moest snijden en allemaal ellendige dingen moest doen. Dus koos ik voor geneeskunde. Ik werd uitgeloot en ik heb toen een paar maanden biologie gestudeerd, waarin ik voornamelijk planten heb nagetekend. Toen ik het volgende jaar weer was uitgeloot was ik bijna met fysiotherapie begonnen, maar dat ging niet door, want ik werd nageplaatst.

Jullie hebben de studie geneeskunde met succes afgerond. Waarom de stap naar de verzekerings-geneeskunde?

Elsbeth:

Dat is volledig toevallig wat mij betreft. Ik wilde altijd huisarts worden, maar in die tijd moest je wachten op een opleidingsplaats. In de wachtperiode heb ik van alles gedaan, waaronder chirurgie in Amsterdam (Carlien ook). Na de huisartsopleiding kon ik geen werk vinden en zo ben ik terechtgekomen in de anesthesiologie. Zo was ik in Utrecht werkzaam in de cardio-anesthesie. Ik had net een opleidingsplaats anesthesiologie bij professor Smalhout geregeld toen ik een telefoontje kreeg van Hans Linschoten, één van de chirurgen voor wie ik had gewerkt. “Wil je nog een huisartsenpraktijk in Amsterdam? Dan moet je er wel medisch advieswerk bij doen. Ga maar eens praten met Ernst van Strien”. Dat heb ik gedaan. Het resultaat was een combinatie van drie dagen per week in de huisartsenpraktijk en twee dagen per week medisch advieswerk. Toen ik een gezin had met vier kinderen heb ik ervoor gekozen om mij uitsluitend te richten op medische advisering.

Carlien:

Ik heb ook chirurgie gedaan en daarna de huisartsopleiding. Omdat er geen werk was voor een huisarts in Amsterdam ben ik in het Antoni van

Leeuwenhoek ziekenhuis (AVL) gaan werken in de palliatieve zorg. Dat heb ik negen jaar gedaan. Dat was heel zwaar. Samen met een collega waren wij verantwoordelijk voor alle pijnbestrijding. Elsbeth was toentertijd al medisch adviseur en toen zij op zoek was naar collega's dacht ik eerst: het kan best goed gaan, bij je zus in haar bedrijf, maar als het niet goed gaat, is dat heel vervelend in de familie. Ik heb er in 1997 toch voor gekozen.

Elsbeth:

Medas begon in 1993 als een maatschap, opgericht door Ernst van Strien en door mij. Coco Baggelaar is daarbij gekomen en Dinesh Kaulasar Sukul. Het was een ingewikkelde constructie. Uiteindelijk kwamen Dirk-Jan van Kampen en Carlien er ook bij en toen bestond de maatschap uit zes personen. In 2000 is Ernst van Strien weggegaan.

Carlien:

Dat was een behoorlijk dramatische periode, want er ontstond onenigheid in de maatschap en dat blijft niet onopgemerkt, niet alleen voor degenen die de maatschap vormen, maar ook niet voor het hele bedrijf. We zijn toen ieder ons weegs gegaan. Ernst van Strien heeft een eigen bedrijf gestart en wij zijn doorgegaan met Medas.

Elsbeth:

Wij bleven achter met een groot pand en veel personeel, maar er was niet zoveel werk. Toen is Dinesh weggegaan en daarna Coco en toen bleven wij met ons drieën over, Carlien, Dirk-Jan van Kampen en ik. Wij hadden al langere tijd het idee dat een maatschap een ongelooflijk ingewikkelde constructie was en wij dachten: dat nooit meer. Toen Dirk-Jan wegging in 2010 hadden wij de kans om de constructie te veranderen en om Medas om te vormen in een besloten vennootschap.

Hoe was het voor jullie om leiding te geven aan een groeiend bedrijf terwijl je ook de zorg had voor een gezin met opgroeiende kinderen?

Elsbeth:

Mijn man, die ik tijdens mijn eerste studiejaar in Antwerpen ontmoette, is anesthesioloog en daarna intensivist geworden met daarbijbehorende diensten. Voordeel daarvan was dat hij af en toe vrije dagen had. Wij hebben steeds inwonende hulp gehad en ik werkte in die tijd veel thuis.

Carlien:

Ik heb een man die veel thuis is. Hij is golf-professional en wij hebben er destijds voor gekozen dat hij de kinderen opvangt en dat ik meer werk. Ik heb hem in Nederland ontmoet.

Jullie hebben kans gezien als tweehoofdige directie het al die jaren allemaal goed te regelen en te organiseren. Dan rijst de vraag: wat zijn de overeenkomsten en de verschillen tussen jullie?

Elsbeth:

Ik denk dat wij duidelijk verschillend zijn, maar

elkaar juist daardoor in evenwicht houden en aanvullen.

Hebben jullie verschillen van inzicht over bepaalde beleidslijnen?

Carlien:

Daar komen wij altijd uit. We kennen elkaar heel goed en als er verschillen van mening zijn, geeft dat geen grote problemen.

Elsbeth:

Bij mij borrelen best veel ideeën op. Dan denk ik: moeten we dit niet zus of zo doen? Carlien is meer van: is dat wel handig? Zij remt mij af en toe een beetje af.

Carlien:

Dat klopt, ja. Je kiest een positie waarvan je denkt dat die nodig is en dat die op dat moment het beste past.

Wat zijn jullie overeenkomsten? Allebei ambitieus?

Elsbeth:

Ik denk dat wij allebei ambitieus zijn in die zin dat wij gewoon het werk heel goed willen doen. Wij hebben natuurlijk nooit kunnen vermoeden dat Medas zo zou gaan groeien. Wij zijn begonnen met drie medisch adviseurs, vijf of zes secretaresses en een officemanager; dat was heel Medas. We waren zo kwetsbaar. Als één van ons drieën uitviel was het niet mogelijk voor de anderen om het werk over te nemen. Ook was er weinig balans in opdrachtgevers. Wij moesten zowel aan de opdrachtgeverskant als aan de medisch adviseurs kant groeien, zodat wij meer stabiliteit zouden hebben. Dat is een beetje uit de hand gelopen als het ware.

Carlien:

De wens was om de kwetsbaarheid te elimineren. Je wilt tegenover je opdrachtgevers de vrijheid hebben om te kunnen zeggen: jullie kunnen alles willen, maar hier is onze grens. Het voelt ook prettiger, want al is het een enorme adering als een grote opdrachtgever weggaat, het is niet zo dat ons bedrijf omvalt.

Elsbeth:

Het was echt een grote overgang, begonnen als gewone medisch adviseurs die toevallig met een aantal mensen een kantoor deelden terwijl we ondertussen als ondernemer verantwoordelijk zijn voor een heel bedrijf. Bij mij was er opeens dat bewustzijn toen wij ons 15-jarig bestaan op Ameland vierden. Wij zaten daar in een zaaltje en ik dacht: al die mensen die hier zitten, daar ben ik verantwoordelijk voor. Als ik iets verkeerd doe dan heb ik niet alleen mijzelf daarmee maar ook een heleboel andere mensen. Ik kan alleen maar heel erg mijn best doen.

Hoeveel tijd hebben jullie de afgelopen jaren besteed aan adviestaken en hoeveel aan management/ondernemerstaken?

Elsbeth:

De laatste twee jaren hebben wij heel veel dossiers

gedaan. Ik denk dat wij op 50/50 zaten en misschien zelfs iets meer management. Daaronder valt ook het begeleiden en opleiden van medisch adviseurs, dat is tijdrovend.

Wat zijn voor jullie de meest/minst aantrekkelijke aspecten in het werk?

Elsbeth:

Wat mij vooral aanspreekt is begeleiden van collega's, ze het vak leren. Maar ik vind het ook interessant om naar processen te kijken, hoe zorg je ervoor om alles goed voor elkaar te krijgen, als jouw bedrijf groeit.

Carlien:

Ik vind processen wel aardig, maar ik houd niet van details, ik denk liever na over de grote lijnen. En ja, begeleiden is inderdaad fijn om te doen, dat vind ik ook. In mijn werk ben ik daar heel precies in. Ik wil graag weten hoe dingen lopen, hoe dingen gaan en hoe het beter kan.

Het minst aantrekkelijke aspect is dat je soms afscheid moet nemen van collega's, dat je ze moet ontslaan. Dat vind ik heel erg vervelend. Dat je zo'n traject in moet als iemand disfunctioneert. Dat kan tal van redenen hebben, maar dat vind ik heel moeilijk.

Elsbeth:

Te moeten zeggen dat een contract niet verlengd wordt, daar hebben we echt in de jaren slapeloze nachten van gehad.

Hoe ervaren jullie de onderhandelingen met opdrachtgevers?

Elsbeth:

Dat is soms prettig en soms minder prettig. Er kan een ontzettende goede synergie zijn, maar het komt ook voor dat een opdrachtgever zich qua wensen dwingend opstelt terwijl wij denken wat is het nut hiervan? Maar over het algemeen ervaar ik het als plezierig. De meeste opdrachtgevers zijn erop uit om samen te zoeken naar wat voor beide partijen optimaal is. Wij zijn tenslotte een dienstverlenend bedrijf. Van evaluaties met opdrachtgevers leer je ontzettend veel.

Nu is Medas overgenomen door Sedgwick. Wat was jullie verwachting van deze overname?

Carlien:

Wij hebben met Sedgwick afgesproken dat wij een jaar blijven. Daarna is het open. Het is niet meer ons bedrijf. Het is fijn om een jaar de tijd te hebben om te bedenken wat je wilt gaan doen, blijven adviseren of niet.

Elsbeth:

We gaan sowieso nooit meer zo hard werken als in de afgelopen jaren. We hebben twee jaar dag en nacht aangestaan en dat wil ik niet meer. Ik heb het gevoel een inhaalslag te maken. Het voelt als een bevrijding om nu echt los te kunnen laten en zelf te

kunnen bepalen wat ik ga doen op een dag.

Hebben jullie specifieke interesses of hobby's?

Elsbeth:

Van alles. We hebben een business in Afrika en we hebben ons huis in Spanje. Ik zou dolgraag naar dingen toe willen, naar musea of een leuke dag met een vriend of vriendin doorbrengen. Ik houd ontzettend van racefietsen en mountainbiken, van wandelen, van boeken lezen, noem maar op. Muziek, theatervoorstellingen, bioscopen, allemaal activiteiten waar ik heel weinig aan toe ben gekomen.

Carlien:

Mijn man wil heel graag dat ik ga golfen. Ik doe dat voor hem, maar ik was zelf meer een paardrijder. Ik had heel lang een eigen paard, maar ik rijd sinds twee jaar niet meer. Vroeger reed ik op mijn paard door het bos met de hond erachteraan. Ik heb ook tal van andere interesses, onder andere tennissen, ik lees graag en ik ga ook graag gezellig uit eten.

Hebben jullie allebei een huis in Spanje?

Carlien:

Nee, wij hebben dat huis gezamenlijk. Voorheen was het altijd zo dat als de een op vakantie was de ander thuis moest blijven. Dat ging prima. Maar als we er met zijn vieren kunnen zijn vinden wij dat natuurlijk ook heel gezellig.

Wat had je in plaats van geneeskunde gekozen kunnen hebben?

Carlien:

Achteraf gezien was ik graag naar Wageningen gegaan. Maar dat heb ik toen niet bedacht. Wageningen was toen heel ver weg. In Wageningen is de focus gericht op omgaan met de aarde. Daar is Wageningen leidend in, wereldwijd. Dat boeit mij heel erg.

Elsbeth:

Ik denk dat ik het ook naar mijn zin zou hebben gehad als ik bouwkunde zou hebben gekozen. En psychiatrie zou een optie geweest kunnen zijn. Maar ja, maar het balletje rolt zoals het rolt. Mijn tweede studiekeuze destijds was biologie, dus als ik niet naar Antwerpen zou zijn gegaan, was ik dat gaan studeren. Ik geloof niet zo dat er maar één ding in je leven is.

Jullie zijn één van de grootste bureaus geworden in medische advisering. Hoeveel medewerkers zijn er, hoeveel artsen, tandartsen en niet-medici werken er op dit moment?

Elsbeth:

Vlak voor de overname waren er in totaal ongeveer honderdtwintig medewerkers. Er werken heel veel freelancers, die staan niet op de loonlijst maar zijn wel op enigerlei wijze aan ons verbonden.

Was de overname door Sedgwick toeval of werden jullie benaderd?

Carlien:

Wij werden benaderd door Sedgwick. Zoals Elsbeth eerder al zei waren wij alleen maar knetterhard aan het werk. Op enig moment denk je: we blijven dit niet tot ons tachtigste levensjaar doen. Maar tegelijk ben je verantwoordelijk voor al die mensen en moet je er op één of andere manier voor zorgen dat het bedrijf door kan zonder ons. Dus toen hebben wij met elkaar de mogelijkheden besproken. Een week of drie daarna vroegen zij of wij er wel eens over hadden nagedacht om te stoppen. En zij hadden interesse in overname. Dat was voor ons heel bijzonder. Het kan snel gaan met een overname, maar voor hetzelfde geld duurt het vijf jaar, dat weet je niet van tevoren. Wij vonden dat wij stappen moesten ondernemen.

Elsbeth:

Het is een luxe positie dat op hetzelfde moment dat je denkt "moeten wij niet eens verhuizen?" er iemand aanbelt die vraagt: "staat jouw huis te koop?" Want ja, zo is het gegaan.

We wisten dat je eerst je bedrijf helemaal netjes op papier moest zetten en dat wilden we gaan doen voorafgaande aan volgende gesprekken met Sedgwick. Toen kwam Corona en dachten we nu houdt het natuurlijk op.

Carlien:

We dachten dat we helemaal geen adviesaanvragen meer kregen, dat er geen ongevallen meer waren, dat het hele bedrijf op zijn gat lag en dat de eventuele overname van de baan zou zijn. Maar nee hoor, ze kwamen gewoon weer terug bij ons.

Elsbeth:

Ja, een overname is een heel bijzonder proces, dat maken wij maar één keer in ons leven mee. Overall krijg je vragen over.

Carlien:

We zijn heel goed begeleid, dus dat heeft het makkelijker gemaakt, maar het is geen prettig proces. Dat doen we zeker niet nog eens.

Is er de afgelopen tien tot twintig jaar medisch adviseren iets veranderd en zo ja, wat is dat?

Elsbeth:

Ik vind dat het heel erg is veranderd. Ik ben opgeleid door de oude rotten in het vak en ik vind dat wij heel erg geprofessionaliseerd zijn. Ons standpunt is: het is for better and for worse, wij zijn zo veel mogelijk op zoek naar de waarheid, wat geeft iemand zo veel mogelijk het recht van de redelijkheid, wat is wel en geen ongevalsgevolg. Dat vind ik positief. Wat ik minder positief vind is dat het werk steeds harder is geworden en dat het discours soms eindeloos blijft doorgaan over niet-objectiveerbare klachten.

Carlien:

Het is steeds meer gewoonte geworden dat juristen

de zaken uitmaken en dat wij als medisch adviseur naar de achtergrond verdwijnen, zodanig dat je wel eens denkt waarom vraag je nou mijn mening als die er uiteindelijk toch niet toe doet? Waar ik zelf heel erg moe van word, zijn de steeds langere adviezen waarbij het over steeds minder gaat. Ik vond het altijd een meerwaarde dat er medische specialisten in ons vakgebied werkzaam waren. Dat die langzaam verdwijnen vind ik zonde. Het is veel meer een verzekeringsgeneeskundige beoordeling geworden. Ik snap heus wel dat er een stuk grijs is, het is niet altijd keihard op de afwijking, maar soms denk ik dat dat helemaal wordt losgelaten en dat steeds meer mensen met een puur verzekeringsgeneeskundige achtergrond het werkveld overnemen. Dan krijg je toch echt een heel andere soort beoordeling.

Elsbeth:

Daar ben ik het mee eens. Je ziet dat de eindeloze strijd vaak gaat over de niet-objectiveerbare klachten. Het is meer een juridisch steekspel aan het worden dan dat het nog medisch is.

Hebben jullie adviezen voor artsen die de stap willen maken naar dit vak? Zie je een verdere ontwikkeling?

Elsbeth:

Ik vind het nog steeds een boeiend vak omdat het heel breed is. Je krijgt van alles op je bordje en je blijft je vaktechnisch ontwikkelen. Je blijft dus actueel en up to date en je bent medisch bezig. Het vak leent zich ervoor om het in de breedte heel afwisselend te doen en om daar terecht te komen waar jij je het beste bij voelt. Verder is er nog steeds de ontwikkeling naar één medisch adviseur, want we moeten onafhankelijk kunnen adviseren. Het wordt heel erg hard geroepen door het veld waarin wij opereren, maar in het veld zelf staat men lijnrecht tegenover elkaar. Van de medisch adviseur wordt een salomonsoordeel verwacht. Als jij die ene medisch adviseur bent, hoe ga je daar dan mee om?

Carlien:

Het probleem zit eigenlijk nooit in de objectiveerbare dingen, het is de juridische duiding die de discussie oplevert. Ik vind het een uitdaging om te puzzelen in zaken, om de tijd te nemen om literatuurresearch te doen en om het allemaal uit te zoeken, het bij iemand na te vragen.

Bedoel je dat dezelfde letsels en aandoeningen zich heel verschillend kunnen uiten bij verschillende mensen?

Carlien:

Dat klopt, maar ergens zit er een medisch oordeel in. En dat is soms het lastige, want er zijn vaak bijkomende ernstige sociale problemen en je kunt natuurlijk niet alles medisch maken. Dat is een van de interessante aspecten van ons vak: hoe ga je daarmee om?

Mensen moeten zich gehoord voelen?

Elsbeth:

Ja, ik denk dat dat belangrijk is want je ziet initiatieven, ook vanuit de verzekeraar, om mensen meer te begeleiden. Soms schieten die initiatieven door. Ik vind dat je mensen best hulp mag aanbieden, maar dat je ze altijd zelf een rol moet geven in het nemen van initiatieven.

Voor wie in de geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde heb je bewondering en/of van wie heb je veel geleerd?

Elsbeth:

Ik heb ontzettend veel geleerd van Ernst van Strien en ook van Hans Linschoten, zij hebben mij dit vak geleerd. We kwamen in het begin elke twee weken een avond bij elkaar om casuïstiek te bespreken. Ook die oude rotten in het vak brachten dan zaken in en vroegen aan ons hoe wij daar mee om zouden gaan. Zeer leerzaam.

Carlien:

Ik heb natuurlijk heel veel van mijn zus geleerd. In het begin kwam ik bij haar thuis en dan gingen we dossiers bespreken. Dat was super leerzaam. In het begin heb je zoiets van, nou ja, waar gaat dit over want ik vond het echt zo'n raar vak in het begin.

Hebben jullie ervaring met tuchtzaken of met Kifid? Iedereen krijgt daar wel eens mee te maken.

Carlien:

Ik heb er meer achter de rug en ik denk dat het wordt onderschat wat dat met je doet. Je moet een half jaar wachten totdat je een keer ergens moet verschijnen. Ik vind dat je zo ongeveer als een misdadiger wordt behandeld als je binnenkomt. Het geeft heel veel werk, wat alleen maar negatieve energie geeft. Je wordt heel erg als persoon aangesproken, want jij doet het niet goed als arts.

Elsbeth:

Ik ben bang dat dat niet minder gaat worden. De wereld wordt harder en de mensen nemen geen genoegen meer met nee. Dus nee betekent: wie kan ik de schuld geven dat hier nee wordt gezegd?

Wat is jullie mening over de ontwikkelingen bij de GAV?

Elsbeth:

Mijn mening wijkt af van wat veel mensen willen horen. Ik zou terug willen gaan naar de oude GAV/RGA, een heel gemêleerde groep mensen, waarbij de GAV een soort beroepsvereniging is. Iedereen weet dat het mijn stokpaardje is, dat je als beroepsvereniging standaarden moet schrijven om die medisch adviseur als het ware te beschermen. Je kunt een hele lijst opnoemen, waarvan wij allemaal denken, ik weet het eigenlijk niet zo goed. Dat zou mijn GAV zijn, een beroepsvereniging voor al die mensen die medisch advieswerk doen. Ik vind

dat wij ons als GAV niet zouden moeten buigen over richtlijnen van het UWV bijvoorbeeld over rugklachten. Want die richtlijnen zijn geschreven voor het UWV. Als wij ons daarover gaan buigen, betekent dat dan ook dat die richtlijnen in de letselschade gelden? Ik denk dat wij al te veel die kant zijn opgegaan. Ik heb zelf de zij-instroomopleiding tot verzekeringsarts gedaan, maar ik zou eigenlijk terug willen naar de oude GAV, gewoon een goede RGA-opleiding.

Carlien:

Ik dacht destijds dat het een goed idee zou zijn om aansluiting te zoeken bij de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), maar er zitten te veel nadelen aan. Ik vind het heel lastig dat er belangenbehartigers zijn die zeggen: je hebt de richtlijnen van de verzekeringsartsen, waarom houdt u zich daar niet aan? Ik denk dat het vroeger meer een club was. Ik zie nu een schifting in die club ontstaan, want er zijn steeds minder mensen die bereid zijn om extra dingen te doen.

Elsbeth:

Collega's die medisch adviseur zijn, maar geen verzekeringsarts vind ik zo waardevol, want dan ontstaat er differentiatie en is niet iedereen hetzelfde. Het is juist fijn als er bijvoorbeeld orthopedisch chirurgen of andere medisch specialisten bij zijn.

Carlien:

Er zijn veel verzekeringsartsen die ons werk doen en dat is toch echt iets anders. De groep in het verleden wilde gewoon medisch adviseur zijn, met welke achtergrond dan ook. Het gaat niet om competenties, competenties zeggen helemaal niets. Juist als beroepsvereniging heb je richtlijnen nodig.

Jullie hebben altijd het recht van het laatste woord. Zijn er nog dingen die je met ons c.q. met onze lezers wilt delen?

Elsbeth:

Nou, aanhakend op dit laatste onderwerp: ik wens de GAV een mooie toekomst toe en ik hoop dat we uit deze dip komen en dat het gewoon weer een mooie beroepsvereniging wordt.

Carlien:

Daar sluit ik mij bij aan, want ik denk ook dat het belangrijk is dat je een beroepsvereniging hebt die je steunt. Als de GAV een beetje of grotendeels zou verdwijnen zou ik dat zeer betreuren.

Elsbeth:

En dat geldt voor de GAVscoop uiteraard ook. Blijven jullie een papieren versie maken?

Jazeker, maar digitaal zit hij ook in je e-mail. Staat mooi: zo'n rijtje in je boekenkast en is leuk: kijken hoe het tien jaar geleden was. De meest recente GAV-scoop is nog precies hetzelfde als de eerste. Dat heeft iets vertrouwds.

Medisch adviseur en collega gevraagd!

Wat vragen we van jou

Je bent RGA geregistreerd of verzekeringsarts dan wel BIG geregistreerd arts. Het is een pré als je meerdere jaren ervaring hebt als medisch adviseur in particuliere verzekeringszaken of bij het UWV. Je beschikt over inhoudelijk goede medische kennis en daarnaast ben je sterk in het analyseren van feiten. Gecombineerd met een kritische houding kom je tot gedegen, schriftelijke adviezen.

We verwachten dat de volgende competenties ontwikkeld zijn bij de medisch adviseur:

- een sterk analytisch vermogen
- uitstekende mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid
- in staat om medische terminologie te vertalen naar een inhoudelijk stevig onderbouwd en goed leesbaar medisch advies ten behoeve van derde partijen

Wat Veduma biedt

Naast het werken binnen een professioneel team met gelijkgestemde en gedreven collega's bieden wij flexibiliteit in de samenwerking. Je kunt bij ons in loondienst maar ook op ZZP-basis aan de slag. We hebben veel ervaring met adviseurs die hun klinische activiteiten combineren met de werkzaamheden zoals beschreven. Coaching bieden wij op basis van het ervaringsniveau en de individuele behoefte van de adviseur. Het spreekt voor zich dat je deelneemt aan werkoverleggen en we besteden ook veel aandacht aan de sociale cohesie binnen Veduma.

Meer informatie over de vacature

Neem dan contact op met Barbara van Don op telefoonnummer 06-27571161 of stuur een e-mail naar HR@veduma.nl.

Autisme en werk

K.C. Rammeloo*
R. van Oort**

1. Inleiding

Autisme is een psychiatrisch ziektebeeld dat wordt gekenmerkt door enerzijds sociale tekorten en anderzijds door problemen in de mentale flexibiliteit. Het betreft een ontwikkelingsstoornis, wat wil zeggen dat deze kenmerken vanaf de vroege kindertijd aanwezig moeten zijn. De prevalentie van autisme wordt rond de 1% geschat¹ waarbij de diagnose wat vaker bij jongens en mannen dan bij meisjes en vrouwen gesteld wordt. ²Tot nog toe is de precieze oorzaak van autisme niet bekend; als oorzaak wordt doorgaans een combinatie van genetische en omgevingsinvloeden genoemd. Autisme komt voor binnen verschillende culturen³ en bij verschillende intelligentieniveaus.⁴

Autisme onder werkenden

In Nederland zijn er naar schatting 180.000 tot 190.000 mensen met een autisme spectrum stoornis (ASS). Van hen heeft twee-derde geen (betaald) werk. In totaal heeft 18% van de jongeren die in 2013 in de nieuwe Wajong een werk- of studieregeling kregen, een stoornis in het autisme spectrum, zo blijkt uit cijfers van het UWV. Specifiek over autisme en instroom in de WIA zijn geen cijfers bekend.

Uitgaande van bovengenoemde cijfers zouden er ongeveer 60.000 werkenden met autisme moeten zijn. Het is onbekend hoeveel van hen werken in loondienst en hoeveel zelfstandig ondernemer zijn. Uit een enquête-onderzoek van Basar⁵ komt naar voren dat mannen met een ASS voornamelijk in de ICT werkzaam zijn en vrouwen in de zorg. Van de 137 ondervraagden is ruim de helft hoger opgeleid (HBO 36%, WO 16%); 40% werkte 36 uur of meer per week, 34% werkte 20-35 uur per week (5). Doorgaans wordt pas lange tijd na het ontstaan van de eerste psychische problemen de diagnose autisme gesteld. Het is hierdoor niet ondenkbaar dat een deel van de psychische problemen onder werkenden (mede) wordt veroorzaakt door beperkingen die voortkomen uit een autisme spectrum stoornis.

Door UWV is de richtlijn Ontwikkelingsstoornissen opgesteld t.b.v. de Wajong beoordeling. Er is voor verzekeringsartsen geen protocol of richtlijn voor

de vaststelling van belastbaarheid voor volwassen werkenden met ASS, zoals er voor diverse andere ziektebeelden wel protocollen van NVVG en de Gezondheidsraad bestaan. Dit artikel is dan ook een bescheiden poging om in de kennis lacune ten aanzien van ASS te voorzien. Beschreven zal worden welke problemen bij werkenden met ASS kunnen optreden, waardoor deze kunnen worden verklaard, tot welke beperkingen en functionele mogelijkheden deze leiden, en welke oplossingen er zijn om werkenden met ASS te ondersteunen opdat zij goed kunnen (blijven) functioneren. Dit doen wij aan de hand van een casus.

2. Casus

Mevrouw Van Rheenen, 46 jaar, is opgeleid als ingenieur Civiele techniek en jaren werkzaam geweest bij een grote overheidsorganisatie. In 2013 is zij voor zichzelf begonnen. Die keuze werd ingegeven door een behoefte aan meer vrijheid om op een eigen rustige werkplek te werken, haar tijd zelf in te delen, en geen 'gedoe' met collega's en - vaak wisselende - managers te hebben. Zij krijgt nog altijd opdrachten van voormalig klanten en van haar oud werkgever, op projectbasis. Mevrouw Van Rheenen is goed in het analyseren van bouwplannen en weet veel van wetgeving. Zij is verzekerd voor 50 uur per week bij een particuliere AOV. Een jaar geleden is zij uitgevallen met moeheid, en emotionele- en spanningsklachten, geduid als burn-out. Er is met een grote opdrachtgever, waarvoor ze werkte aan een project, een conflict ontstaan en het lukt niet dit op te lossen. Zij is van het project gehaald. Ze at slecht, viel af, bezocht de huisarts met lichamelijke pijnklachten waarvoor geen somatische oorzaak werd gevonden. De adviserend bedrijfsarts constateert dat het op alle fronten vastloopt: Cliënte piekert over het in haar ogen onterechte verwijt van de opdrachtgever: dat zij meerdere deadlines heeft gemist en dat zij in vergaderingen niet constructief meedenkt maar de voortgang frustrereert. De gesprekken met de bedrijfsarts lopen stevast uit en het lukt niet om over alternatieve zienswijzen of oplossingen na te denken. Wanneer de bedrijfsarts deze observatie wil bespreken begrijpt cliënte niet waar deze het over heeft. De bedrijfsarts raadt nader onderzoek aan.

* Drs. K.C. Rammeloo, verzekeringsarts WPEX.

** Drs. R. van Oort, klinisch neuropsycholoog BIG WPEX.

3. Diagnostiek van ASS

DSM-5 criteria ASS

Vanaf de uitgave van de DSM-5 in 2013 wordt gesproken over een autismespectrumstoornis (ASS), een term die is gekozen om recht te doen aan de verschillende gradaties waarin autisme kenmerken voorkomen. Daarbij zijn met de komst van de DSM-5 de eisen waaraan voldaan moet worden, voordat de diagnose ASS gesteld kan worden (zie kader 1), verzwakt. Reden om de criteria voor de diagnose te verzwaken was de indruk dat sprake was van overdiagnosticering van ASS.

De DSM-5 criteria dienen met behulp van een semi-gestructureerd interview voor ASS in kaart gebracht te worden. Voor het A criterium moet sprake zijn van zowel kenmerk 1, 2 en 3, voor het

B criterium moet op tenminste twee van de vier kenmerken worden gescoord. Door de aard van de aandoening, waarbij vaak een zich verminderd kunnen inleven in anderen, een gebrek aan wederkerigheid, letterlijk nemen van taal en rigiditeit op de voorgrond staan, moet afname van het DSM-5 interview door een deskundig en ervaren hulpverlener gebeuren.

Aangezien ASS een ontwikkelingsstoornis is en kenmerken dus ook al in de kindertijd aanwezig zouden moeten zijn beveelt de multidisciplinaire richtlijn voor ASS⁶ een ontwikkelingsanamnese aan. In de praktijk blijkt bij ASS onderzoek bij volwassenen de beschikbaarheid van iemand die veel weet te vertellen over de kindertijd lastig. Bewaarde schoolrapporten kunnen soms dit hiaat opvullen. (Kader 1).

DSM-5 criteria Autismespectrumstoornis

A. Persistierende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie in uiteenlopende situaties

1. Deficiënties in de sociaal-emotionele wederkerigheid.
2. Deficiënties in het non-verbale communicatieve gedrag dat gebruikt wordt voor sociale interactie.
3. Deficiënties in het ontwikkelen, onderhouden en behouden van relaties.

B: Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten

1. Stereotiepe of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of gesproken taal
2. Hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, inflexibel gehecht zijn aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag.
3. Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn.
4. Hyper- of hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor zintuiglijke aspecten van de omgeving.

Kader 1: DSM-5 criteria Autismespectrumstoornis

Fluctuaties in beloop

ASS is een chronische aandoening waardoor de bij ASS passende klachten, kenmerken of beperkingen tijdens de gehele levensloop aanwezig zijn. Dit betekent echter niet dat iemand met ASS op elk moment in zijn of haar leven evenveel hinder ondervindt van de aandoening. Zo kan bij jonge kinderen niet direct duidelijk zijn dat zij aan ASS lijden, maar wanneer er met het ouder worden een steeds groter beroep wordt gedaan op de sociale vermogens, kunnen bestaande tekorten hierin meer en meer duidelijk worden. Dit verschijnsel wordt in de kind- en jeugd GGZ met een Engelse term 'growing into deficit' genoemd. Ook bij volwassenen speelt dit verschijnsel: wanneer de externe omstandigheden veranderen en er een groter beroep wordt gedaan op vaardigheden die ten gevolge van ASS nu juist zwak zijn treden de tekorten in deze vaardigheden op de voorgrond. In werksituaties blijkt een werknemer na een reorganisatie dan 'opeens' minder goed te functioneren wanneer er meer flexibiliteit of meer interactie met collega's of klanten van hem of haar wordt verlangd.

De DSM-5 heeft geprobeerd recht te doen aan de fluctuaties in klachten of beperkingen door een ernstmaat voor de vastgestelde criteria op te nemen die over de tijd kan veranderen. Een en ander sluit aan bij de GGZ Standaard autisme, waarin geadviseerd wordt bij ASS een levensloopbenadering aan te houden.

Neuropsychologisch onderzoek

De diagnose ASS wordt gesteld op basis van de aanwezigheid van voldoende DSM-5 kenmerken van ASS. Het uitvoeren van een aanvullend neuropsychologisch onderzoek (NPO) kan vervolgens meer zicht geven op hoe de informatieverwerking bij iemand met ASS nu precies verloopt. Het NPO dient om een cognitief sterke-zwakke profiel te verkrijgen en niet om de eigenlijke diagnose ASS te stellen of uit te sluiten. Bij ASS worden doorgaans drie cognitieve processen onderzocht: de centrale coherentie, de sociale cognitie en de executieve functies (zie kader 2). Deze processen worden bij een NPO onderzocht middels afname van verschillende

neuropsychologische tests en vragenlijsten, die alle wetenschappelijk zijn onderzocht op validiteit en

betrouwbaarheid.
(Kader 2).

Cognitieve stijlen bij ASS

1. centrale coherentie: het grotere plaatje of het geheel kunnen zien versus detailgerichte waarneming
2. de sociale cognitie: de cognitieve processen die van belang zijn in sociale processen, zoals adequate emotieherkenning, je in de gedachten en gevoelens van anderen kunnen inleven en kennis hebben van sociale normen.
3. de executieve functies: het plannen en organiseren van eigen gedrag in de vorm van tijdig starten, stoppen en bijsturen van eigen gedrag.

Kader 2: Cognitieve stijlen bij ASS

Casus: diagnostische bevindingen

Bij afname van het DSM-5 interview voor ASS scoort mevrouw van Rheenen op alle drie de A criteria van ASS: zij kan onder meer niet goed afstemmen op een gesprekspartner, zij praat vaak te technisch en te lang door over iets, zij kan niet goed non-verbaal gedrag van anderen lezen en is er nooit in geslaagd duurzame vriendschappen met leeftijdsgenoten te ontwikkelen. Naast duidelijke tekorten in de sociaal-communicatieve vaardigheden is bij mevrouw van Rheenen ook sprake van rigiditeit (B criterium van ASS): zij heeft vaste meningen waar zij stellig aan vast houdt, zij raakt van slag bij verandering, zij is zeer gevoelig voor externe zintuiglijke prikkels en zij merkt interne prikkels zoals honger of vermoeidheid niet goed op bij zichzelf. Cliënte voldoet hiermee aan de DSM-5 classificatie autismespectrumstoornis. De mate van ernst wordt beoordeeld als mild (niveau 1: vereist ondersteuning). Afname van neuropsychologische taken laat met name slechte prestaties zien op executieve taken en een hoge mate van detailgerichtheid. Al met al is sprake van een overbelastingsbeeld waarbij onderliggend de aandoening ASS aanwezig is.

4. Beperkingen in werk ten gevolge van ASS

Werkenden met autisme kunnen problemen ondervinden op verschillende domeinen:

Taakhoudelijk: o.a. tijdsdruk en harde deadlines, onduidelijke doelstelling, onderbrekingen, veranderingen

Procedureel: o.a. onduidelijke deadlines, bijkomende taken, veranderingen, complexe planning

Sociaal: o.a. informele momenten, ongestructureerd overleg, onduidelijke feedback of verwachtingen, samenwerken, conflicthantering

Omgeving: o.a. prikkels door geluiden, geuren, visuele patronen of bewegingen, lichamelijke sensaties door luchtstromen, warmte, koude, textuur van werkkleding.

5. Behandeling bij ASS

ASS is een chronische psychiatrische aandoening

en behandeling is dan ook gericht op het zo goed mogelijk leren hanteren van de ASS gerelateerde klachten. Hierbij zijn het geven van psycho-educatie over de aandoening ASS en het reduceren van stress de voornaamste ingrediënten van behandeling. Door psycho-educatie leert iemand met ASS zichzelf beter te begrijpen en kan het dagelijks leven zo worden ingericht dat overprikkeling en overbelasting worden voorkomen. Psycho-educatie aan naasten, inclusief collega's of leidinggevende, draagt bij aan een groter begrip en aan steun van de omgeving. Begeleiding gericht op het verminderen van ervaren stress, o.a. door mindfulness training, draagt bij aan een kleinere kans op decompensatie en op botsingen met de omgeving.

Voor de aandoening ASS bestaat dus geen behandeling die de aandoening zelf kan genezen. Comorbide aandoeningen zoals een angst- of stemmingsstoornis of slaapstoornis moeten wel behandeld worden en wel volgens de geldende richtlijnen.

6. ASS bij vrouwen

Werd ASS voorheen gezien als een stoornis die vooral bij jongens en mannen voorkwam, de laatste jaren is meer en meer duidelijk geworden dat deze aandoening ook meisjes en vrouwen treft. Er is een aantal redenen geopperd waardoor ASS bij meisjes en vrouwen eerder niet goed werd opgemerkt. ASS kenmerken uiten zich bij meisjes en vrouwen anders dan bij jongens en mannen, grof gezegd in meer vrouwelijke zaken (grote detailgerichtheid bijvoorbeeld uit zich in het heel precies aanbrenge van make up, zeer gefocuste interesses in het verzamelen van zeer veel kennis over sociale interacties). Ook zouden sociale tekorten bij vrouwen minder prominent aanwezig zijn vanwege een tijdens de opvoeding van meisjes grotere nadruk op het aanleren van sociaal gewenst gedrag. Belangrijk is het je hierbij te realiseren dat een vrouw met ASS met zo op het oog redelijke sociale vermogens, doorgaans veel energie kwijt is aan het beredeneren van alle sociale interacties om haar heen. Er is geen

sprake van als vanzelf aanvoelen wat er op sociaal vlak van hen gevraagd wordt, maar alles moet 'top down' (met behulp van de ratio) bedacht worden. Verder zou bij meisjes en vrouwen met ASS vaker en heviger sprake zijn van hyperreactiviteit op zintuigelijk prikkels dan bij jongens en mannen met ASS.

7. Voorwaarden en aanpassingen in werk

Een verbetering van het functioneren in werk is vaak al mogelijk met relatief kleine aanpassingen of afspraken met collega's en leidinggevenden. Aan de hand van de FML-items voor het persoonlijk en sociaal functioneren in werk worden mogelijke aanpassingen aangereikt. Het is vanwege de vele verschillende verschijningsvormen van ASS (zowel wat betreft symptomen als ernst) van belang om goed te onderzoeken op welk vlak (de meeste) problemen worden ervaren en vervolgens te kijken naar praktische oplossingen. Onderstaand overzicht is dus geen "voorbeeld-FML" van iemand met ASS maar een vertaling van mogelijke knelpunten naar beperkingen en specifieke voorwaarden.

Vertaling naar FML

Rubriek 1 - persoonlijk functioneren in arbeid (1.8.)

1. *Afleiding:* veel afleidende prikkels ondervangen door een eigen, afgeschermd, of rustige werkplek (waar weinig inloop is, weg van de balie), geluid filterende koptelefoon
2. *Voorspelbaar:* duidelijke structuur, heldere afspraken over doel en tussenstappen
3. *Storingen en onderbrekingen:* onderbreking op vaste tijden, niet onnodig storen
4. *Deadlines:* duidelijke afspraken over de mate van detail die gevraagd wordt; extra tijd voor voorbereiding of om veranderingen op te vangen.

Rubriek 2 - sociaal functioneren

- 2.6 *emoties hanteren:* soms niet of beperkt in staat om zich in te leven in emoties van anderen en hen te steunen
- 2.8 *conflicthantering:* door rigiditeit en gebrek aan inlevingsvermogen is het oplossen van conflicten lastig
- 2.9 *samenwerken:* werkoverleg bij voorkeur 1 op 1, met een duidelijke agenda en afspraken. Vergaderingen: met een schriftelijke agenda en mogelijkheid schriftelijk te reageren

Sociaal functioneren in arbeid (2.12)

1. *Klantcontact:* kan korte, zakelijke contacten
2. *Patiëntencontact:* dit kan mogelijk zijn, met een duidelijke doelstelling en afbakening van verantwoordelijkheden
3. *Terugvallen op collega of leidinggevende:* bij

- afwijkende situaties kan dit wenselijk zijn
4. *Geen contact met collega's:* bij ernstige problemen in intermenselijk contact
5. *Leiding geven:* op zakelijk of projectmatig niveau is dit mogelijk, mits iemand het grotere geheel overziet en niet te detailgericht is. 'People management' kan moeilijker zijn.

Rubriek 3 - fysieke arbeidsomgeving

Onderzoek welke zintuiglijke prikkels verstorend werken: geluiden, geuren, patronen, temperatuur, stof van werkkleding etc.

Rubriek 6 - werktijden

Werk biedt structuur aan de dag. Een substantieel aantal mensen met autisme werkt fulltime of meer. Daarbij kan het nodig zijn om mensen die vanuit hyposensitiviteit ten aanzien van innerlijke zintuiglijke prikkels te lang doorgaan, ten koste van de zelfzorg of ter preventie van overbelasting, preventief te begrenzen. Een aangepast werkrooster, waarmee mensen buiten de spits kunnen reizen, kan prettig zijn. Een vast rooster biedt ritme. Pauzes waarbij verwacht wordt dat iemand met de groep samen is kunnen belastend zijn; bied een rustige pauzeruimte aan. Het aanwezig zijn op een werkplek, te midden van collega's of prikkels, kan vermoeiend zijn. Om deze reden kan een lichte duurbepanking nodig zijn.

8. Casus: Behandeling en re-integratie

Mevrouw van Rheenen kreeg psycho-educatie en begeleidende gesprekken. Zij volgt een mindfulness training specifiek voor mensen met ASS, in een kleine groep. Zij doet zelf de oefeningen ter ontspanning. Met een coach heeft zij een gesprek met de opdrachtgever voorbereid. Daarin heeft mevrouw aangegeven waar voor haar het probleem ligt. Zij kan de verwijten nu beter plaatsen en heeft kunnen uitleggen hoe de miscommunicatie heeft kunnen ontsporen. Dit gaf meer begrip wederzijds. Zij heeft van de opdrachtgever een overzicht gekregen van de verrichte taken waarover men tevreden was. Dit gaf cliënte concrete feedback over wat goed gaat. Cliënte is vervolgens voor een kleiner project gevraagd en daarover zijn vooraf duidelijke afspraken gemaakt ten aanzien van deadlines, tussentijdse afstemming, en de gevraagde mate van detail gerichtheid. Zij krijgt wekelijks de agenda van gepland overleg. Dit maakt het werkproces en de doelstelling aanzienlijk overzichtelijker voor haar.

9. Conclusie en aanbevelingen

Mensen met autisme beschikken over eigenschappen waarmee ze in werk een belangrijke en vaak unieke bijdrage kunnen leveren. Zij werken door hun detailgerichtheid vaak nauwkeurig, zijn

perfectionistisch en kunnen zich vastbijten in een vraagstuk of onderwerp. Door een sterk analytisch vermogen kunnen zij verbanden leggen, die anderen niet snel zien. Door rechtvaardigheidsgevoel en rigiditeit houden ze zich aan regels en zijn eerlijk en loyaal.

Echter vanwege deficiënties in de sociale interactie en rigiditeit kunnen problemen ontstaan. Bij een patroon van misverstanden, conflicten, niet (tijdig) nakomen van afspraken of verzanden in details, is het raadzaam te onderzoeken of hieraan een ASS ten grondslag kan liggen. Voor de diagnose ASS moet voldaan worden aan DSM 5-criteria in de domeinen sociale interactie en rigiditeit en moeten deze symptomen al vanaf de kindertijd aanwezig zijn. Autisme is een aandoening met in essentie blijvende beperkingen waar iemand wel mee kan leren

omgaan. Door psycho-educatie kan iemand met ASS niet alleen zelf inzicht krijgen in zijn of haar specifieke behoeftes en leefregels; het kan zinvol zijn om collega's en leidinggevendenden om concrete, duidelijke afspraken te vragen, al dan niet vergezeld van uitleg over de persoonlijke achtergrond van die vraag. Door praktische aanpassingen in de werkomgeving of werkwijze, en met behulp van afspraken met collega's en opdrachtgevers, kunnen veel hinderlijke beperkingen worden ondervangen waardoor iemand weer naar tevredenheid kan terugkeren in werk. Bij het onderzoek naar oorzaken van verzuim en het vaststellen van de aanwezige beperkingen en voorwaarden ten aanzien van (terugkeer naar) werk is de samenwerking tussen klinisch neuropsycholoog en verzekeringsarts van grote meerwaarde.

Referenties:

1. Brugha, S.T., McManus, S. e.a. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general Psychiatry*, 65, 459.
2. Fombonne E. (2010). Estimated prevalence of autism spectrum conditions in Cambridgeshire is over 1%. *Evid Based Ment Health*, 13(1), 32.
3. Carruthers, S. et al., 2018. A cross-cultural study of autistic traits across India, Japan and the UK. *Molecular Autism*, Nov 5; 9, 52.
4. Charman, T. et. al., 2011. IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, Mar; 41(3), 619-27.
5. B. Basar, rapport Werken met Autisme, 2017.
6. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van Autismespectrumstoornissen bij volwassenen (2013).



SIMULATIE

F. Koerselman*

Inleiding

Hoe vaak simulatie ('malingering') precies voorkomt is niet bekend al was het maar omdat slim-me simulanten niet worden ontmaskerd. In de psychiatrische DSM-5 worden wel vier omstandigheden genoemd die aanleiding kunnen geven om er extra alert op te zijn. Dat betreft 1) het uiten van klachten in het verband van een juridische procedure, 2) lichamelijke of psychische klachten die medisch moeilijk te verklaren zijn, 3) onvoldoende medewerking aan onderzoek of behandeling en 4) een patroon van eerder bedrog zoals dat kan passen bij bijvoorbeeld een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Zodra er meer dan een van deze omstandigheden aan de orde zijn (in welke combinatie dan ook) is er reden om gericht aan deze mogelijkheid te denken (dat wil zeggen: "malingering should be strongly suspected" [DSM-5, APA 2013, p 727]). Omdat de eerste omstandigheid in letselschadezaken of WIA-procedures per definitie aan de orde is, hoeft daar dus nog maar een van de andere situaties aan te worden toegevoegd. Wanneer we ons dan realiseren hoe vaak lichamelijke of psychische klachten moeilijk te verklaren zijn c.q. hoe vaak men zich kan afvragen of de betrokkene zich wel voldoende inspant voor het herstel (zie bijvoorbeeld de vierde vraag van de IWMD-vraagstelling), is wel duidelijk dat in ieder geval de kans op simulatie in claimsituaties aanzienlijk moet zijn.

Toch is de stap van alertheid naar vaststelling nog niet zo gemakkelijk te nemen. We vinden daarbij verschillende hobbels op onze weg. De eerste vloeit al voort uit de definitie van simulatie. Simulatie is bewust bedrog met het bewuste doel om daarvan beter te worden. Het bedrog betreft dan het voorwenden van klachten of symptomen op lichamenlijk of psychisch gebied. Het er beter van worden bestaat eruit dat men bijvoorbeeld een uitkering krijgt of dat men voor een zelfde geldbedrag niet meer hoeft te werken. Maar wanneer men een uitkering krijgt, betekent dit nog niet dat men er ook beter van wordt. Zowel in letselschadeprocedures als in beroepszaken in het kader van de wet WIA kan in principe hoogstens worden gecompenseerd voor een geleden financieel verlies. Dat is alleen dan

ziektewinst wanneer men ten onrechte claimt het gederfde inkomen niet meer te kunnen verwerven. Dat is dan het bedrog. Maar hoe moet dat bewezen worden? Wanneer een detectivebureau op video vastlegt dat iemand wel degelijk nog kan wat hij zegt niet te kunnen, is diens verweer als regel dat hij net een goede dag had. Het komt niet zelden voor dat rechters zo'n verweer volgen. Bovendien impliceert de definitie van simulatie een motief. We stellen immers dat klachten worden voorgewend met het doel daar beter van te worden. Maar zelfs als dit laatste de uitkomst is van het gedrag, wil dat nog niet zeggen dat die uitkomst ook de bedoeling was. Het probleem is dat motieven niet te be-wijzen zijn, tenzij iemand die zelf toegeeft. De consequentie daarvan is dat simulatie nooit een zekere conclusie kan zijn en al helemaal geen diagnose omdat het per definitie niet om ziekte gaat. Men kan hoogstens het vermoeden uitspreken.

Een tweede probleem is dat een al of niet terechte aanduiding van zo'n vermoeden zich als een boemerang tegen de medisch adviseur of de deskundige kan keren. Het gaat tenslotte om een beschuldiging. Zeker wanneer men die niet voldoende hard kan maken, impliceert dat een belediging. Dat laat de betrokkene vaak niet op zich zitten en dat brengt ons dan voor het medisch tuchtcollege, met soms secundair de dreiging van een schadeclaim. Vanuit een ruime ervaring daarmee kan ik zeggen dat de tuchtcolleges het accepteren wanneer een vermoeden van simulatie wordt opgeschreven, onder de voorwaarde dat dit dan ook grondig is gemotiveerd. Dat brengt ons dus op de vraag hoe men een vermoeden van simulatie moet onderbouwen.

Het onderbouwen van een vermoeden van simulatie

Uitgangspunt moet zijn dat de lichamelijke of psychische klachten van de betrokkene medisch niet of niet voldoende te verklaren zijn. Een psychiater zal dan bijvoorbeeld moeten vaststellen dat het gedrag niet past bij wat bekend is over bijvoorbeeld psychoses. Voor zover het om lichamelijke klachten gaat, spreekt men wel van SOLK, dat wil zeggen van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. SOLK is echter geen diagnose, maar vereist een nadere analyse. Dat de vaststelling van het onverklaarbaar zijn op zichzelf niet voldoende is, blijkt wel uit de bekende jurisprudentie inzake Zwolsche Algemeene-

* Prof. dr. G.F. (Frank) Koerselman is emeritus-hoogleraar psychiatrie. Hij heeft een eigen praktijk voor psychiatrische expertise (f.koerselman@xs4all.nl).

De Greef, waarin het Hof “niet enkel het oog had op ‘stoornissen’ in de zin van medisch waarneembare beschadigingen, afwijkingen of gebreken (van orthopedische of van neurologische aard) doch ook op het bestaan van ‘klachten’ die weliswaar naar hun aard subjectief van aard zijn doch waarvan niettemin objectief vastgesteld kan worden dat zij aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend, en niet overdreven zijn”. Met andere woorden, om klachten toe te schrijven aan simulatie, dat wil zeggen deze ‘niet reëel’ te noemen, moet men objectief vaststellen dat zij ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn. De vraag is dan hoe men dat zou moeten doen.

Voor psychische klachten zal een psychiater moeten vaststellen of die voldoende consistent of plausibel zijn. Bij onverklaarde lichamelijke klachten (bij SOLK dus) is er ook een rol voor de psychiater weggelegd. Vroeger werden SOLK-klachten wel zonder meer gelabeld als een ‘ongedifferentieerde somatoforme stoornis’, maar dat is sinds 2013 om wetenschappelijke redenen niet meer mogelijk. Nu is SOLK het uitgangspunt voor een nadere differentiële diagnostiek. Die omvat ‘inbeelding’ in de vorm van een somatische symptoomstoornis of conversie, ‘nabootsing’ in de vorm van een nagebootste stoornis c.q. het Syndroom van Münchhausen, en ‘voorwending’ of ‘overdrijving’ in de zin van (vermoedelijke) simulatie. Om te illustreren hoe zo’n differentiaal diagnose er in de praktijk uit kan zien, zal ik hieronder kort een casus beschrijven. Voor de zorgvuldigheid vermeld ik erbij dat ik de gevalsbeschrijving bewust onherkenbaar heb gemaakt.

Casus

Een 25-jarige, adipeuze jonge vrouw komt voor een psychiatrische expertise. Ze heeft een zonnebril op en gebruikt een taststok voor blinden. ‘Gebruikt’ is eigenlijk niet het goede woord, want zij zwaait daarmee ongericht voor zich uit, terwijl zij met de andere hand naar de gangmuur tast. Ze laat zich bij het lopen vooruitduwen door een meegekomen ‘buddy’. Ondanks diens hulp gaat zij net niet naast haar stoel zitten. Wanneer haar een glas water wordt aangereikt, pakt zij schijnbaar willekeurig links en rechts daarvan in het luchtledige, maar grijpt ze niet naar de plaats waar het glas zich bevindt. In het gesprek schildert zij in schrille kleuren hoe haar leven is verwoest, nadat zij door een ongeluk blind is geworden. Ze benadrukt dat zij daar-door haar kapperszaak heeft moeten sluiten, en dat zij nu grote financiële schade lijdt. Zij weet dat academische oogartsen die blindheid niet hebben kunnen verklaren. Ze is het daarmee niet eens en heeft alle contacten met oogartsen beëindigd. Ze protesteert er uitdrukkelijk tegen dat ze nu naar een psychiater moet. In deze casus is dus sprake van

SOLK in de vorm van onverklaarde blindheid. Wat zijn nu de differentiaaldiagnostische overwegingen? Inbeelding zou kunnen passen bij een somatische symptoomstoornis. Dit is overigens een onjuiste, maar helaas al ingeburgerde vertaling van het Engelse ‘somatic symptom disorder’. De vertaling is onjuist, omdat ‘symptom’ klacht betekent. Wat wij een symptoom noemen, heet in het Engels een ‘sign’. Voor de classificatie van een somatische symptoomstoornis is het - anders dan bij de uit de DSM geschrapte categorie van de somatoforme stoornissen - niet meer noodzakelijk dat de lichamelijke klacht medisch onvoldoende verklaarbaar is. De begrippen SOLK en somatische symptoomstoornis vallen dus niet samen. Voor de laatste aandoening is alleen doorslaggevend, of de betrokkene op een pathologische manier met (al of niet verklaarbare) lichamelijke klachten is gepreoccupeerd. Dit moet dan blijken uit gepieker, angst, of inadequaat gedrag (zoals bijvoorbeeld het eindeloos zoeken van niet geïndiceerd onderzoek of behandel-ling). Zonder zo’n angstige preoccupatie kunnen we niet van een somatische symptoomstoornis spreken. In deze casus is dat niet aan de orde. De betrokkene gedraagt zich zoals zij denkt dat een blinde dat doet, zij klaagt over leed en financiële schade, maar haar toestand roept geen angst of ongerustheid op. De optie van een somatische symptoomstoornis vervalt daarmee. Pseudoblindheid op basis van conversie is een bestaande psychiatrische aandoening. Echter, dergelijke patiënten presenteren zich totaal anders dan het geval is bij betrokkene. Mensen met conversie laten weliswaar het (medisch niet noodzakelijke) verschijnsel zien dat in hun geval aan de orde is (zoals bijvoorbeeld blindheid, heesheid, verlamming en dergelijke), maar zij doen dat met een zekere gelatenheid en soms zelfs opgewektheid. Emoties als depressie, angst of boosheid tonen zij als regel uitdrukkelijk niet. De reden daarvoor is dat het conversiesymptoom onbewust functioneert als een manier om dergelijke, voor hen subjectief onverdraaglijke, emoties ‘af te weren’. In dit geval staan die emoties juist voorop, niet alleen in betrokkene’s verhaal, maar ook in haar gehele presentatie. Dit betekent dat conversie in dit geval dus kan worden uitgesloten.

Bij een nagebootste stoornis wenden mensen bewust lichamelijke of psychische symptomen voor, maar zij doen dit vanuit de ziekelijke behoefte om daarmee medische aandacht te krijgen, bij voorkeur in de vorm van invasieve ingrepen. In deze casus is dat niet aan de orde. Daarbij komt dat deze diagnose volgens de DSM-5 niet kan worden gesteld, wanneer er sprake is van een duidelijk financieel belang. In de oorspronkelijke tekst van de DSM-5 is dit als volgt geformuleerd: “The diagnosis of factitious disorder requires the absence of obvious rewards” (APA 2013, pag. 324-326). Betrokkene is zich daarentegen zeer

bewust van het financiële belang dat voor haar in geding is. Ook een nagebootste stoornis is hier dus niet aan de orde.

Daarmee blijft dus de optie van simulatie over. Van de in de DSM genoemde redenen om aan die mogelijkheid te denken zijn er bij betrokkene drie positief. Het gaat immers om een onverklaarde klacht c.q. symptoom, gepresenteerd in het kader van een juridische procedure, waarvoor zij zich niet verder wil laten onderzoeken of behandelen. De opties van inbeelding en nabootsing zijn uitgesloten. De betekenis is dat er sprake is van een voorgewende blindheid. Dat sluit in de context van de uitspraak inzake Zwolsche Algemeene-De Greef de mogelijkheid uit om haar klacht 'weliswaar subjectief maar toch reëel' te noemen.

Aanvullend is bij betrokkene nog een SIMS-test afgenomen. Dat is een gestandaardiseerde vragenlijst met uitspraken waarop de onderzochte met ja of nee kan antwoorden. De lijst bevat vele onmogelijke of onwaarschijnlijke uitspraken naast uitspraken die juist wel kloppen. Mensen die simuleren hebben de neiging om op juiste uitspraken nee te antwoorden en op onjuiste ja. Betrokkene scoort op die lijst ver boven het afkappunt. Dat is echter niet meer dan een ondersteuning van het vermoeden van simulatie en is niet een bewijs op zichzelf.

Bij een vermoeden van simulatie kunnen we dus hoogstens 'per exclusionem' concluderen dat klachten of symptomen niet voldoen aan de criteria om deze "reëel" te noemen. Wanneer we zich daartoe beperken, hoeven we ons niet uit te laten over het motief van de betrokkene, en hoeven we het woord simulatie dus ook niet als zodanig te gebruiken. De consequentie van de conclusie 'niet reëel' is dat het niet mogelijk is om verdere

uitspraken te doen over beperkingen, blijvend functieverlies of een causaal verband met een eventueel ongeval of andere gebeurtenis. Een probleem is overigens wel dat het Hof inzake Zwolsche Algemeene-De Greef dus ten onrechte heeft aangenomen, dat "inbeelding" of "nabootsing" klachten "niet reëel" zouden maken. Inbeelding of nabootsing zijn juist kenmerken van bepaalde psychiatrische aandoeningen, die kunnen worden beschouwd als medische ongevalsgevolgen of als ziekte in de zin van de WIA. Pas als die zijn uitgesloten en voorwending of overdrijving als opties overblijven, kunnen we inderdaad stellen dat de desbetreffende klachten of symptomen "niet reëel" zijn.

Conclusie

In letselschade- of WIA-procedures moeten we rekening houden met de mogelijkheid van simulatie. Bij vermoeden daarvan moet een psychiater differentiaaldiagnostisch de verschillende opties onderzoeken, die voortvloeien uit de vaststelling dat bepaalde klachten of symptomen niet of onvoldoende te verklaren zijn. Na uitsluiting van de mogelijkheid dat zulke klachten berusten op inbeelding of nabootsing kan de psychiater uitkomen op de conclusie dat de klachten voorgewend en/of overdreven zijn, en op basis daarvan concluderen dat deze niet reëel zijn. Daarmee is het niet meer nodig om een uitspraak te doen over het motief van het ziektegedrag. Zonder expliciet tot simulatie te concluderen, kunnen we dan afzien van verdere beschouwingen over beperkingen, blijvend functieverlies of causaliteit.

Psychologische rapportages bij asielzoekers en vluchtelingen en gebrek aan symptoomvaliditeit

Dr. D.H. van der Heide*, Dr. J.A.G. Wijnen**, Dr. K.A.P. Wijnands***

Inleiding

Hoe bruikbaar zijn psychologische rapportages die hulpverleners aanleveren over asielzoekers en vluchtelingen? Kan de rapporteur - psycholoog, of psychiater - ervoor instaan dat betrokkenen hun klachten niet hebben overdreven, om zo makkelijker in aanmerking te komen voor een verblijfsvergunning? Tot nu toe kan degene die op basis van dergelijke rapportages een sociaal medisch advies moet geven weinig anders dan vertrouwen op de ervaring en de kundigheid van de expert. Een project in een gespecialiseerde kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen wierp een nieuw licht op dit vraagstuk¹. In deze kliniek werd geëxperimenteerd met vragenlijsten en cognitieve tests om het effect van de behandeling te meten, zgn. Routine Outcome Monitoring (ROM). Dat had bij een deel van de betrokken patiënten verregaande gevolgen voor hun behandeling.

Twee voorbeelden:

Mevrouw A.

Mevrouw A is een 65-jarige vrouw die het gezin van haar dochter is nagereisd naar Nederland vanuit een voormalige Sovjetrepubliek. Het gezin heeft heel wat meegemaakt en ook nu zit het tegen; hun eerste asielverzoek is afgewezen omdat volgens de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) het gehoor van A. op een aantal belangrijke punten dat van haar dochter en schoonzoon tegenspreekt. Volgens de advocaat van het gezin was A. verward tijdens het gehoor. Ze veroorzaakt inderdaad veel overlast in het asielzoekerscentrum (AZC) met verward gedrag en wordt ingestuurd voor opname in de psychiatrische kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen.

We zien een vriendelijke, bejaarde vrouw die normaal contact maakt; volgens de tolk is haar spraak normaal, ze verzorgt zichzelf goed en neemt op de afdeling gezellig deel aan diverse activiteiten. Alleen 's nachts is ze erg onrustig en angstig. Ze houdt andere patiënten uit hun slaap als ze zich luidruchtig teweerstelt tegen

een onzichtbare indringer in haar kamer. A. blijkt er rotsvast van overtuigd dat ze achtervolgd wordt door een dokter die ze verantwoordelijk houdt voor de dood van haar man en die het nu ook op haar zou hebben voorzien. Volgens haar dochter zou ze in het AZC tijdens een nachtelijke aanval zelfs een keer haar kleindochter hebben bedreigd met een mes, omdat het kind haar zou hebben toegesproken met de stem van haar belager. Medicatie blijkt geen enkel effect te hebben op de symptomen. Pas nadat haar advocaat erin is geslaagd een medische asielprocedure voor haar op te starten gaat ze geleidelijk aan beter slapen en kan ze met ontslag. Een paar jaar later volgt een heropname, in dezelfde kliniek. Haar kleindochter is inmiddels de beste leerling van haar klas geworden op een plaatselijk gymnasium. Helaas is het asielverzoek van het gezin opnieuw afgewezen. En opnieuw veroorzaakt A. veel overlast.

Tijdens deze tweede opname wordt, met behulp van een tolk, een vragenlijst met psychiatrische symptomen afgenomen. A. doet ook een cognitieve test. De psychiater bouwt hierna haar psychiatrische medicatie af. In haar ontslagbrief staat dit keer dat er weliswaar sprake lijkt van psychotische symptomen, maar dat de presentatie atypisch is en dat de onderzoeksresultaten onvoldoende duidelijkheid geven.

Meneer B

Meneer B. is een 50-jarige man die samen met zijn gezin is gevlucht uit het Midden-Oosten. Ze hebben sinds enkele jaren een verblijfsvergunning. De kinderen lijken hun draai in Nederland gevonden te hebben - een van de zoons is zelfs een lokale sportheld - maar B. zelf is na een paar jaar productiewerk in een fabriek uitgevallen. Hij is gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard vanwege chronische pijnklachten en gebrek aan energie. Thuis veroorzaakt hij spanningen omdat hij zich snel irriteert en last heeft van woedeaanvallen. Hij wordt steeds vergeetachtiger en zou regelmatig de weg kwijt zijn op plekken waar hij zich eerder goed kon oriënteren. Ook hij wordt ingestuurd voor opname in dezelfde kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen.

We zien een oud-uitziende man, die voorovergebogen in zijn stoel zit en nauwelijks contact maakt. Een zwager doet het woord, omdat B. geen Nederlands spreekt. Ook op de afdeling weigert B. te praten. Hij trekt zich terug op zijn kamer en houdt alle contact af. De weekends

* Dr. D.H. van der Heide, psychiater, Innova, GGZ Centraal.

** Dr. J.A.G. Wijnen, adviseur verzekeringsarts UWV Eindhoven, Academische Werkplek (AWP) ZuidOost-Nederland (AWP-ZON).

***Dr. K.A.P. Wijnands, verzekeringsarts UWV, AWP-ZON.

brengt hij thuis door, vaak komt hij pas in de loop van de week weer terug op de afdeling. 's Avonds gaat hij vaak uit wandelen, in zijn eentje. Zonder te verdwalen. Geleidelijk aan krijgen we toch wat meer contact; B. blijkt bij nader inzien toch heel aardig Nederlands te spreken. Hij laat zich zelfs overhalen om twee cognitieve tests te doen. De eerste is dezelfde als die we bij A. afnamen, de tweede test meet specifiek het geheugen. Hierna bouwt de psychiater ook bij B. de psychiatrische medicatie af. B. gaat hier slechts schoorvoetend mee akkoord, maar aan zijn symptomen verandert niets. Uiteindelijk keert hij niet meer terug van een weekendverlof. De verwijzer - een voormalige landgenoot van B. - vertrouwt ons later toe dat B. zeer ontevreden over ons was. Vrienden hadden hem verteld dat opname reden zou moeten zijn voor een herkeuring, zodat hij dit keer volledig afgekeurd zou kunnen worden. Toen dat op zich liet wachten, had de opname voor hem geen nut meer.

Onwaarschijnlijke symptomen - overrapping

De vragenlijst die bij A. werd afgenomen is een Nederlandse versie van de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)². Het is een instrument dat psychologen gebruiken om de validiteit van hun resultaten te controleren. Het bestaat uit een lijst met 75 symptomen; depressieve klachten, neurologische symptomen, geheugenverlies, psychotische symptomen en aanwijzingen voor een beperkte intelligentie. Ze hebben één ding gemeen: ze zijn alle zeldzaam of onwaarschijnlijk. Als een Nederlandse patiënt meer dan 16 van deze symptomen aankruist, dan is de uitslag waarschijnlijk niet valide. Mevrouw A. kruist maar liefst 61 symptomen aan. Een mooi voorbeeld van een symptoom waarin A. zich meent te herkennen is: "Als ik last heb van stemmen, dan is het net of mijn tanden mijn mond verlaten." Dat is een symptoom dat in het geheel niet bestaat; ook niet in de voormalige Sovjet-Unie. Betekent dit dat A. haar symptomen overdrijft? Bij een patiënt die bij het invullen een tolk nodig heeft - zoals A. - kan het natuurlijk ook zo zijn dat ze de vragen niet goed begrepen heeft. Bovendien is de SIMS ontwikkeld voor Amerikaanse patiënten. Een item dat beoogt te controleren of patiënten zich niet dommer voordoen dan ze zijn vraagt bijvoorbeeld of het klopt dat George Washington de eerste president van Amerika was. De christelijke mevrouw A. wordt in plaats hiervan gevraagd of het klopt dat de moeder van Jezus "Maria" wordt genoemd. Ze kruist "nee" aan. Ze is niet de enige. Van de 203 patiënten in de kliniek die de SIMS invulden kruiste 81% te veel onwaarschijnlijke of niet-bestaande symptomen aan. Voor de zekerheid gingen we daarom na of patiënten die al goed Nederlands spraken wellicht minder symptomen aankruisten dan patiënten die deze taal nog niet machtig zijn. Maar ook na meer dan 200

patiënten vonden we geen significant verschil tussen beide groepen.

Opzettelijk makkelijke opgaven - onderpresteren

Een andere manier om symptomen te overdrijven is door niet je best te doen tijdens een cognitieve test. Door slecht te presteren kunnen cognitieve beperkingen worden benadrukt - of geveinsd. Om daarvoor te screenen kunnen psychologen gebruik maken van tests die opzettelijk makkelijk gemaakt zijn. Het maken van veel fouten is dan al snel verdacht. Deze testen hebben bovendien als voordeel dat ze veelal werken met plaatjes, en een minimum aan woorden bevatten. Hierdoor is de inzet van een tolk minder essentieel. Een voorbeeld is Morel's Emotional Numbing Test (MENT)³. De items in deze test zijn gebaseerd op de moeite die ernstig zieke psychiatrische patiënten kunnen hebben met het herkennen van emoties. Het gaat in dergelijke gevallen echter om een subtiele beperking, en de MENT is opzettelijk makkelijk gemaakt. Het is een twee-keuze toets waarbij de patiënt telkens moet kiezen welke emotie bij welke gezichtsuitdrukking hoort (zie figuur 1). Zowel A. als B. doen deze test. Beiden maken meer dan de helft van de opgaven fout: A. maakt 46 fouten, en B. 32. Bij Nederlandse patiënten ga je bij meer dan 9 fouten al uit van een slechte validiteit d.w.z. onderpresteren.

Van de meer dan 200 patiënten in deze kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen maakte 61% te veel fouten. Alle patiënten die te veel fouten maakten, kruisten ook te veel onwaarschijnlijke symptomen aan. Een kwart maakte, net als A. en B., meer dan de helft van de items fout. (Figuur 1)



Figuur 1. Opgave uit een Nederlandse bewerking van Morel's Emotional Numbing Test (MENT). De patiënt moeten kiezen uit twee opties om aan te geven welke emotie het gezicht op de foto uitdrukt.)

Een ernstig geval van dementie

De geheugentest die bij B. werd afgenomen is de Test of Memory Malingering (TOMM)⁴. Ook dit is een twee-keuze toets. De patiënt moet telkens kiezen uit twee plaatjes: welke nieuw is, en welke al een keer eerder werd getoond. Men moet hiertoe vijftig plaatjes memoriseren. Om dat te bereiken wordt de test twee keer geoefend voordat daadwerkelijk de retentie wordt gemeten. De test meet dus feitelijk het herkenninggeheugen. Dat is een robuuste vorm van geheugen, die ook bij dementerende patiënten nog lang intact blijft. Maken Nederlandse patiënten op de retentietaak meer dan vijf fouten, dan is dat al verdacht.

Meneer B. had maar elf van de vijftig plaatjes goed. Ook hierin was hij geen uitzondering. Van de 95 patiënten in de kliniek die deze test deden, maakte 63% meer dan vijf fouten. Al deze patiënten maakten ook op de MENT te veel fouten, waardoor een groot deel van hen op meer dan drie verschillende testen een verdachte score had.

Testdiagnostiek voor het meten van behandel-effect

De SIMS, de MENT en de TOMM werden niet afgenomen in deze kliniek om frauderende patiënten te ontmaskeren. Het was een manier om uit te vinden of je met psychologische meetinstrumenten op een valide manier het effect van de behandeling kon meten: ROM. Daar werd namelijk aan getwijfeld; veel instrumenten werden niet "cultuur-sensitief" geacht, en bovendien moesten test-items vaak tijdens de test worden vertaald door een tolk. Dat de validiteit echter zó slecht zou zijn was niet verwacht.

Slecht nieuws dus voor het ROM-project: patiënten die hoge scores hadden op standaard vragenlijsten kruisten ook veel nep-symptomen aan. De validiteit van standaard vragenlijsten was dus even slecht als de uitkomsten van de SIMS en de andere testen al deed vermoeden⁵. Er werd nog een poging gedaan met lijsten die niet werden ingevuld door de patiënten, maar door hun hulpverleners. De behandelaren scoorden symptoomlijsten op basis van hun observaties in hun kantoor, en verpleegkundigen vulden scores in op basis van hun observaties op de afdeling. De uitkomsten van deze lijsten bleken echter evengoed te correleren met die van de SIMS en de MENT⁶.

Andere factoren

Instrumenten als de SIMS, MENT en TOMM - symptoomvaliditeitstests - werden oorspronkelijk ontwikkeld om simulanten op het spoor te komen. Net als de meeste experts op het gebied van vluchtelingenpsychiatrie meenden

de behandelaren van de kliniek echter dat simulatie - het opzettelijk overdrijven of veinzen van symptomen, vanuit een extern belang - slechts zelden voorkomt onder asielzoekers en vluchtelingen. In de voorafgaande jaren was slechts een handvol simulant betraapt - doorgaans bij toeval⁷. Men ging daarom op zoek naar andere versturende factoren die een verklaring voor de slechte validiteit kon zijn. Zo werden bepaalde regio's van herkomst met elkaar vergeleken, omdat het overdrijven van symptomen in bepaalde bevolkingsgroepen ook een cultureel bepaalde vorm van expressie kan zijn. Ook werd naar factoren gekeken waar je minder aan zou denken in dit verband, bijvoorbeeld naar gender. Voor een aantal factoren werden inderdaad verschillen gevonden - patiënten uit de voormalige Sovjet-Unie hadden de minst valide resultaten, terwijl vrouwen het gemiddeld weer beter deden dan mannen.

Al deze verschillen verdwenen echter zodra gecontroleerd werd voor de effecten van juridische procedures¹. Dat ging als volgt. De maatschappelijk werkers van de kliniek turfden aan de hand van de medische dossiers het aantal procedures waarin patiënten waren betrokken, en telden voor iedere procedure waarbij het hebben van veel symptomen van belang is - bijvoorbeeld een medische asielpprocedure, of een procedure bij het UWV - een punt op. Bij iedere procedure waarbij juist beter is om symptomen te ontkennen - bijvoorbeeld bij een onvrijwillige opname - trokken ze een punt af. Patiënten met één of meer punten werden verondersteld belang te hebben bij het rapporteren van veel symptomen, patiënten met minus één punt of minder werden verondersteld een belang te hebben bij het ontkennen van symptomen. Patiënten zonder punten hadden dan dus geen belang, of gemengde belangen.

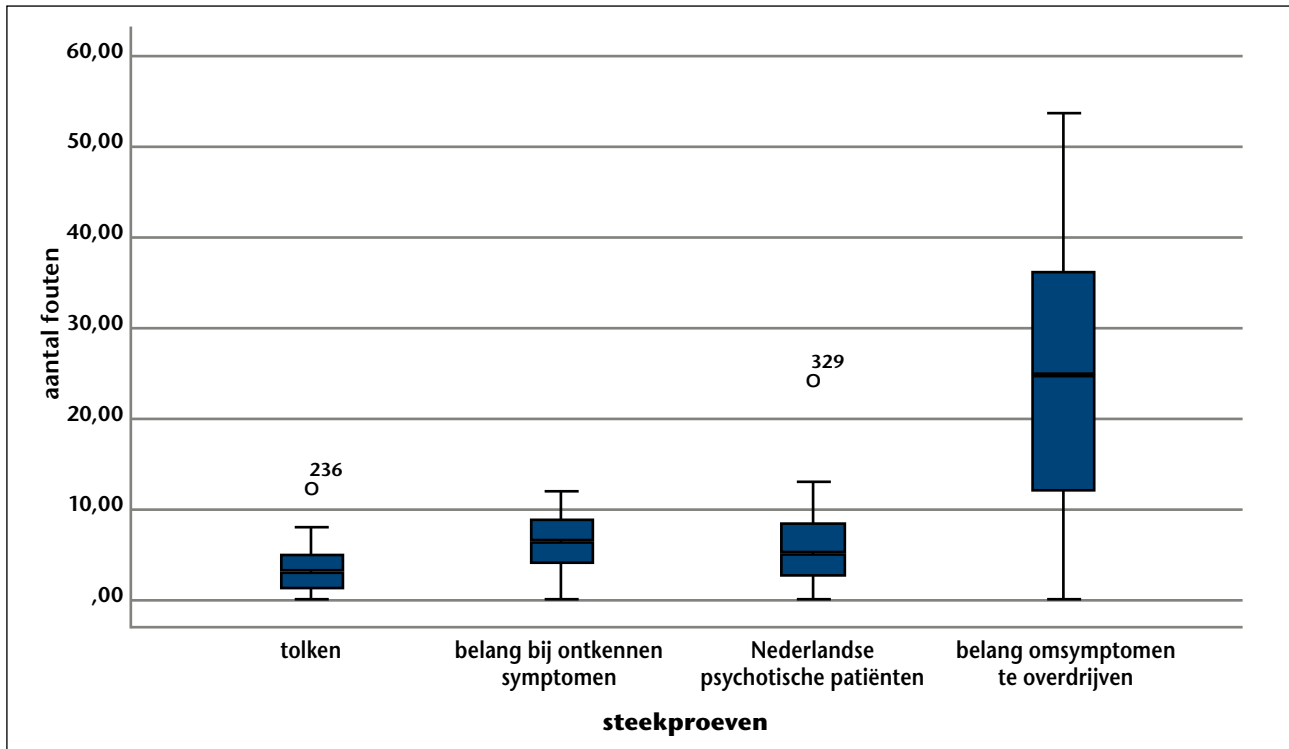
Dat patiënten met een belang bij het ontkennen van symptomen minder symptomen aankruisten dan degenen die juist een belang hadden bij overdrijven - of beter hun best deden bij een cognitieve test - zal niemand verbazen. De verschillen waren alleen zo groot dat alle andere factoren erbij in het niet vielen.

Psychose als versturende factor

Wat nu wel opviel was dat 21% van de patiënten met een belang om symptomen te ontkennen nog steeds te veel fouten maakte op de cognitieve testen, ondanks de makkelijke opgaven en de aanname dat ze juist optimaal gemotiveerd zouden moeten zijn om zo weinig mogelijk fouten te maken. Het antwoord werd gevonden in de bijzondere samenstelling van deze groep. Bijna alle patiënten in deze groep hadden een belang bij het verdoezelen van hun beperkingen omdat ze tegen hun wil waren opgenomen.

Deze groep bestond dan ook, in tegenstelling tot de andere groepen, bijna in zijn geheel uit patiënten met psychotisch symptomen. Psychose is een bekende factor die de validiteit van testuitkomsten kan verstoren – ook die van symptoomvaliditeitstests. Daarom werd de MENT ook afgenomen bij Nederlandse

psychotische patiënten op een andere afdeling. Die bleken evenveel fouten te maken. Zoals in grafiek 1 te zien is, waren hun scores nog steeds veel lager dan die van asielzoekers en vluchtelingen met een belang om hun beperkingen te overdrijven⁸. (grafiek 1)



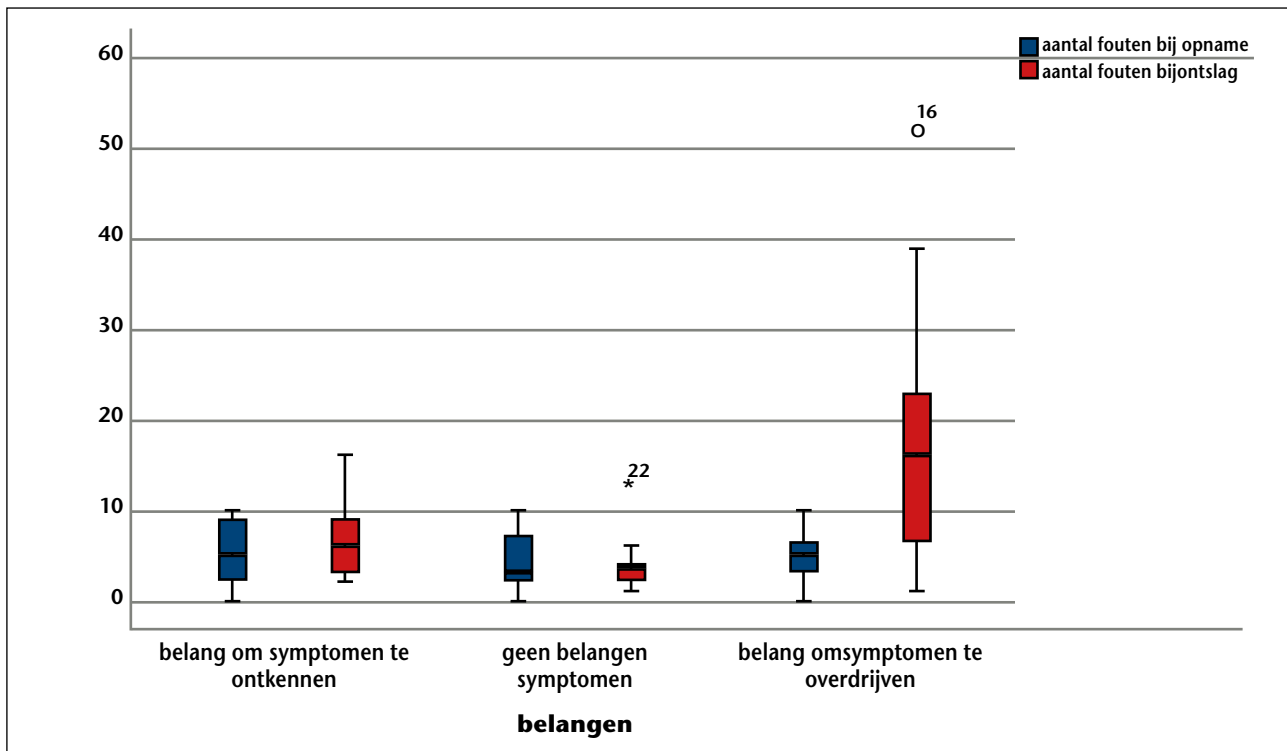
Grafiek 1. Aantal fouten op de cognitieve test (MENT) per groep. De tolken dienden als gezonde controle; ze deden de test voorafgaand aan hun inzet bij de testafname.

Opzet, of niet?

Tot slot werd nog een poging gedaan om het behandelings-effect te meten bij patiënten die bij opname wel valide testresultaten hadden opgeleverd. Ook dit liep op niets uit: patiënten die eerst weinig fouten hadden gemaakt op de MENT, bleken vlak voor hun ontslag op dezelfde test juist veel fouten te maken. Telkens ging het daarbij uitsluitend om patiënten die daar op basis van een lopende procedure belang bij zouden kunnen hebben¹ (zie grafiek 2).

Aan de pogingen om het effect van behandeling in deze kliniek te meten kwam hiermee een eind. De vraag die na deze laatste bevinding overbleef, was: is dit een bewijs dat de betrokken patiënten met opzet aan het overdrijven waren? De meeste experts op het gebied van symptoomvaliditeit vinden van niet. Testuitslagen zijn op zichzelf

nooit een bewijs voor fraude, is de consensus; hooguit zijn ze aanleiding voor nader onderzoek⁹. Hoewel bij sommige patiënten de ontslagdiagnose werd aangepast, werd dus uiteindelijk niemand aangemerkt als simulant. Het doel van het afnemen van symptoomvaliditeitstests was immers ook niet om frauderende patiënten te ontmaskeren, maar om te controleren of standaard psychologische instrumenten bruikbaar waren om het effect van de behandeling te meten bij deze bijzondere categorie patiënten. Zo werden deze tests dan ook uitgelegd aan de patiënten. Wezen de testen uit dat testpsychologisch onderzoek geen nut had, dan werden ze hiervan op de hoogte gesteld. De diagnose zou in hun geval dan gebaseerd moeten worden op klinische observaties, en het oordeel van de clinicus. (grafiek 2)



Grafiek 2. Aantal fouten op de cognitieve test (MENT) van patiënten die aan het begin van hun opname in de kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen weinig fouten maakten (blauw). Aan het eind van de opname (rood) maken patiënten die verwickeld zijn in een procedure waarbij het van belang kan zijn om veel symptomen te hebben aanzienlijk meer fouten.

Gevolgen voor de behandeling

De uitslagen van dit onderzoek waren overigens wel een klap voor het vertrouwen van de behandelaars van deze kliniek in klinische observatie, of hun eigen klinische blik. De effecten van hun behandelingen bleken niet meetbaar. En dat, terwijl de meeste patiënten die naar hen werden verwezen, na meerdere mislukte behandelingen elders, doorgaans juist op zware medicatie waren ingesteld. De vraag was of dit nog langer ethisch was. Uiteindelijk werd bij het merendeel

van de patiënten met ongeldige testuitkomsten de psychiatrische medicatie afgebouwd. Het effect hiervan op de jaarlijkse uitgaven aan medicatie in de kliniek ziet u in tabel 1. Een dergelijke besparing zou op een afdeling met psychotische patiënten tot grote problemen hebben geleid. In deze bijzondere kliniek werd geen verschil gezien. Dat is des te opmerkelijker, omdat in dezelfde periode de separeerkamers in deze kliniek ook werden afgeschaft en de gemiddelde opnameduur bijna halveerde¹. (tabel 1)

Jaar	Uitgave aan psychiatrische medicatie (euro's)
2007	17.993
2008	14.620
2009	6.571
2010	5.454
2011	3.029

Tabel 1. Jaarlijkse uitgave (in euro's) aan psychiatrische medicatie in de kliniek voor asielzoekers en vluchtelingen tijdens het project voor het invoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM).

Aandachtspunten bij medische advisering

Tot dusverre is alleen in de genoemde kliniek ervaring opgedaan met het controleren van de validiteit van testuitkomsten bij asielzoekers en vluchtelingen.

Mogelijk blijkt de validiteit van testuitkomsten veel beter als ze onderzocht zou worden bij asielzoekers die niet vanwege ernstige klachten zijn opgenomen. Totdat aanvullend onderzoek hierover meer duidelijkheid heeft verschaft, is het wel nuttig om bij het wegen van

de feiten voor het afgeven van een sociaal medisch advies te bedenken dat

1. Klinische observatie en het oordeel van ervaren klinici niet volstaat om een ongeldige diagnose bij asielzoekers en vluchtelingen te voorkómen.
2. Een medische rapportage over asielzoekers of vluchtelingen mogelijk niet valide is, als daar niet expliciet voor is gecontroleerd. Dat geldt ook voor rapportages door onafhankelijke onderzoekers.
3. Als er wel is gecontroleerd op symptoomvaliditeit, dan zegt dit alleen iets over de geldigheid van de rapportage. Een afwijkende testuitslag alleen is geen bewijs voor fraude of simulatie.
4. Dit onderzoek geen grote versturende effecten heeft aangetoond van taal en cultuur op de geldigheid van testen die de symptoomvaliditeit bij asielzoekers en vluchtelingen controleren. Er zijn wel versturende factoren, maar die blijken zich ook bij Nederlandse patiënten voor te doen.

Ook buiten het asielrecht, komt veinzen (overdrijven, fabriceren) van klachten veel voor¹⁰.

Het klinisch oordeel van (medische) deskundigen blijkt in de praktijk aantoonbaar te kort te schieten bij het onderkennen van mogelijke geveinsde klachten¹¹. Dit rechtvaardigt dan ook de controle op symptoomvaliditeit als een belangrijk en vaak eerste uitgangspunt bij de oordeelsvorming van de medisch adviseur.

Bij voorkeur dienen hier meerdere symptoomvaliditeitstesten voor ingezet te worden, zowel gericht op onderpresteren als overrapporteren. Het afnemen van deze symptoomvaliditeitstesten kan resulteren in het bijstellen van de oordeelsvorming

van de medisch adviseur. Het bijstellen van de oordeelsvorming kan in twee richtingen zijn: op basis van vastgestelde gebrekkige symptoomvaliditeit of juist het bevestigen van de geobjectiveerde beperkingen middels aanvaardbare symptoomvaliditeit.

Indien er sprake is van gebrekkige symptoomvaliditeit kan dit resulteren in het ter zijde schuiven van de rapportages omdat de beperkingen niet op een betrouwbare manier kunnen worden vastgesteld.

Echter zoals bovenstaand reeds wordt aangegeven, dient hier wel een vervolgesprek met de verzekerde plaats te vinden ter nadere objectieve duiding van de beperkingen. En hierbij dient nogmaals opgemerkt te worden dat een afwijkende uitslag geen bewijs is voor fraude of simulatie. Het kan zijn dat verzekerde faalt op symptoomvaliditeitstesten omdat er sprake is van versturende factoren, zoals bijvoorbeeld een ernstige cognitieve beperking (dementie/parkinson dan wel laagbegaafdheid) hetgeen de uitkomst van deze testen kan beïnvloeden. Recent onderzoek laat echter zien dat bij gebruik van drie symptoomvaliditeitstesten (vrijwel) niemand faalt op alle drie de tests¹².

Het is dan ook aan te raden om meerdere testen af te nemen voor een juiste interpretatie van de symptoomvaliditeit.

Het gebruik van symptoomvaliditeitstesten zal idealiter de interbeoordelaarsvariatie kunnen verkleinen. Echter hiervoor zijn er wel meerdere contactmomenten noodzakelijk met de verzekerde. Of dit toepasbaar is binnen de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming, dan wel de oordeelsvorming van de medisch adviseur is maar de vraag, aangezien het merendeel van de claimbeoordelingen een eenmalig contact betreft, dan wel een beoordeling op stukken.

Referenties:

1. Van der Heide D. On the assessment of symptom validity in refugee mental health. Proefschrift. Beschikbaar via: <https://books.ipskampprinting.nl/thesis/558096-vdHeide/>
2. Merckelbach H, Koevoets N, Cima M, Nijman H. De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog* 2001;10:586-91.
3. Geraerts E, Merckelbach HLCJ, Jelicic M. Het simuleren van posttraumatische stresssymptomen: de Nederlandse versie van de Morel Emotional Numbing Test (MENT). *Neuropsychiatry* 2007;1:8-12.
4. Tombaugh TN. The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychol. Assess.* 1997;9(3):260-8.
5. Van der Heide D, Merckelbach H. Standard symptom inventories for asylum seekers in a psychiatric hospital: limited utility due to poor symptom validity. *Psychol. Inj. Law* 2017;10:358-67.
6. Van der Heide D. In dubio: why it may not be wise to include asylum seekers in experimental intervention studies. CCMO rapportage. Wolfheze: ProPersona, 2012.
7. Van der Heide D, Boskovic I, Van Harten P, Merckelbach H. Overlooking feigning behavior may result in potential harmful treatment interventions: two case reports of undetected malingering. *J. Forensic Sci.* 2020;65(4):1371-5.
8. Van der Heide D, Boskovic I, Van Harten P, Merckelbach H. Psychosis as a confounder of symptom credibility testing in a transcultural sample. *J. Forens. Psychiatry Psychol.* 2020;31:64-75.
9. Sherman E, Slick DJ, Iverson GL. Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: a 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Arch. Clin. Neuropsychol.* 2020;00:1-30.
10. Dandachi-FitzGerald B, Merckelbach H, Boskovic I, Jelicic M. Do you know people who feign? Proxy respondents about feigned symptoms. *Psychol. Inj. Law* 2020;13:225-334.
11. Rosen G, Phillips W. A cautionary lesson from simulated patients. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* 2004;32:132-3.
12. Dandachi-FitzGerald B, Duits A, Leentjens A, Verhey F, Ponds R. Performance and symptom validity assessment in patients with apathy and cognitive impairment. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2020;3:314-21.

Onder ons gezegd en gezwezen

drs. B. van Lauw-Kous

Dieren, welzijn en gezondheid

U kent dat liedje vast nog wel: “Toen onze Mop een Mopje was, was hij aardig om te zien. Nu blaft hij alle dagen en bijt nog bovendien.” Deze liedtekst is niet in overeenstemming met het spreekwoord: blaffende honden bijten niet. Een spreekwoord is een korte en krachtige vaste uitdrukking met

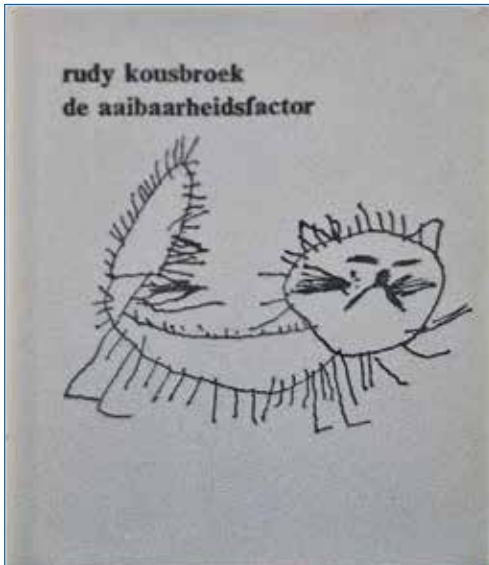


een algemene waarheid of wijsheid, niet evidence based, maar stoelend op pure empirie. Hoe zit het nu echt met honden? De overdrachtelijke betekenis van het spreekwoord blaffende honden bijten niet is: van wie de grootste mond opzet is vaak het minst te vrezen. De Romeinen zeiden het al: canis timidus vehementius latrat quam mordet (Otto, 70). Hier valt op af te dingen zowel in letterlijke als in overdrachtelijke zin. Want er zijn legio voorbeelden van slachtoffers die tussen het blaffen van honden door beetverwondingen opliepen. Dit pleit voor een groter waarheidsgehalte van de liedtekst dan van het spreekwoord. Het is ook interessant om de zaak eens om te draaien. Dan wordt het niet-blaffende honden bijten wel, met andere woorden: ‘wacht u voor de hond (cave canem)’. Menig boerenerf of privébeziit waarschuwt bezoek met een bordje, soms verluchtigd met een illustratie van de te vrezen hond, die zich vaak al lang van tevoren laat horen. Logischerwijs zou je denken: hé, een blaffende hond, die bijt dus niet. Ik zeg: pas op, voorzichtigheid blijft geboden. Wat trouwens opvalt is dat bordjes met de tekst ‘wacht u voor de kat’ veel minder algemeen zijn/niet bestaan; schrijver dezes heeft ze althans nooit gezien. Terwijl het aantal katten in Nederland het aantal honden royaal overtreft, er zijn er bijna twee keer zo veel. Dat staat op groenkennisnet, het kennisplatform van de groene sector. Op hun website (groenkennisnet.nl) staat onder andere (15 oktober 2020) “bijna de helft van de Nederlandse huishoudens houdt meer dan 27 miljoen huisdieren, blijkt uit nieuwe cijfers. Katten en honden worden door het grootste aantal huishoudens gehouden.” Er wordt gerefereerd aan cijfers van Dibevo (dieren, benodigdheden en voeders) in een persbericht

over huisdieren in Nederland. Dibevo is de brancheorganisatie voor huisdierenspecialisten die in samenwerking met de Nederlandse Voedingsindustrie Gezelschapsdieren (NVG) jaarlijks onderzoek laat uitvoeren naar huisdieren in Nederland. Katten en honden worden het meest gehouden als huisdier door Nederlandse huishoudens: 23,4% van de huishoudens heeft één of meerdere katten en 17,8% heeft één of meerdere honden. In totaal zijn er in 2019 2,9 miljoen katten en 1,7 miljoen honden. Op de website van het Landelijk Informatie Centrum Gezelschapsdieren (LICG) worden getallen in dezelfde orde van grootte genoemd. Daar staat te lezen dat in meer dan de helft van de Nederlandse huishoudens huisdieren worden gehouden. Het verschil van 10% valt te verklaren door knaagdieren, konijnen, zangvogels en vissen. Op de site licg.nl wordt de relatie tussen mens en dier in historisch perspectief geplaatst. Al meer dan 12.000 jaar deelt de mens zijn/haar leven met honden (helpers bij jagen, herders van het vee en bewakers van het erf) en met katten (muizenverjagers par excellence). Het belang van dieren werd in vele culturen geapprecieerd (Egyptenaren, Grieken, Romeinen, Chinezen). In Egypte kende men zelfs een kattenverering. Helaas werd de kat in de Middeleeuwen tijdelijk gezien als vergezeller van heksen. Gelukkig werd dit beeld vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw bijgesteld.

De meeste mensen ervaren een positief gezondheidseffect van hun huisdieren. Dit is wetenschappelijk aangetoond en dit betreft zowel een positief effect op de fysieke als op de mentale gezondheid. Beschreven zijn onder andere een gunstig effect van huisdieren op bloeddruk en op het cholesterolgehalte. Een bijkomstigheid van het houden van een hond als huisdier is het noodzakelijke uitlaten met de daarmee gepaard gaande lichaamsbeweging. In tijden van pandemische bewegingsarmoede is dit een bijzonder gunstig bij-effect en een win-winsituatie voor baas en hond. Voor houders van katten is het fysieke aspect niet relevant. Houders van katten hebben vooral profijt van de effecten op de psychische gesteldheid. Dit komt door de goddelijke anatomie, de verpersoonlijking van schoonheid en gratie, de koninklijke autonomie, het onvoorwaardelijk kunnen genieten en de absolute eigenzinnigheid. Over levenskunst gesproken.

Daar komt nog een speciale factor bij die werd beschreven door Rudy Kousbroek in het boekje *De Aaibaarheidsfactor* (1969, uitgeverij De Harmonie, Amsterdam), een nooit overtroffen hoogtepunt in de Nederlandse kattenliteratuur met aaibare fluwelige kافت en geïllustreerd door zijn toen jonge dochter Hepzibah.



Kousbroek bedacht de aaibaarheidsfactor voor de mate waarin dieren bij mensen affectie of genegenheid opwekken en daardoor de behoefte tot strelen. Voor Kousbroek is de aaibaarheidsfactor het belangrijkste criterium voor zijn persoonlijke indeling van het dierenrijk. In zijn visie heeft de kat van alle dieren de hoogste aaibaarheidsfactor: “[er is] maar één dier dat tegelijk beantwoordt aan alle voorwaarden van vrijheid, gelijkheid, bezit van intelligentie en van een gladde vacht, afwezigheid van hap-impuls, etc., die samen het criterium van aaibaarheid uitmaken en dat is de apotheose in de evolutie van de aaibaarheid (la loi de la caressabilité croissante), de kat.” De factor van vissen is volgens Kousbroek bijna nul, niet in de laatste plaats door het milieu waarin ze leven. Helemaal onderaan de schaal -met een negatieve factor- staan oesters, kwallen, piranha’s en sidderalen. Het begrip, dat is opgenomen in de Woordenlijst Nederlandse Taal wordt ook wel gebruikt voor mensen. In de indeling op aaibaarheid staat de kat dus met kop en schouders bovenaan, omdat die niet alleen passief genot ervaart van de aai, maar pro-actief een aai aan de aaiër ontlokt (door het geven van een kopje) zodoende zichzelf én de aaiër een positief gevoel gevend.

Maar het is niet alleen maar leukigheid met de dieren. Naast gezelschapsdieren is er een omvangrijke veestapel in Nederland. In een artikel in *De Volkskrant* van 21 maart 2021 staat onder andere: “Er zijn ruim honderd miljoen kippen, twaalf miljoen varkens, bijna vier miljoen koeien en nog honderdduizenden schapen, paarden en

geiten. Het totale aantal schommelt nogal. De omvang van de veestapel is een van de lastige onderwerpen bij de on-going formatiegesprekken. Volgens berekeningen moet de veestapel de komende tien tot vijftien jaar met 17 tot 30 procent krimpen om de problemen met stikstof het hoofd te bieden. Vooral het milieu en de regulering van de markt waren redenen om het aantal dieren te beperken. En er is een bijkomend argument, want mensen kunnen ziek worden van ziekteverwekkers die dieren bij zich dragen (site RIVM). Dat zijn zoönosen, denk aan Q-koorts of aan salmonellosen. En aan corona. Ook fijnstof en endotoxinen (celwandbestanddelen van bepaalde bacteriën) kunnen gezondheidsproblemen veroorzaken. Ten slotte kunnen mensen hinder ondervinden van stank afkomstig van mest uit veehouderijen.”

Op de site wakkerdier.nl staat onder andere over de relatie tussen zoönosen en veehouderij:

“Veel experts waarschuwen al jaren voor het risico op het ontstaan van gevaarlijke zoönosen in de veehouderij. Dat is niet alleen een buitenlandse aangelegenheid, ook de Nederlandse vee-industrie vormt een risico. Hoogleraren virologie als Marion Koopmans, Ron Fouchier en emeritus hoogleraar Peter Rottier wijzen allemaal naar onze vee-industrie als een van de risicofactoren. Dat is niet zo gek: we zijn een dichtbevolkt land met een van de hoogste vee-dichtheden ter wereld.

In april zei prof. Fouchier: “De manier waarop we nu massaal dieren houden, is hoogst onverstandig”. Prof. Rottier verwoordde het zo: “Ook in onze stallen feesten de virussen. Hoe meer dieren op een kleine oppervlakte bij elkaar worden gehouden, hoe makkelijker het is voor virussen om te circuleren, en hoe groter de kans dat er vroeg of laat eentje overspringt naar mensen. In dat opzicht is de intensieve veehouderij een risico voor de volksgezondheid.” En: “De regering lijkt zich niet druk genoeg te maken over de risico’s. Ze voert al jaren reactief beleid, waarbij ze monitort en dieren ruimt, met als doel uitbraken zo snel mogelijk in te dammen. Een drastische hervorming van de veehouderijsector blijft uit. Zo doet ze weinig aan de bron van het probleem: de enorme hoeveelheden zwakke dieren, het enorme beslag dat de vee-industrie op de aarde legt, en de torenhoge vleesconsumptie van de gemiddelde Nederlander”. Op dezelfde site staat een tabellarisch overzicht van hoe de Nederlandse politieke partijen aankijken tegen de vee-industrie. Gekeken is of politieke partijen in hun verkiezingsprogramma’s hebben opgenomen of ze de vee-industrie willen afschaffen of de veestapel willen verkleinen. En gekeken is hoe ze gestemd hebben over een motie van PvdD, GroenLinks en PvdA waarin werd gepleit voor het verkleinen van de veestapel. Alleen de partijen die op de motie hebben gestemd zijn meegenomen.

	EINDE VEE- INDUSTRIE	VEESTAPEL VERKLEINEN	MOTIE OVER INKRIMPEN VEESTAPEL
VVD	Nee	Nee	Tegen
PVV	Ja	Onduidelijk	Tegen
CDA	Nee	Nee	Tegen
D66	Ja	Ja - veestapel halveren	Tegen
GL	Ja	Ja - veestapel halveren	Voor
SP	Ja	Ja	Voor
PvdA	Ja	Ja	Voor
CU	Onduidelijk	Ja	Tegen
PvdD	Ja	Ja - 70% minder dieren	Voor
SGP	Nee	Nee	Tegen
Denk	Onduidelijk	Ja	Voor
50Plus	Beperkt	Nee	Tegen
FvD	Nee	Nee	Tegen

De relatie tussen mens en dier is complex. Er zijn positieve en negatieve aspecten. Allen, mensen en dieren, zijn gebaat bij zorg voor welzijn van mens en dier, voor elkaar, voor de wereld, voor de toekomst. Het is een maatschappelijke en politieke uitdaging, een vraagstuk dat niet uitgesteld kan/mag worden. Dus goodbye struisvogelpolitiek (en goodbye struisvogelbiefstukken). Om deze bijdrage positief en inspirerend te beëindigen onderstaand fragment over de troostende en steunende krachten van paard Peyo, overgenomen van www.ad.nl (11-04-2021):

“Ooit liep hij dressuurwedstrijden, maar sinds enkele jaren spendeert het paard Peyo zijn tijd in een Frans ziekenhuis waar hij stervende patiënten troost en steun biedt. Soms helemaal tot het einde. Een aangrijpend beeld van het dier terwijl het de 24-jarige Marion en haar zontje troost, is genomineerd voor de World Press Photo-wedstrijd, die de beste journalistieke beelden van het jaar bekroont. Het beeld van Peyo (15) is gemaakt door de Franse fotograaf Jeremy Lempin en is genomineerd in de categorie Contemporary Issues. De vrouw is niet de enige patiënt die door Peyo getroost wordt. In totaal gaat hij bij een twintigtal mensen langs in het ziekenhuis, waar hij ingezet wordt als therapiedier. Dat is een techniek die in wel meer zorginstellingen wordt gebruikt, maar dan eerder met kleinere dieren, zoals honden. Dieren blijken namelijk in staat om angst en stress te verlichten en kunnen zelfs een positief effect hebben op fysieke symptomen zoals pijn en een hoge bloeddruk.

“Paarden blijken in het bijzonder goed te zijn voor palliatieve zorg, omdat ze uitzonderlijk goed afgestemd zijn op hun omgeving”, aldus World Press Photo. Peyo blijkt zelfs zo’n weldadig effect te hebben, dat patiënten soms minder medicatie nodig hebben en daardoor op een vrediger manier kunnen sterven. Wetenschappers onderzoeken nu hoe dat komt, net als hoe het zit met zijn vermogen om tumoren en kankers te detecteren. Peyo kiest zelf welke patiënten hij wil troosten door met zijn trainer Hassen Bouchakou door de gangen van het ziekenhuis te gaan en te stoppen en zijn been op te heffen voor de deur waar hij binnen wil gaan. Hij lijkt daarbij op een opmerkelijke manier in staat te zijn om te detecteren wie een tumor of kanker heeft. Hem klaarmaken voor het ziekenhuis duurt ongeveer twee uur. Peyo wordt dan helemaal gewassen en gedesinfecteerd. Dat blijkt hij volgens zijn trainer wel leuk te vinden. Peyo blijft vaak tot het einde. Zo hield hij op zeker moment twee uur lang een stervende vrouw gezelschap, vertelt zijn trainer. “Ik vergezel hem gewoon, maar ik laat hem zelf beslissen wat hij wil doen”, zegt die in de Britse krant The Guardian. “Dat bepaalt hij helemaal zelf. Sinds 2016 hebben we ongeveer duizend mensen steun geboden tot hun laatste ademtocht. Peyo betekent alles voor me.” Het paard gaat soms zelfs naar de begrafenis van de patiënten die hij goed kent. Dat gebeurde onder meer na de dood van Daniel (67) in januari. De man was vroeger ruiter en stierf aan kanker. Peyo liep achter de kist toen die bijgezet werd op de begraafplaats”. Daar moet uw chroniqueur een beetje van huilen.

Geactualiseerde KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, april 2021

C. Lelieveld

Inleiding

Heden ten dage is het zeer (en in toenemende mate) belangrijk om precies te weten wat wel mag en wat niet met medische gegevens. Dit geldt a fortiori voor de medisch adviseur van een verzekeraar, want die bevindt zich in een kwetsbare positie in een steeds meer juridiserende context.

In april 2021 verscheen de ten opzichte van 2020 geactualiseerde versie van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. In deze richtlijn staat hoe artsen, met inachtneming van hun beroepsgeheim, medische gegevens mogen verzamelen, opslaan, uitwisselen of anderszins mogen gebruiken. Het doel van de richtlijn is om artsen een handvat te geven voor het omgaan met medische gegevens in diverse situaties. In de richtlijn 2021 worden de wijzigingen in het ‘woord vooraf’ opgesomd: omvang en duur van het beroepsgeheim, therapeutische exceptie, kenbaarheid en informatieplicht, het recht op informatie over gegevensverwerking, verwerken van medische informatie, het recht op dataportabiliteit van gegevens, beeldbellen, de persoonlijke gezondheidsomgeving, verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten en schuldhulpverlening.

In onderstaande wordt primair ingezoomd op de wijzigingen in de richtlijn 2021.

Om de wijzigingen in de juiste context te plaatsen was aan een korte samenvatting van highlights niet te ontkomen. Volledigheid wordt niet nagestreefd. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar de integrale Richtlijn Omgaan met medische gegevens 2021; die is zeer leeswaardig. Ten slotte wordt ingegaan op de aspecten die van belang zijn voor de medisch adviseur van de verzekeraar. Voor wat dit betreft is er niets nieuws onder de zon.

De wijzigingen

Wat direct opvalt is de lay out. Deze oogt in de nieuwe versie een stuk prettiger en overzichtelijker. De tekst werd geactualiseerd en geredigeerd en de indeling is veranderd. Er waren zeven hoofdstukken, er zijn er nu acht. De hoofdstukken heten anders. De leeswijzer vermeldt de inhoud per hoofdstuk in a nutshell. Dat is erg overzichtelijk. Aangezien de richtlijn ‘Omgaan

met medische gegevens’ heet, is het van belang om te definiëren wat precies onder medische gegevens wordt verstaan. Daarover staat op bladzijde 11 in versie 2021: “In deze richtlijn bedoelen wij met de term ‘medische gegevens’ informatie die, direct of indirect betrekking heeft op de gezondheid of lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van een herleidbare patiënt; of op gegevens die omtrent een patiënt in het dossier van een arts zijn genoteerd. In de versie van 2020 staat ‘en’ in plaats van ‘of’. Dit lijkt geen essentiële verandering. De richtlijn is niet genderneutraal, omwille van de leesbaarheid werd gekozen voor ‘hij’, ‘hem’ en ‘zijn’.

Hoofdstuk 1 heet in de versie van 2021 ‘Medisch beroepsgeheim’. De term beroepsgeheim wordt expliciet op de voorgrond geplaatst en ingezoomd wordt op de relevantie ervan, zowel uit maatschappelijk oogpunt als uit het oogpunt van de patiënt. Het beroepsgeheim bestaat uit een zwijgplicht (ook wel geheimhoudingsplicht) en een verschoningsrecht. Nieuw in hoofdstuk 1 is een korte paragraaf over omvang en duur van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim omvat alle informatie die een arts in de uitoefening van zijn beroep over een patiënt te weten komt. Dit betreft dus bijvoorbeeld ook al het kale feit dat een patiënt in behandeling is bij een arts, of informatie die een arts buiten de patiënt om te weten komt, of informatie die anderen over de patiënt geven. Het beroepsgeheim geldt ook voor niet-medische informatie zoals NAW-gegevens, informatie over de gezinssituatie of privé-omstandigheden van een patiënt. Het beroepsgeheim blijft gelden na het overlijden van de patiënt. Hierop wordt in hoofdstuk 4 dieper ingegaan.

Diverse uitzonderingen op het beroepsgeheim worden genoemd en toegelicht. Het beroepsgeheim is niet absoluut en kan in bepaalde situaties worden doorbroken. Als de arts dat overweegt kan hij de “ethische toolkit KNMG” raadplegen. Terughoudendheid is geboden. De zwijgplicht geldt niet tegenover een vervanger van een behandelend arts. Er geldt een afgeleid beroepsgeheim voor personen die geen zelfstandige geheimhoudingsplicht hebben, maar die wel beroepsmatig kennis krijgen van of toegang hebben tot patiëntgegevens, bijvoorbeeld secretaresses. De therapeutische exceptie betekent dat de arts in

uitzonderlijke situaties, wanneer het informeren van de patiënt zelf kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt oplevert, anderen (bijvoorbeeld familieleden die de patiënt verzorgen) buiten de patiënt om kan informeren in plaats van de patiënt zelf. Denk bijvoorbeeld aan een zeer ongunstige prognose aan een patiënt die in labiele psychische toestand verkeert. Gewezen wordt op terughoudendheid bij toepassing van deze uitzondering.

Zodra niet meer gevreesd hoeft te worden voor het 'nadeel' voor de patiënt informeert de arts de patiënt alsnog.

Kenbaarheid en informatieplicht is een subparagraaf onder de paragraaf 'veronderstelde toestemming van de patiënt'. De patiënt moet weten dat in bepaalde gevallen zijn toestemming voor informatieverstrekking wordt verondersteld en dat hij daartegen bezwaar kan maken. Daarom moet de patiënt hierover worden geïnformeerd. Dat kan bijvoorbeeld door een (online) privacystatement of door een patiëntenfolder.

Hoofdstuk 2 met de titel 'Verwerken van informatie in en buiten het dossier' gaat over het verwerken van medische informatie in het dossier. Dit is gebonden aan wet- en regelgeving. De twee belangrijkste wetten voor het verwerken van informatie zijn de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de WGBO worden specifieke eisen gesteld aan het verwerken van medische gegevens in het dossier. De AVG en de Uitvoeringswet AVG (UAVG) bevatten voorwaarden voor het mogen verwerken van persoonsgegevens inclusief medische gegevens. Verwerken is erg breed gedefinieerd in de AVG (verzamelen, vastleggen, ordenen, opslaan, wijzigen, raadplegen, gebruiken, doorzenden, verspreiden, beschikbaar stellen, wissen en vernietigen van gegevens).

Achtereenvolgens wordt ingegaan op de dossierplicht (primaire doel: goede hulpverlening aan de patiënt), de inhoud van het dossier (alleen die gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn), gegevens die niet in het dossier horen (waaronder persoonlijke werkaantekeningen), digitaliseren van papieren dossiers en documenten (na digitaal opslaan en beveiligen mag de arts een papieren dossier vernietigen), de bewaartermijn (meestal twintig jaar na de laatste wijziging, er zijn uitzonderingen), het beheer van het dossier (de zorginstelling of de individuele arts zijn verantwoordelijk), het recht op informatie over gegevensverwerking (patiënten hebben er recht op om te weten hoe hun gegevens worden verwerkt en met welk doel. De arts is verplicht om de patiënt hierover te informeren), eigendom van het dossier (niemand heeft het volledige eigendomsrecht op een medisch dossier, zorginstellingen, artsen en patiënten hebben wel een zekere mate van zeggenschap), overdragen van een dossier (met toestemming van de patiënt, 'goed hulpverlenerschap', in het kader van continuïteit van

de zorg), patiëntenrechten met betrekking tot gegevens en het dossier (o.a. verzoek om inzage of een afschrift, toevoegen van een verklaring, verzoek om correctie en recht op dataportabiliteit van gegevens).

Dataportabiliteit van gegevens betekent dat personen de arts mogen verzoeken om persoonsgegevens over te dragen aan een andere partij, bijvoorbeeld een andere zorgaanbieder. Dit betreft alleen persoonsgegevens die de persoon in kwestie zelf actief en bewust heeft verstrekt en is niet van toepassing op conclusies of diagnoses die zijn vastgesteld op basis van de verstrekte gegevens.

Het bijhouden van medische dossiers gebeurt tegenwoordig hoofdzakelijk digitaal. Voor elektronische gegevensuitwisseling gelden standaarden. Die staan in hoofdstuk 3 'Elektronische gegevensuitwisseling', dat volledig aan dit onderwerp is gewijd. Degene die verantwoordelijk is voor het beheer van gegevens in digitale medische dossiers is verplicht om technische en organisatorische maatregelen te treffen die nodig zijn om de beveiliging ervan te waarborgen. Dat is een wettelijke verplichting die voortkomt uit de AVG en het besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders. Het moet niet mogelijk zijn dat gegevens van de patiënt per ongeluk of met opzet ten onrechte zijn gewijzigd of verloren gegaan.

Bij elektronische gegevensuitwisseling tussen arts en patiënt moet de arts nagaan of dit verantwoord en veilig is. Bij gebruik van Whatsapp en andere berichtendiensten realiseren men zich dat niet alle berichtendiensten veilig zijn. Of een berichtendienst veilig is dient vooraf te worden onderzocht. Steeds vaker komt het voor dat medische gegevens worden verstuurd via e-mail of dat online consulten plaatsvinden via beeldbellen. Beeldbellen is sinds de coronacrisis in 2020 erg populair en erg toegenomen. Aangeraden wordt om de meest veilige en gecertificeerde toepassing te gebruiken, bij voorkeur een die speciaal voor de zorg ontwikkeld is.

De persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is in opkomst; dat is een website of app waarbinnen burgers hun eigen gezondheidsgegevens kunnen beheeren. De patiënt krijgt de regie over zijn eigen gezondheidsgegevens en bepaalt zelf welke gegevens hij verzamelt in zijn PGO. Dat kunnen eigen metingen zijn (bloedsuikerwaarden, bloeddrukmetingen) of laboratoriumuitslagen overgenomen uit het patiëntendossier. De PGO onderscheidt zich van andere informatiesystemen door het feit dat de patiënt de beheerder is. PGO's zijn nog volop in ontwikkeling.

Nieuw in hoofdstuk 4 'Informatieverstrekking in kader van vertegenwoordiging, overlijden, letselschade en levensverzekeringen' is een paragraaf verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten. Sinds 1 januari 2021 geldt er een nieuwe regeling voor ex-kankerpatiënten die een overlijdensrisicoverzekering of een uitvaartverzekering willen afsluiten of wijzigen.

Die hoeven niet meer te vermelden dat zij kanker hebben gehad als zij langer dan tien jaar geleden genezen zijn verklaard.

De paragraaf over informatieverstrekking in het kader van letselschade bevat geen nieuws.

Het beroepsgeheim staat voorop. Doorbreken mag niet, tenzij een doorbrekingsgrond bestaat (bijvoorbeeld toestemming van de patiënt). De verzoeker om medische informatie moet aangeven wat het doel is van het opvragen en wat hij precies wil weten. De informatieverstrekking hoort proportioneel te zijn. Een verzoek om een compleet afschrift van een medisch dossier is niet proportioneel. Ook als de patiënt geen bezwaar heeft dient de arts daarop te wijzen.

Hoofdstuk 5 heet 'Informatieverstrekking aan (overheids-)instanties' en bevat informatie over melding van infectieziekten aan de GGD, informatieverstrekking in het kader van de Wmo en de Jeugdwet, informatieverstrekking aan gezinsvoogden, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming, informatieverstrekking aan Zorgverzekeraars,

aan de IGJ, NZa en FIOD, politie en justitie en informatieverstrekking bij juridische procedures. Nieuw is de subparagraaf 'Schuldhulpverlening'. Hiervoor is het relevant of iemand ondersteuning krijgt op grond van de Wmo 2015 en/of Jeugdwet en zo ja, wie de hulpverleners zijn. De informatie hebben schuldhulpverleners nodig om contact te leggen met andere hulpverleners en om de hulpverlening op elkaar af te stemmen. Het gaat hierbij niet om gegevens die vallen onder het medische beroepsgeheim.

Volledigheidshalve een korte aanduiding van de hoofdstukken 6 t/m 8: hoofdstuk 6 is gewijd aan verstrekken van medische informatie in het kader van gedwongen zorg en opname, in hoofdstuk 7 worden regels behandeld die gelden voor beoordelingen in het kader van bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, indicatiestellingen en keuringen en in hoofdstuk 8 staan voorwaarden voor het gebruik van medische gegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsdoeleinden, waaronder incidentmeldingen en kwaliteitsbeoordelingen.

CBBS Next Level (CBBS 5)

C. Lelieveld, W. Westerbeek en R. van Beers*

In het dagelijks gebruik van het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS), het onmisbare instrument in de gevalbehandeling bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), is in 2020 een aantal wijzigingen aangebracht. Sommige dingen bleken niet meer zo handig, de maatschappij is veranderd, jurisprudentie is uitgesproken en er is voortschrijdend inzicht gekomen. Kortom, het kon beter. Jaarlijks vonden er al verschillende releases plaats met betrekking tot het CBBS, waarin gebruikerswensen werden gehonoreerd en technisch onderhoud werd gepleegd, maar de matchingssystematiek van het CBBS was sinds 2002 niet gewijzigd.

Daarom heeft het directieteam van Sociaal Medische Zaken (SMZ) van het UWV in juni 2017 gevraagd om te onderzoeken of en zo ja hoe het CBBS-systeem verbeterd kon worden. De vraagstelling was

hoe het CBBS en de kennis en vaardigheden van de professionals geoptimaliseerd konden worden zodanig dat de bandbreedte tussen professionals en tussen kantoren versmalt, dat er efficiënt met het systeem gewerkt kan worden, dat de kwaliteit van het professionele handelen verbeterd wordt, dat er state-of-the-art gewerkt wordt en dat deze verbetering een positief effect heeft op het proces van de claimbeoordeling. Het antwoord op de vraag was dat het CBBS-systeem verbeterd en geoptimaliseerd kon worden door wijzigingen aan te brengen in de manier van matches (het algoritme) van het CBBS, het handelen van de verzekeringsarts bij het invullen van de functionele mogelijkhedenlijst, het handelen van de arbeidsdeskundige bij de professionele eindselectie, het handelen van de arbeidsdeskundig analist bij het scoren van beoordelingspunten en de interpretatie en definitie van beoordelingspunten.

Zo ontstond CBBS Next Level (CBBS 5).

CBBS staat in het hart van de claimbeoordeling. UWV-arbeidsdeskundige, -verzekeringsarts en

* C. Lelieveld.
W. Westerbeek, verzekeringsarts/RGA,
UWV-verzekeringsarts.
R. van Beers, UWV-arbeidsdeskundige.

-arbeidsdeskundig analist werken dagelijks met dit systeem. Het is van groot belang dat iedereen goed weet wat dit instrument kan, hoe het werkt en welke gevolgen de keuzes die gemaakt worden hebben. Door optimaliseren van het systeem wordt het handelen van de professionals beter ondersteund. Verwacht werd dat de wijzigingen in CBBS 5 bijdragen aan meer kwaliteit en efficiency voor alle medewerkers en dat dat zou leiden tot een positief effect op de dagelijkse praktijk. Per half mei 2020 is het nieuwe CBBS 5 in gebruik. Voor de wijzigingen is gebruik gemaakt van uitgebreid onderzoek naar actuele verzekeringsgeneeskundige inzichten, huidige arbeidsmarktontwikkelingen, recente uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en geldende arbeidsdeskundige kennis. De UWV-professionals die werken met het CBBS (verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) werd een e-learning aangeboden en een aantal cursusdagen om het geüpdatete instrument optimaal te kunnen gebruiken. Voor verzekeringsartsen en medisch adviseurs in de particuliere sector is het relevant om kennis te hebben van de veranderingen in de CBBS-systematiek. Daarom volgt hieronder een opsomming van de belangrijkste wijzigingen voor de verzekeringsarts.

Wijziging termen ‘normaal’ en ‘normaalwaarde’

In de praktijk kwam het vaak voor dat de term ‘normaal’ discussie opleverde met de klant. De term ‘normaal’ heeft vaak voor mensen een andere betekenis, bijvoorbeeld gemiddeld, of zoals ze vroeger waren, of zoals collega’s zijn. Normaal in CBBS is echter functioneren zoals iedereen het zou moeten kunnen. Om dit niveau vast te stellen zijn bepaalde referentiewaarden gebruikt. Als iemand daaraan niet kan voldoen noemen we dat een beperking. Met referentiewaarde en norm wordt beter duidelijk wat CBBS hieronder verstaat.

Wijzigingen in tekst boven de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML)

Het bleek dat er vooral in bezwaar- en beroepsprocedures onduidelijkheid was over de interpretatie en de bandbreedte bij de verschillende belastbaarheidsniveaus. Niet duidelijk was of de incidentele piekbelasting en de structureel marginale hogere belasting alleen voor de normaalwaarden gold of ook voor de beperkingen die de verzekeringsarts aangaf. Met de navolgende tekstuele aanpassing boven de FML wordt daarin nu meer duidelijkheid gegeven: “Deze lijst geeft een overzicht van mogelijkheden om in het algemeen gedurende een hele werkdag (tenminste 8 uur) te functioneren. Beperkingen van deze mogelijkheden ten opzichte van de referentiewaarden worden in aparte rubrieken weergegeven, voor zover deze naar het oordeel van de verzekeringsarts

uitingen zijn van ziekten, gebreken of ongevallen. Als referentiewaarden zijn die niveaus van functioneren gekozen die het dagelijks leven regelmatig vereist. Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, is een incidentele piekbelasting of structureel marginaal hogere belasting eveneens mogelijk boven zowel de referentiewaarde als de aangenomen beperkte functionele mogelijkheden. Deze lijst is niet geschikt voor toepassing los van een verzekeringsgeneeskundige rapportage waarin de mogelijkheden en beperkingen aan de hand van een probleemanalyse in hun onderlinge samenhang beoordeeld, gemotiveerd en beschreven zijn.”

Pop-up schermen met toelichting

Prettig voor de UWV-verzekeringsarts: er zijn opvraagbare pop-up schermen gekomen bij alle belastingpunten in CBBS met de actuele definities en interpretatiekaders van het CBBS-basisboek. Die waren er al bij bepaalde items. Dit is uitgebreid. Bij twijfel over definitie en interpretatiekader van een beoordelingspunt moet de verzekeringsarts, arbeidsdeskundige of arbeidsdeskundig analist het handboek raadplegen. Het actuele handboek (Basisinformatie CBBS) is alleen digitaal beschikbaar en blijkt niet makkelijk geraadpleegd te worden. Dit kan leiden tot een verkeerde interpretatie van een beoordelingspunt omdat eigen meningen en referentiekaders de oorspronkelijk geleerde definitie beïnvloeden. Het is van belang om altijd makkelijk toegang te hebben tot de juiste definities en interpretatiekaders. Deze mogelijkheid is nu in het CBBS ingebouwd. Het nieuwe Basisboek CBBS wordt continu actueel gehouden, waardoor in heel Nederland met dezelfde informatie en inzichten gewerkt wordt.

Belangrijkste wijzigingen in de FML

- Een aantal beoordelingspunten is samengevoegd, dit geldt vooral voor de punten ‘overige beperkingen in’ en ‘specifieke voorwaarden’.
- Bij meer items wordt -als een beperking geldt- een toelichting van de verzekeringsarts vereist.
- ‘Voorgestructureerd werk’ en ‘vaste bekende werkwijze’ zijn samengevoegd in ‘mate van zelfstandigheid’.
- Bij de beoordelingspunten ‘emotionele problemen van anderen’ en ‘eigen gevoelens uiten’ zijn er meer scoringsmogelijkheden om de beperking duidelijker te maken.
- Nieuw beoordelingspunt: beroepsmatig vervoer
- Hitte en koude zijn samengevoegd in het item temperatuur.
- Toetsenbord hanteren en muis bedienen is ondergebracht bij hand- en vingergebruik.
- Bij het item frequent reiken is de klassering aangepast, omdat de verschillen erg klein waren.
- Torderen werd aangepast; 45 graden is maximaal.

- Bij duwen en trekken is de eenheid veranderd van kilogramforce (kgf) in Newton (N). De referentiewaarde is verhoogd van 150N naar 250N.
- In het item tillen en dragen kan nu gekozen worden uit 4 mogelijkheden: 15, 10, 5 en 2kg.
- De normfrequentie van 'hoofdbewegingen' is verhoogd van 60 keer per uur naar 120 keer per uur.
- Bij 'knielen en hurken' zijn er meer scoringsmogelijkheden.
- In 'uren per etmaal' loopt de avond voortaan van 18.00-24.00 uur en de nacht van 24.00-06.00 uur.
- 'Normaalwaarde' wordt referentiewaarde en 'normaal' wordt norm.

Ten slotte:

CBBS is een instrument, een hulpmiddel voor de UWV-professionals om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen. Het is een instrument, een middel ter ondersteuning van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in de publieke sector en kan deze beoordeling niet vervangen. In de functionele mogelijkhedenlijst geeft de verzekeringsarts de functionele mogelijkheden van de cliënt aan. Deze functionele mogelijkhedenlijst wordt bijgevoegd bij de verzekeringsgeneeskundige rapportage inzake de sociaal medische beoordeling en de combinatie wordt aangeboden aan de arbeidsdeskundige die aan de hand van de functionele mogelijkhedenlijst arbeidsmogelijkheden voor de cliënt kan onderzoeken. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid is geen wiskundige beoordeling en dat is de functionele mogelijkhedenlijst ook niet. De waardering op een bepaald item kan bij verschillende collegae verschillend zijn met een beperkte bandbreedte. Er zijn nu eenmaal strakken en rekkelijken. Een klein verschil in waardering/nuance kan een groot verschil in de uitkomst betekenen. Daarom wordt optimale uniformiteit nagestreefd in het kader van de rechtmatigheid.

Een van de in het oog springende wijzigingen in de functionele mogelijkhedenlijst betreft de toelichtingen die nu vereist zijn. Dat is bewust gedaan om een adequate richting te kunnen geven voor de arbeidsdeskundige. Het is van groot belang om toelichtingen aan te geven waar de arbeidsdeskundige wat mee kan bij de functieduiding. Het betreft dus vooral een kwaliteitsslag ten behoeve van de beoordeling met het oogmerk om de bandbreedte te versmallen zodat de arbeidsdeskundige niet/minder zelf hoeft te interpreteren/raden. De verplichte toelichtingen optimaliseren de communicatie tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige met als resultaat finetuning en maatwerk. De noodzakelijk geachte e-learning en cursusdagen voor de gebruikers geeft aan dat de functionele mogelijkhedenlijst een bruikbaar instrument is in de handen van specifiek opgeleide professionals. Onoordeelkundig gebruik of

onbekendheid met de uitgangspunten of definities impliceren een risico op onjuiste uitkomsten/interpretatie. De essentie van CBBS Next Level is om de rechtmatigheid van beoordelingen te verbeteren; dat is het enige wat telt.

Wat betekent CBBS 5 voor de arbeidsdeskundige?

Definities zijn aangepast of samengevoegd. Zo is het item tillen samengevoegd met de items het hanteren van lichte en van zware voorwerpen. Voorheen waren dit drie items waarin de verzekeringsarts aan kon geven wat mogelijk was, nu is het meer een matrix: hoe lichter het te hanteren gewicht, hoe hoger de frequentie als referentiewaarde. Dit maakt de matching met de praktijk en de functies in het CBBS eenvoudiger.

Probleem is wel dat als de functionele mogelijkhedenlijst aangepast wordt ook de functies opnieuw geanalyseerd moeten worden volgens die definities. En toen kwam Corona tussendoor. Waar voorheen elke twaalf tot achttien maanden een functie opnieuw onderzocht werd, kwam dit stil te liggen. Hierdoor konden de functies ook niet omgezet worden naar CBBS 5. Zodra de arbeidskundig analisten weer op pad kunnen en mogen moet deze inhaalslag ingezet worden. Tot die tijd is er voor de arbeidsdeskundigen nog geen vereenvoudiging. Nog een detail toegelicht aan het begrip "Werksituatie zonder veelvuldige storingen en onderbrekingen": in het vorige CBBS moest de arbeidsdeskundige de weging belasting versus belastbaarheid uitvoeren door de tekst van de functieomschrijving te lezen en af te zetten tegen de rapportage en de functionele mogelijkhedenlijst van de verzekeringsarts. Nu kan dit 'automatisch', maar opletten is heel noodzakelijk. De arbeidskundig analist zal dit item alleen scoren als het 'kenmerkend' is, oftewel: komt minimaal driemaal per uur voor én $\geq 50\%$ van de werkdag en minimaal eenmaal per week. Door deze voorwaarden kan het best zijn dat er soms sprake is van veelvuldige verstoringen die echter niet uit de analyse blijken. Als de klant dan fors beperkt is (kan geen verstoringen hanteren) gaat de automatische selectie mis. De verzekeringsarts kan dit ondervangen door de beperking nader toe te lichten. De arbeidsdeskundige zal voortdurend alert moeten zijn op de 'niet kenmerkende' belasting die zich wel in een functie kan voordoen.

Zo komen we dan toch terug bij het credo: arbeidskundig werk kan niet zonder 'gezond boerenverstand'. Door de gezamenlijke training van en door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen in gemixte groepen is de kennis over het CBBS en de onderlinge samenwerking weer opgefrist; een stap verder in de professionalisering van de beoordelingen.

Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek (SBVO)

Jaarverslag 2020

Het grootste deel van de werkzaamheden van de SBVO bestaat uit het uitgeven van GAVscoop. De redactie werd in 2020 gevormd door hoofdredacteur mevrouw C. Lelieveld, penningmeester F.S.L. Schmidt, de redactieleden de dames G. A. van Beelen, M. van Zuylen, A. de Vries, M.M. Schampers, S. Zwikker, de heren K.H. Harmsma, A.H. Hosman en ondergetekende als secretaris.

De redactie vergaderde in 2020 zevenmaal afwisselend in Leusden en Soest en de laatste driemaal digitaal vanwege de coronamaatregelen. Verreweg de meeste redactionele activiteiten vonden plaats via het internet.

Gezien de ontwikkelingen met betrekking tot al dan niet verkrijgen van een ODB-registratie werd in nauw contact met het GAV-bestuur besloten om de activiteiten van de redactie onder te brengen bij de Onderwijscommissie van de GAV.

Zoals gezegd was de hoofdactiviteit van de Stichting in 2020 het uitgeven van GAVscoop. Er werden onder bezielende leiding van onze nieuwe hoofdredacteur drie nummers - met in totaal 128 pagina's - gerealiseerd die in de maanden april, augustus en december werden toegezonden aan alle leden van de GAV en aan een aantal externe abonnees.

Het derde nummer was een speciaal nummer (gezien de kerstperiode in een feestelijke rode omslag) met als thema "Feel Good". De opmaak, het drukken, inpakken en verzenden van GAVscoop bleef in handen van het grafisch ontwerp bureau HieroSign.

Het werk van de redactie werd vergemakkelijkt door intensief gebruik van de online opslagdienst Dropbox. Hiermee hebben de redactieleden toegang tot dezelfde documenten en kunnen zij deze bewerken.

GAVscoop bevatte in 2020 onder andere de vaste rubrieken 'Van de redactie' en 'Van het bestuur'. De rubriek 'GASTscoop' werd in de tweede uitgave gebruikt door collega Renckens om zijn visie onder de titel "Whiplash revisited" met de lezers te delen. Collega Blaauw gaf in het derde nummer "Drie tips om de GAV te redden".

Achtereenvolgens werd de "scoop gericht op" onze collegae Hoevenaars, Croon en De Laat- Molenaar. GAVscoop 2020-1 leidde tot ingezonden brieven van collega Van den Wildenberg in GAVscoop 2020-2. Helaas stopte N. Ooitgedacht (vdW) na het eerste nummer met diens bijdragen. In de derde uitgave van december verscheen een bijdrage van collega

drs. B. van Lauw-Kous, wat mogelijk het begin van een nieuwe column kan zijn.

Er verscheen in iedere uitgave een bijdrage in de rubriek 'Tucht en Zucht'.

Er werden impressies van verschillende voordrachten opgenomen: het 17e TBV-congres, VG-congres 1.5 en cursus AMA-guides. Ook werd er weer diverse malen "Voor u gelezen".

Ten slotte was er een uitgebreid scala aan medisch specialistische artikelen op zeer verschillende terreinen. Het varieerde van klinisch georiënteerde onderwerpen ('AC-luxaties', 'Tinnitus' en "Bekken en acetabulum"), artikelen op ons vakgebied ('Aan het werk met knieartrose', 'Kifid', 'Ieder zijn/haar vak', 'Functionele bewegingsstoornis: Hoe verder?', 'Allergie door je werk' en 'Arbeid als medicijn'), een bijdrage op verzekeringsgeneeskundig terrein (' Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde') tot meer algemene onderwerpen in het themanummer (een interview over 'Mindfulness' en een bijdrage over vitaliteit met als titel 'Van etiologie tot levensvraagstukken').

Het tijdschrift beschikt helaas niet meer over vaste adverteerders. Er zijn acht betalende abonnees.

Een (eerste) aankondiging in het laatste nummer over het lustrumcongres ter gelegenheid van onze 25e jaargang in 2021 moest inmiddels vanwege de coronamaatregelen helaas teruggetrokken worden. De redacteurs Gerda van Beelen en Marjolein van Zuylen hebben om moverende redenen hun werkzaamheden voor SBVO/ GAVscoop gestopt. Vanwege de coronamaatregelen is het er nog niet van gekomen om op gepaste wijze afscheid van hen (en van onze vorige hoofdredacteur) te kunnen nemen. Medio 2020 is Sadie Zwikker tot de redactie togetreden.

Informeel contacten, oproepen tijdens GAV-bijeenkomsten en een advertentie in ons eigen tijdschrift hebben niet geleid tot andere (kandidaat-) redactieleden.

Het verzamelen van kopij blijft een voortdurende uitdaging. De coronamaatregelen in 2020 deden hier geen goed aan. Maar het geheel overziend kan geconstateerd worden dat de SBVO en de redactie van GAVscoop, met inmiddels de 24e jaargang, zich op gedreven wijze van haar taak blijven kwijten.

S.J.H. Eggen, secretaris

Colofon

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringzaken

Redactie

S.J.H. Eggen

(secretaris)

K.H. Harmsma

A.H. Hosman

Mw. C. Lelieveld

(hoofdredacteur)

F.S.L. Schmidt

(penningmeester)

Mw. M.M. Schampers

Redactieadres

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

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Lay-out/druk

HieroSign, grafisch ontwerp bureau
Apeldoorn

Abonnementen

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

Auteursrechten

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

ISSN

1387-6082

Agenda

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

2021 (alle data onder voorbehoud)

- 28 september **Medisch Contact congres 'De dokter en de taal'**
Beatrix Theater, Utrecht
14.00 uur tot 21.00 uur
- 16 t/m 17 september **EUmass Congres 2021, 100% online**
Basel, Zwitserland
<https://www.eumass.nl>
- 23 september **ALV GAV**
- 1 oktober **SCEM-symposium Leven en werken met en na infectieziekten**
De Reehorst, Ede
9.30-16.45 uur
- 7 oktober **NVVG-symposium Verzekeringsgeneeskunde gisteren en vandaag; en morgen? In aansluiting op ALV NVVG.**

2022

- 31 maart **GAVscoop-symposium 'De nieuwe kleren van de keizer'.**
Conferentiehotel Kontakt der Kontinenten, Soesterberg
12.30 uur tot 17.30 uur
- 16 t/m 19 oktober **ICLAM 2022 Tokyo**
Imperial Hotel, Tokyo, Japan