

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 26, nummer 2, december 2022

Editorial	34
Van het bestuur	35
Tucht en Zucht <i>A. de Vries</i>	36
De IWMD-vraagstelling - evaluatie en ideeën voor revisie <i>Drs. A.M. Reitsma, dr. L.G. Koudstaal, drs. D. van Arkel en prof. A.J. Akkermans</i>	39
Ons stressresponsstelsel: de risico's van aanhoudend aanstaan <i>A. Fleming</i>	48
De onacceptabele mate van malrotatie na de plaatsing van een mergen bij femurfracturen <i>Dr. A.H. Hosman, Drs. Menno Braakman, Dr. Jan Buitenhuis</i>	53
Commentaar op artikel "humerusschacht fracturen bij volwassenen" <i>Prof. dr. A. van Kampen</i>	58
SBVO, Jaarverslag 2021 <i>S.J.H. Eggen</i>	59
Agenda	60
Colofon	60

Editorial

GAVscoop 2022-2

Al jaren zat een dinertje in de pen voor de (onbezoldigde) redacteurs van de GAVscoop. Nu kwam het er eindelijk van en wel om daarmee onder dankzegging afscheid te nemen van twee eerdere hoofdredacteurs en enkele oud-redacteurs. Er was door hen veel werk verricht voor het enige Nederlandse tijdschrift toegespitst op de medisch adviseur in particuliere verzekeringszaken. Besproken werd hoe een ieder had bijgedragen aan het voortbestaan van het tijdschrift. Hun werk zal voortgezet worden. Voor u ligt immers een gloednieuw decembernummer van de GAVscoop in het ons vertrouwde uiterlijk.



Als redactie zullen wij helaas Carla Lelieveld gaan missen als de meest recente hoofdredacteur. Carla maakte van het vorige kerstnummer een prachtige editie vol boeken- en geschenktips, waarmee het een iconisch exemplaar werd. Deze editie is in die zin mogelijk wat anders van aard; geen interviews of persoonlijke verhalen, maar een wat zakelijker geheel met zeker een paar lezenswaardige artikelen.

Zo geeft Guusje de Vries met haar juridische en medische achtergrond weer een boeiende follow up over de tuchtzaak over een selectieve vernietiging van het patientendossier. Toen ik Guusje vroeg of wij nu alle huisartsen moesten vragen of er sprake is geweest van gerommel in het dossier, kwam daar zo'n doordacht en genuanceerd antwoord op dat dit ongetwijfeld kopij zal kunnen vormen voor een toekomstige Tucht en Zucht.

Er is in dit nummer ook aandacht voor vermeende medische fouten omtrent malrotatie na plaatsing van mergpennen. Want wanneer is een malrotatie nou fout? Op basis van literatuuronderzoek heb ik met Jan Buitenhuis en Menno Braakman een indicatie proberen te geven. Een korte samenvatting van het onderzoek was eerder gepubliceerd in de GAVscoop vorig jaar. Dat was in het kader van het verslag van de EUmass, maar nu is het hele artikel ook voor onze lezers beschikbaar.

Naast een altijd boeiende literature review treft u een beschouwing over het stressrespons systeem door gezondheidszorgpsycholoog Fleming. Voor u als medisch adviseurs aan slachtoffer- of verzekeringszijde is het altijd inspirerend om te lezen waar u in uw (toekomstige) adviezen mogelijk mee te maken zal krijgen.

De resultaten van de enquête naar de herziening van de IWMD-vraagstelling werden fraai besproken door Reitsma en Koudstaal en de belangrijkste aspecten daarvan werden overzichtelijk op een rijtje gezet.

Namens de redactie wens ik u allen mooie kerstdagen. Veel leesplezier gewenst en tot volgend jaar!

Anton Hosman, hoofdredacteur a.i.



Van het bestuur

In het afgelopen voorjaar hebben wij als bestuur de noodklok geluid omdat we op diverse fronten zagen dat de “spirit” uit de vereniging aan het wegvloeien was. Er gingen zelfs stemmen op om de GAV op te heffen of onder te brengen bij een zustervereniging. En wij ervoeren dat uitdagingen problemen werden. De problemen waar we mee kampten zijn in eerdere communicatie-uitingen al uitgebreid aan bod geweest en worden als bekend verondersteld.

Toen alle acties om het tij te keren zonder effect bleven, hebben we een aantal prominente leden met (bestuurlijke) ervaring in de vereniging gevraagd om samen eens na te denken over de toekomst van de vereniging en een antwoord te vinden op enkele kernvragen. Deze oriënterende Denktank had plaats op 20-04-2022. De belangrijkste conclusies die hieruit naar voren kwamen, waren dat de GAV zeker bestaansrecht heeft als zelfstandige vereniging en dat op dit moment de hoogste prioriteit moet worden gegeven aan het vinden van een voorzitter en bij voorkeur ook collegae voor de andere vacatures in het bestuur. Uiteraard liggen er nog diverse andere belangrijke aandachtspunten, maar we hebben er nadrukkelijk voor gekozen ons eerst te focussen op het formeren van een volwaardig en slagvaardig bestuur.

Als vervolg op de Denktank spraken we af in een groter gezelschap verder te gaan.

Hiertoe werd de oorspronkelijke groep aangevuld met “ervaren” collegae en jongere collegae uit het werkveld.

Deze “invitational conference” werd gehouden op 28-09-2022, waarbij een professionele gespreksleider de betrokkenen ondersteunde.

In deze conferentie hebben we onder andere met elkaar gesproken over de organisatiestructuur en welke voorwaarden en wijzigingen nodig zijn om de rollen in het bestuur aantrekkelijker en minder tijd-belastend te maken. Dit heeft geresulteerd in een voorstel voor een “GAV-bestuur 2.0”. De belangrijkste punten zijn:

- Klankbord-/adviesgroep samenstellen van een kleine achtergrondgroep collegae met ruime bestuurlijke ervaring die de voorzitter en het bestuur desgevraagd kunnen adviseren in bijvoorbeeld politiek gevoelige en historische kwesties. Zij hebben geen uitvoerende maar een adviserende rol.
- Uitbreiden van de secretariële ondersteuning zodat ook aan deze kant het werk verlicht wordt.

- Zodra een voorzitter is gevonden zal een bezoldigde directeur worden geworven die de voorzitter veel taken uit handen kan nemen. Hiervoor is budget beschikbaar. Bij de aanstelling heeft de voorzitter een belangrijke stem.
- Kortere duur/overlapping bestuurstermijn. Er is gesproken over een kortere minimum zittingstermijn en een langere inlooperperiode bij de bestaande voorzitter.
- Vorm geven aan een soort “Linking Pin systeem”, waarbij leden uit de diverse commissies nauwer betrokken worden bij het bestuur en vice versa.

Collega Marco Derks is bereid gevonden om in de komende maand met deze voorwaarden leden actief te benaderen en polsen hoe zij denken over deelname aan het bestuur om met elkaar een bestuursteam te vormen. Hij zal begin november met zijn bevindingen het bestuur informeren.

Indien u onder deze voorwaarden ook voor uzelf mogelijkheden ziet (eveneens voor andere bestuursfuncties) neemt u dan contact op met de secretaris van de GAV, Ad Schilder, of met collega Derks voor nadere informatie. Dit kan met een mailtje naar secretaris@gav.nl. Wij hopen voor of in de ALV van januari 2023 een belangrijke stap vooruit te maken.

Tenslotte nog een ander belangrijk onderwerp: het al dan niet ontkoppelen van de VG- en RGA-registratie. Door de omstandigheden is de vervolgbespreking hiervan en de stemming in de ALV door ons uitgesteld. Daarnaast hebben de Registratiecommissie en de Onderwijscommissie een aangepaste conceptrichtlijn gemaakt voor de registratie-eisen als RGA, waarover nog moet worden beslist. De conceptrichtlijn vindt u op de website.

Het is echter van zoveel belang voor de toekomst van de vereniging, dat het bestuur besloten heeft voor deze zaken, het concept Richtlijn Registratie en de stemming vóór of tegen ontkoppeling, een Bijzondere Ledenvergadering uit te schrijven. Zonder de gehele discussie opnieuw te willen voeren, willen we daarin toch enkele collega’s met verschillende visies de gelegenheid geven bondig hun standpunt toe te lichten. Aansluitend zal de stemming over de koppeling plaatsvinden. Binnenkort wordt u nader geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Bestuur GAV

Tucht en Zucht

A. de Vries

Het komt niet vaak voor, maar in een zaak waarin een Regionaal Tuchtcollege uitspraak had gedaan én die in deze column is besproken, kwam een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege beschikbaar.

Destijds, zie Tucht en Zucht in de GAVscoop van 2021 nummer 1, eindigde ik de column met de volgende opmerking.

Mij is onbekend of deze zaak naar het Centraal College gaat, maar indien dat het geval is zie ik die uitspraak met erg veel interesse tegemoet. U ook?

Ik kan u alvast verklappen dat waar het Regionaal College een waarschuwing uitdeelde, de beslissing door Centraal werd vernietigd en de klacht in al zijn onderdelen ongegrond verklaard.

De achterliggende gegevens

Het achterliggende verhaal, het verloop bij het Regionaal Tuchtcollege en mijn commentaren bij de zaak, kunt u in volledig omvang lezen in de GAVscoop van 2021 nummer 1 (b.v. te vinden op de site van de GAV-scoop www.gavscoop.nl, die door de redactie keurig up to date wordt gehouden).

Kort samengevat gaat het om een zaak waarin een, door beide partijen in een letselschadezaak aangevraagd, psychiatrisch expertiserapport door de medisch adviseur van een verzekeraar in geanonimiseerde vorm, samen met het eveneens geanonimiseerde volledige medisch dossier, voor een intern consult werd voorgelegd aan een vakgenoot van de expert, dus aan een tweede psychiater. De medisch adviseur had in de conceptfase vragen gesteld aan de expert maar achtte de vragen in het definitieve rapport niet afdoende beantwoord en de medisch adviseur kon zich niet vinden in de conclusies van de expert. De geconsulteerde vakgenoot kwam tot de conclusie dat een onderbouwing voor de conclusies van de expert ontbrak.

De klacht luidde dat het medisch dossier zonder toestemming aan de tweede specialist was overhandigd.

Het Regionaal Tuchtcollege concludeerde dat door overlegging van het volledige (anoniem

gemaakte) medisch dossier, zonder voorafgaande kennisgeving aan en toestemming van betrokkene, de medisch adviseur de eisen van transparantie en proportionaliteit niet in acht had genomen. Dat de medisch adviseur de conclusies van de expert onvoldoende kon begrijpen, en de aanvullende vragen niet afdoende beantwoord achtte, rechtvaardigde niet de door de medisch adviseur gekozen weg. Dit werd versterkt door het feit dat het ging om psychiatrische problematiek die in de intieme levenssfeer ligt. Ook concludeerde het Regionaal College dat de medisch adviseur zijn beroepsgeheim had geschonden, want weliswaar waren persoonsgegevens weggehaald, met uitzondering van geboortjaar en woonplaats, maar dat nam niet weg dat herleiden tot de persoon mogelijk was. Hierin betrok het College dat de grote hoeveelheid verstrekte informatie een gevoelig karakter had.

Het College achtte een waarschuwing op zijn plaats.

De factoren die in de beoordeling door het Regionaal College speelden zette ik, voor zover ik ze uiteen kon rafelen, in de column voor u op een rijtje.

- Het meezenden van het volledige medisch dossier werd als niet proportioneel beoordeeld.
- Dat het ging om psychiatrische problematiek die in de intieme levenssfeer ligt speelde mee.
- De vragen aan de geconsulteerde vakgenoot waren niet concreet.
- Transparantie over de werkwijze is van belang. Dit betrof het op de hoogte brengen van betrokkene van zowel het inschakelen van de vakgenoot als van het toezenden van medische gegevens aan deze specialist.
- Na het verwijderen van persoonsgegevens waren de overige gegevens nog altijd herleidbaarheid naar de persoon.
- Bij dit laatstgenoemde punt speelden bovenstaande eerste twee punten mee (dat het een volledig medisch dossier betrof met gevoelige gegevens).

Helaas werd uit de uitspraak niet goed duidelijk aan welke eisen precies voldaan moet worden om een maatregel te voorkomen. De teksten waren niet altijd helder en/of eenduidig te interpreteren. De uitspraak liet meerdere vraagtekens bestaan met als belangrijkste, samenvattende vraagteken

voor de medisch adviseurs: wat precies moeten we wel en mogen we niet doen? Deels was het duidelijk, deels konden we het zelf invullen, maar deels ook bleven vraagtekens bestaan. Zoals eerder gezegd: u kunt een en ander teruglezen in de Tucht en Zucht in GAVscoop 2021 nummer 1.

De beoordeling door het Centraal Tuchtcollege

In zijn beoordeling geeft het Centraal Tuchtcollege, op basis van geciteerde regelgeving, aan dat de medisch adviseur een tweede psychiater mocht consulteren naar aanleiding van het expertiserapport waarover hij vragen en twijfels bleef houden. Dat het expertiserapport al definitief was en op verzoek van beide partijen was uitgebracht maakt dat niet anders. Het betrof geen verzoek om een keuring of geneeskundig onderzoek, waarover betrokkene ingelicht zou moeten worden, maar het betrof een collegiaal consult die ook de vraag kan betreffen om de kwaliteit van een rapportage te beoordelen. Dit betreft een gebruikelijke gang van zaken in de letselschadepraktijk, waarvan betrokkene niet (vooraf) in kennis wordt gesteld noch om toestemming wordt gevraagd.

Het is aan de medisch adviseur om te beoordelen welke medische gegevens noodzakelijk zijn voor de te consulteren tweede psychiater om het gevraagde advies te kunnen geven. Voor het verstrekken van het medisch dossier hoeft geen toestemming te worden gevraagd. De medisch adviseur heeft zijn beroepsgeheim niet geschonden omdat het verstrekken naar het oordeel van de medisch adviseur noodzakelijk was en de gegevens werden verstrekt aan een psychiater die eveneens aan het beroepsgeheim gebonden is. Ook zijn advies valt onder het beroepsgeheim.

Door de geconsulteerde psychiater te verzoeken het medisch dossier na voltooiën van zijn werkzaamheden te vernietigen en door verstrekken van het dossier in geanonimiseerde vorm, is het proportionaliteitsvereiste in acht genomen. Dit getuigt van zorgvuldigheid, ook al blijkt het anonimiseren achteraf op enkele ondergeschikte punten niet geheel consequent te zijn gebeurd. Door het advies van de tweede psychiater op duidelijk kenbare wijze in het advies aan de verzekeringsmaatschappij te verwerken is de medisch adviseur bovendien voldoende transparant geweest.

De conclusie is dat de medisch adviseur niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld zodat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege werd vernietigd en de klacht alsnog in alle onderdelen ongegrond werd verklaard.

Wat is hieruit op te maken

Uit de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege wordt een aantal uitgangspunten duidelijk. Ik zal ze, ook nu weer, voor u op een rijtje zetten.

- * Een collegiaal consult is toegestaan.
- * Onder een dergelijk collegiaal consult kan ook vallen het verzoek om een expertiserapport van een derde te beoordelen.
- * Er is een onderscheid tussen een collegiaal consult en een verzoek om een keuring of geneeskundig onderzoek (oftewel een expertise-onderzoek) te verrichten.
- * Over een keuring of geneeskundig onderzoek (oftewel expertise-onderzoek) dient de betrokkene te worden ingelicht.
- * Van het collegiaal consult hoeft betrokkene niet (vooraf) in kennis te worden gesteld noch hoeft toestemming te worden gevraagd.
- * Ook voor het, ten behoeve van het collegiaal consult, verstrekken van medische gegevens hoeft geen toestemming te worden gevraagd.
- * De medisch adviseur bepaalt welke (medische) gegevens aan de te consulteren collega worden verstrekt op basis van de vraag welke gegevens noodzakelijk zijn om tot een goede beoordeling te kunnen komen in het kader van de vraagstelling.
- * Met het verstrekken wordt de geheimhoudingsplicht niet geschonden voor zover de medisch adviseur het verstrekken van deze gegevens, waaronder kan vallen een volledig medisch dossier, noodzakelijk acht en de te consulteren collega aan het beroepsgeheim is gebonden.
- * Het verzoek om de dossierstukken na beantwoorden van de vragen te vernietigen en het aanbieden in geanonimiseerde vorm brengt het proportionaliteitsbeginsel en zorgvuldigheid tot uitdrukking. Dat het anonimiseren achteraf bezien op enkele ondergeschikte punten niet volledig consequent was gebeurd tast de zorgvuldigheid niet aan.
- * Door de uitkomst van het consult op duidelijk kenbare wijze in een advies aan de verzekeringsmaatschappij te verwerken hanteert de medisch adviseur een voldoende transparante weekwijze.

Wanneer we nu het rijtje punten erbij pakken dat ik uit de uitspraak van het Regionaal College destilleerde dan kom ik tot de eindconclusie dat u die punten verder kunt vergeten.

Hieronder vergelijk ik de punten die ik uit de uitspraak van het Regionaal College kon destilleren met hetgeen het Centraal College erover zegt.

Regionaal

- Het meezenden van het volledige medisch dossier werd door het Regionaal College als niet proportioneel beoordeeld.
- Dat het ging om psychiatrische problematiek die in de intieme levenssfeer ligt speelt mee.

Centraal

Het Centraal College heeft geen bezwaar tegen het meezenden van het volledige medisch dossier, ook niet nu het gaat om psychiatrische problematiek. Het is aan de medisch adviseur om te bepalen dát verstrekken van informatie noodzakelijk is en welke informatie noodzakelijk is. Proportionaliteit wordt daarnaast bepaald door aanbieden in geanonimiseerde vorm. Nu het om proportionaliteit draait komt bij mij wel de vraag op of anonimiseren bij een minder gevoelige zaak, denk bij voorbeeld aan knieletsel, misschien niet noodzakelijk is. Het antwoord kan ik u niet geven.

Regionaal

- Na het verwijderen van persoonsgegevens waren de overige gegevens nog altijd herleidbaarheid naar de persoon.
- Hierbij speelde mee dat het een volledig medisch dossier betrof met gevoelige gegevens.

Centraal

Uit de uitspraak van het Centraal College blijkt dat de medisch adviseur bepaalt welke informatie noodzakelijk is om tot een goed collegiaal consult te kunnen komen en dat deze informatie dan, zonder het beroepsgeheim te schenden, kan worden verstrekt aan een collega die eveneens aan het medisch geheim gebonden is. Herleidbaarheid naar de persoon en/of gevoeligheid van de gegevens wordt door het Centraal College niet genoemd als belemmering voor de uitwisseling van informatie; de noodzaak om tot een goed consult en advies te kunnen komen lijkt leidend.

Regionaal

- De vragen aan de geconsulteerde vakgenoot waren niet concreet.

Centraal

Het Centraal College geeft aan dat een collegiaal

consult de vraag kan betreffen om de kwaliteit van een rapportage te beoordelen. De in de casus gebruikte vraag om het expertiserapport van commentaar te voorzien lijkt daarbij aan te sluiten en in ieder geval heeft het Centraal Tuchtcollege in deze vraagstelling niets ontoelaatbaars opgemerkt.

Regionaal

- Transparantie over de werkwijze is van belang. Dit betrof het op de hoogte brengen van betrokkene van zowel het inschakelen van de vakgenoot als van het toezenden van medische gegevens aan deze specialist.

Centraal

In de uitspraak geeft het Centraal College expliciet aan dat betrokkene niet van een collegiaal consult op de hoogte hoeft te worden gesteld, noch hoeft toestemming te worden gevraagd voor het consult of voor het toezenden van informatie aan de te raadplegen collega. Transparantie komt tot uitdrukking wanneer de medisch adviseur het consult op duidelijk kenbare wijze verwerkt in zijn advies.

De uitspraak van het Centraal College is gelukkig duidelijk en laat weinig vraagtekens achter. Het enige vraagteken dat bij mij over blijft is of het wel nodig is om te anonimiseren bij collegiaal overleg, met een collega die onder het beroepsgeheim valt, over zaken zonder gevoelige inhoud. Het beroepsgeheim lijkt dat niet nodig te maken nu het ook geen belemmering vormt om gevoelige informatie te delen. Wel worden in dit kader zorgvuldigheid en proportionaliteit genoemd en die vergen een andere afweging. Zouden we misschien te zorgvuldig handelen door ervoor te kiezen om zonder afweging altijd te anonimiseren? Nadeel van een dergelijke vaste werkwijze kan zijn dat we er later, als 'gebruikelijk in de (letselschade)praktijk' aan gehouden worden, ook al gaat het om niet gevoelige problematiek als bij voorbeeld een simpel knieletsel. In ieder geval is duidelijk dat de huidige in de praktijk gehanteerde werkwijze rond intercollegiaal overleg de toets van de hoogste tuchtrechter kan doorstaan.

De IWMD-vraagstelling - evaluatie en ideeën voor revisie

drs. A.M. Reitsma*, dr. L.G. Koudstaal**, drs. D. van Arkel*** en prof. A.J. Akkermans****

Abstract

De ‘Vraagstelling causaal verband bij ongeval’ van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische deskundigen (IWMD) is sinds haar verschijnen in 2004 uitgegroeid tot de standaardvraagstelling voor onafhankelijke deskundigen in letselschadezaken. De meest recente versie van de zogenoemde IWMD-vraagstelling dateert van januari 2010 en is dus inmiddels ruim 12,5 jaar in gebruik. Vanuit de praktijk werd al langere tijd aangedrongen op een revisie.

De Letselschade Raad, de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV) en de Vrije Universiteit Amsterdam hebben na overleg een werkgroep gevormd die eind 2019 een enquête over de IWMD-vraagstelling heeft verspreid onder professionals werkzaam in de letselschade. In dit artikel bespreken wij de resultaten van deze enquête en de opties voor mogelijke revisie die daaruit lijken voort te vloeien. Hierin zijn reacties n.a.v. het abstract gepresenteerd op de VG-dagen november 2022 ook meegenomen. De volledige resultaten van de enquête, de hier geformuleerde opties voor revisies en andere relevante documenten zijn te raadplegen in een uitgebreidere versie in Tijdschrift Vergoeding Personenschade (TVP) 2022 (2), en op de website van De Letselschade Raad.

Inleiding

Afgelopen voorjaar publiceerden wij in het tijdschrift voor Vergoeding Personenschade het artikel “Evaluatie

van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval - resultaten van een enquête en opties voor revisie” over de revisie van de zogenoemde IWMD-vraagstelling. Professionals en organisaties werkzaam in de letselschade zijn uitgenodigd hierop reacties te geven die zullen worden gepubliceerd op de website van De Letselschade Raad. Op de verzekeringsgeneeskundige dagen (VG-dagen) van november 2022 heeft Angelique Reitsma een presentatie gegeven waarop eveneens reacties zijn ontvangen. Op deze plaats geven wij een samenvatting van de uitkomsten van de revisie tot dusver, geven wij de reacties naar aanleiding van de VG-dagen beknopt en geanonimiseerd weer, geven wij onze persoonlijke visie op de uitkomsten, en als bijlage bij dit artikel publiceren we een discussie document dat dienstbaar zou kunnen zijn bij de verdere revisie van de IWMD-vraagstelling.

Wat vooraf ging

De huidige versie van de ‘Vraagstelling causaal verband bij ongeval’ dateert van januari 2010.¹ De eerste versie zag het licht in de loop van 2004² naar aanleiding van de destijds gesignaleerde problemen rond de medische expertise in letselschadezaken.³ Deze vraagstelling was destijds bedoeld als tool om de kennisparadox tussen juristen en medici te overbruggen. Net als een aantal andere kennisdocumenten⁴ werd deze vraagstelling ontwikkeld door een onderzoeksgroep van de Vrije Universiteit in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD).⁵ Wat al snel bekend werd als ‘de IWMD-vraagstelling’ groeide uit tot de standaardvraagstelling voor onafhankelijke deskundigen met betrekking tot de vraag wat in een bepaalde letselschadezaak als de gevolgen van een ongeval moet worden beschouwd. Hoewel de versie van 2010 in zeker opzicht nooit helemaal ‘af’ werd gemaakt – de vraag naar de beperkingen werd nooit verder uitgewerkt⁶ – is deze versie sindsdien niet meer herzien noch weg te denken uit de dagelijkse praktijk van de medisch adviseur letselschade. In 2012 werd de IWMD-vraagstelling een van de werkdocumenten van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL).⁷ Sindsdien valt zij onder auspiciën van De Letselschade Raad.⁸

Affiliaties auteurs

- * Angelique Reitsma is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA), medisch adviseur bij ASR verzekeringen, en onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam
- ** Lyan Koudstaal is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA), en medisch adviseur bij Univé Rechtshulp
- *** Dirk van Arkel is verzekeringsarts en forensisch arts KNMG, en medisch adviseur bij Lechner Consult
- **** Arno Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Wat de ongevalsgevolgen zijn is in de context van een letselschadezaak uiteindelijk een juridische vraag. De antwoorden van de expertiserend arts vormen voor beantwoording daarvan weliswaar een noodzakelijke basis, maar vragen nog om een juridische vertaalslag. Om die optimaal te kunnen maken wordt de medisch deskundige slechts gevraagd om de bestaande situatie met, en de verwachte situatie zonder ongeval zo gedetailleerd mogelijk in kaart te brengen. Op basis van die informatie is het dan aan de juristen om de juridische causaliteitsvraag⁹ te beantwoorden. Veel van de ins en outs van de formulering van de vraagstelling moeten worden begrepen in het kader van het streven om de deskundige beide situaties zo *gedetailleerd mogelijk* in kaart te laten brengen. Daarbij dienen de grenzen van het haalbare zich niet alleen al spoedig aan, zij worden in zeker opzicht zelfs structureel overschreden. Het is aan de deskundige om aan te geven wat hij wel of niet aan opheldering heeft te bieden. In de versie van 2010 werd getracht zoveel mogelijk aan te sluiten bij de inmiddels verschenen Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR).¹⁰

De huidige versie van de IWMD-vraagstelling is inmiddels ruim 12,5 jaar in gebruik. Vanuit de praktijk werd al langere tijd vanaf meerdere kanten aangedrongen op een revisie. Er werd al input geformuleerd door partijen zoals van de GAV en de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA). De Nederlandse Vereniging van Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) besprak een notitie met opmerkingen bij de vraagstelling op haar jaarvergadering van 2019, waarover hieronder meer.¹¹

Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

Zoals gezegd hoort de IWMD-vraagstelling sinds 2012 als een van de werkdocumenten van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) en valt zij onder auspiciën van De Letselschade Raad.¹² In overleg tussen De Letselschade Raad, de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) en de Vrije Universiteit Amsterdam is een werkgroep gevormd die eind 2019 een enquête over de IWMD-vraagstelling heeft verspreid onder professionals werkzaam in de letselschade. De werkgroep werd voorgezeten door prof. Arno Akkermans, die ook leiding gaf aan de totstandkoming van de oorspronkelijke IWMD-vraagstelling. Leden waren in het begin Angélique Reitsma, onderzoeker bij de VU, medisch adviseur bij A.S.R. en toenmalig voorzitter van de Permanente Adviescommissie Personenschade (PAP) van de GAV, en Ben Blankers, tevens lid van de PAP. In deze samenstelling heeft de werkgroep de enquête ontwikkeld en verzonden (eind 2019) en werden de reacties erop geaggregeerd en rudimentair geïnventariseerd (eind 2019 - begin 2020). Hierna heeft het project enige tijd stilgelegen vanwege de corona-pandemie en personele problematiek. Tijdens deze fase van vertraging heeft

Ben Blankers de werkgroep verlaten, en kwamen in zijn plaats begin 2021 twee nieuwe leden bij de groep; Lyan Koudstaal en Dirk van Arkel, beiden leden van de PAP en resp. medisch adviseur voor een rechtsbijstandsverzekeraar en medisch adviseur namens slachtoffers. Door de werkgroep in deze nieuwe samenstelling werden de reacties van de enquête structureel geanalyseerd, werd discussie gevoerd over opties voor verbetering en werd dit artikel geschreven.

Oorspronkelijk was de bedoeling om de uitkomsten van de enquête in oktober 2021 te bespreken in een breed samengestelde expertmeeting. Helaas werden er zoveel vragen opgeworpen over de gang van zaken en met name over de transparantie en inclusiviteit van het proces, dat besloten werd om deze expertmeeting niet door te laten gaan.

Omdat wij als werkgroep het betreurden dat na zoveel tijd en inspanning alle data ongebruikt zouden blijven, besloten wij om toch alle resultaten van onze enquête op te schrijven. Nu opnieuw op verzoek van het bestuur van de GAV. Bij dit manuscript publiceren we ook een discussie document dat gebruikt zou kunnen worden als uitgangspunt voor verdere revisie van de IWMD-vraagstelling. In dit discussie document hebben wij de Richtlijn van de NVMSR april 2016 toegepast.

De enquête

Om zo breed mogelijk te inventariseren wat er in de praktijk leeft werd een enquête onder gebruikers van de vraagstelling als vorm gekozen. De ontwikkeling en het ontwerp van de enquête kende meerdere stappen. De leden van de werkgroep (Akkermans, Reitsma en Blankers) kwamen gedurende het laatste kwartaal van 2019 regelmatig bijeen voor overleg. Tijdens deze overlegsituaties werden de beoogde respondenten en de te stellen vragen besproken. Praktische hulp bij het ontwerp en de ontwikkeling van de digitale enquête werd vervolgens geleverd door drs. Iris Becx, onderzoeker aan de VU. De online enquête werd ontwikkeld met Microsoft Office 365 Forms. De enquête bestond uit 22 vragen, waarvan 9 meerkeuzevragen, 12 open vragen en tot slot 1 vraag naar contactinformatie indien men benaderd wilde worden voor vervolg. Het volledige overzicht van de vragen is te vinden in bijlage bij dit artikel (zie kader) en op de website van De Letselschade Raad. De enquête werd middels een zgn. bètatest uitgetest onder de leden van de PAP op 18 november 2019. Na deze succesvolle test heeft de Letselschade Raad (de link naar) de enquête op 29 november 2019 verzonden aan al haar Platformleden, aan de besturen van GAV, WAA, NVMSR en het LRGD (Landelijk Register Gerechtigd Deskundigen), aan alle deelnemers aan de projecten en werkgroepen van De Letselschade Raad, waaronder het Verbond van Verzekeraars, aan alle contactpersonen uit het Register Letselschade, (voor een volledige lijst zie TVP 2022(2)).

Aan alle geadresseerden (244 e-mailadressen) werd tevens verzocht om de enquête zoveel mogelijk te delen binnen de eigen achterban of onder collega's te verspreiden met het verzoek om mee te werken aan de enquête. Met hoeveel personen de enquête uiteindelijk is gedeeld, is niet bekend. Het is derhalve niet mogelijk om te zeggen, hoe groot de groep ontvangers van onze enquête was, en wat het responspercentage precies is.

Omdat de werkgroep graag ook rechters wilde bevragen over hun ervaringen met de IWMD-vraagstelling werd contact gezocht met de Kenniscoördinator op het gebied van letselschade van de rechtspraak. Vanwege de zeer strenge restricties die binnen de rechtspraak aan wetenschappelijk onderzoek worden opgelegd, bleek het niet mogelijk om de IWMD-enquête ook aan rechters voor te leggen. Het voornemen was om in overleg met de Expertgroep Letselschade van de rechtspraak in een later stadium een vorm te zoeken voor (door ons onmisbaar geachte) input vanuit de rechtspraak.

De eerste, voorlopige reacties op deze enquête werden tijdens de NVMSR Themamiddag, met als onderwerp de vraagstelling aan de expert, gehouden op 7 december 2019 te Nijkerk gepresenteerd door Akkermans. Doel hiervan was de aanwezigen nader te informeren over het lopende project en een vehikel te zijn voor de discussie over de vraagstelling tussen de aanwezigen; bestaande uit het NVMSR-bestuur, NVMSR-leden, enkele advocaten (van beide zijden) en medisch adviseurs (idem). Hierbij werden aantekeningen gemaakt door Reitsma en zijn te vinden op de website van De Letselschade Raad.¹³ Deze aantekeningen werden door de werkgroep gebruikt tijdens de beraadslagingen over opties voor eventuele aanpassingen. Voorts werd er van de gelegenheid gebruik gemaakt om de aanwezigen te stimuleren om de enquête in te vullen als zij dat nog niet gedaan hadden. Ook tijdens de Algemene Ledenvergadering van de GAV op 23 januari 2020 werden de aanwezigen, wellicht ten overvloede, gewezen op de enquête en aangemoedigd die nog voor de sluitingsdatum in te vullen.

De online enquête stond open tot en met maart 2020, daarna werd deze gesloten. Daarna werden de reacties anoniem gebundeld en verwerkt in Excel-format. Een eerste rudimentaire inventarisatie vond plaats in het eerste kwartaal van 2020 door Akkermans, Reitsma en Blankers. Zoals gezegd heeft het project hierna enige tijd stilgelegen vanwege de corona-pandemie en personele problematiek. Begin 2021 werden door de werkgroep in een nieuwe samenstelling (Akkermans, Reitsma, Koudstaal en Van Arkel) de reacties van de enquête structureel geanalyseerd. Over de analyse van de enquête werd gediscussieerd en de leden van de werkgroep genereerden opties voor mogelijke aanpassingen ter verbetering van de vraagstelling. Er vond literatuurstudie plaats naar aanleiding van de suggestie om beperkingen te stellen volgens het ICF-model.

De enquête vragen:

1. Vanuit welke professionele hoedanigheid gebruikt u/uw organisatie de IWMD-vraagstelling? U mag meerdere antwoorden aankruisen. Jurist/advocaat, belangenbehartiger slachtoffer, aansprakelijke/risicodragende partij, medisch adviseur (namens slachtoffer), medisch adviseur (namens aansprakelijke partij), rechter/lid rechterlijke macht, onafhankelijke medisch expert (NVMSR-geaffilieerd), onafhankelijke medisch expert (anders geaffilieerd/zelfstandig), gerechtelijk deskundige.
2. Anders, namelijk:
3. Hoeveel werkervaring heeft u binnen de letselschade?
4. Hoe lang gebruikt u de huidige IWMD-vraagstelling?
5. Gebruikt u de IWMD-vraagstelling: altijd/meestal/soms/zelden/nooit?
6. Indien zelden of nooit, graag uw toelichting:
7. Indien u de IWMD-vraagstelling altijd, meestal of soms gebruikt; ook graag uw toelichting:
8. Vindt u de IWMD-vraagstelling een goed middel om de vergelijking tussen de situatie mét vs. zónder ongeval te maken?
9. Zo nee, waarom niet?
10. Kan middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat worden vastgesteld?
11. Indien (soms) niet, kunt u dit toelichten?
12. Indien u werkt als medisch adviseur of als expert; kunnen de situaties mét en zónder ongeval over het algemeen adequaat worden beoordeeld met de middelen (medische broninformatie, aanvullend beeldvormend onderzoek etc.) die u ter beschikking staan?
13. Zo nee, graag uw toelichting.
14. Indien u werkt als medisch adviseur; ervaart u problemen bij de verwerking van de antwoorden van de expert in uw adviezen?
15. Zo ja, welke problemen ervaart u, als medisch adviseur, dan specifiek bij die verwerking?
16. En wat zijn uw eventuele verbeter-suggesties voor dit probleem?
17. Indien u werkt als deskundige; wat vindt u van de huidige formulering van de vragen met voorafgaand een toelichting van de RMSR aanbevelingen?
18. Voor alle respondenten: Wat vindt u van de vragen over de beperkingen, te weten 1.g en 2.b, 2.e en 2.i? Zijn deze duidelijk? Geven ze aanleiding tot een heldere beantwoording? Licht toe a.u.b.
19. Voor alle respondenten: Wat mist u nog? Welke onderwerpen en/of vragen ontbreken nog in de vraagstelling?
20. Voor alle respondenten: Welke suggesties heeft u voor de verbetering van de IWMD-vraagstelling?
21. Voor alle respondenten: Heeft u nog andere op- en aanmerkingen?
22. Voor alle respondenten: Wilt u hierover eventueel benaderd worden? Zo ja, geef dan hieronder uw naam en contactinformatie.

Resultaten

Er waren 127 beantwoorde enquêtes. De gemiddelde tijd om te voltooien was 24:26 minuten. Van de respondenten waren 47 jurist of advocaat, 31 belangenbehartigers voor slachtoffers, 14 waren werkzaam bij de aansprakelijke c.q. risicodragende partij, 36 medisch adviseurs namens slachtoffers, 1 partijneutraal medisch adviseur, 24 medisch adviseurs namens aansprakelijke partij c.q. verzekeringsmaatschappij, 17 onafhankelijke experts NVMSR-geaffilieerd, 7 onafhankelijke experts anders geaffilieerd, 4 gerechtelijk deskundigen, 2 schade-experts (1 van een expertisebureau personenschade en 1 namens een aansprakelijke partij), en 1 rechter (op eigen titel, waarschijnlijk).

De grootste groep respondenten had meer dan 11 jaar ervaring in de letselschade (73%), verder resp. 6-10 jaar (17%) en 0-5 jaar (9%) (*vraag 3*). Eveneens de grootste groep (77%) gebruikt de huidige IWMD-vraagstelling sinds het begin; januari 2010. Zeventien procent sinds ongeveer 5 jaar, 4% sinds recentelijk en 2% had hem nog nooit gebruikt (*vraag 4*).

De meerderheid van de respondenten (67%) gebruikt de vraagstelling 'meestal'. Daarna volgt 24%, die hem 'altijd' inzet. Kleinere percentages antwoordden 'soms' (3%), 'zelden' (4%) of 'nooit' (2%) (*vraag 5*). Van degenen, die de vraagstelling zelden of nooit gebruiken, gaven 12 personen bij *vraag 6* een toelichting. Honderdzes personen gaven bij *vraag 7* een toelichting waarom zij de IWMD-vraagstelling altijd, meestal of soms gebruiken. Aangevoerde redenen om de IWMD-vraagstelling niet altijd te gebruiken waren o.a. dat deze ongeschikt is bij medische beroepsaansprakelijkheid, bij psychiatrische en verzekeringsgeneeskundige expertises, of onnodig bij simpele zaken. Drieëntachtig respondenten lichten toe, waarom zij de vraagstelling (soms) niet gebruiken; o.a. omdat het een juridisch instrument is, waarbij juridische causaliteit geen probleem is, maar medische wel, of dat er nog steeds discussie resteert, zeker bij niet-objectiveerbare klachten.

Dan in antwoord op *vraag 8*; de overgrote meerderheid, namelijk 75%, vindt de IWMD-vraagstelling een goed middel om de vergelijking tussen de situatie mét vs. zónder ongeval te maken, 19% vindt dat niet, 6% heeft geen mening.

Wanneer we uitsplitsen tussen juristen en medici bij *vraag 8*, blijken de *juristen* het meest enthousiast: van de 59 juristen die deze vraag hebben beantwoord, vindt de meerderheid; 52 (89%) de IWMD-vraagstelling een goed middel om onderscheid te maken. Vier juristen hebben geen mening, 3 vinden van niet.

De *medici* (de medisch adviseurs en de deskundigen samengenomen), zijn minder tevreden. Van de 62 medische respondenten vinden slechts 37 (59%) de IWMD-vraagstelling een goed middel om een vergelijking te maken tussen de situatie met en zonder ongeval. Eenentwintig vinden het geen goed middel. Twee medici hebben de vraag niet beantwoord, 2 van de medici hebben geen mening. Daarnaast zijn er 6 respondenten met zowel medische als juridische achtergrond: 5 daarvan vinden de IWMD-vraagstelling een goed middel om onderscheid te maken, 1 heeft geen mening.

De meerderheid van de bovenstaande respondenten die 'nee' antwoorden is medisch adviseur; 19 van de 21 (90%). Negen hiervan zijn medisch adviseur namens aansprakelijke partij (2 daarvan zijn ook deskundige), 7 zijn medisch adviseur voor belangenbehartiger, 3 medisch adviseurs voor zowel verzekeraar als belangenbehartiger en 2 zijn deskundigen.

In antwoord op *vraag 10*; 37% van de respondenten vindt dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat kan worden vastgesteld. 61% zegt: soms wel, soms niet en 2% zegt: nee. Wanneer we hier de reacties ook uitsplitsen tussen juristen en medici, zien we dat van de 59 juristen er 27 (46%) vinden dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat kan worden vastgesteld. De overige 32 vinden 'soms wel, soms niet' (54%). De medici zijn opnieuw minder tevreden: er antwoordden 17 'ja' (27%), 42 'soms wel, soms niet' (68%) en 3 'nee' (5%) op de vraag of de ongevalsgerelateerde schade adequaat vastgesteld kan worden middels de huidige vraagstelling.

Van de 6 respondenten met zowel juridische als medische achtergrond antwoordden er 3 dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade wel kan worden vastgesteld; 3 ervan antwoordden 'soms wel, soms niet'.

Op *vraag 11*, 'Indien (soms) niet, kunt u dit toelichten?' kwamen 69 opmerkingen; onder andere stelden respondenten, dat er ook na expertise regelmatig nog wel ruimte voor discussie, zeker bij niet objectiveerbaar letsel, blijft, of dat de medische beoordeling een andere is dan de juridische.

Vraag 12 was specifiek voor respondenten werkzaam als medisch adviseur of als expert; namelijk of de situaties mét en zónder ongeval over het algemeen adequaat kunnen worden beoordeeld met de middelen (medische broninformatie, aanvullend beeldvormend onderzoek etc.) die ter beschikking staan. Hierop zegt "Ja" 66%, "nee" vindt 34%. Toelichting bij *vraag 13* resulteerde in 33 antwoorden.

In antwoord op vraag 14 stelt 51% van de medisch adviseurs bij de verwerking van de antwoorden van de expert in hun adviezen problemen te ervaren en 49% niet. De problemen die de helft van de medisch adviseurs dan ervaren komen bijvoorbeeld voort uit verondersteld onbegrip van experts over de voorgelegde vragen of het concept definitieve eindsituatie, dat de conclusies van de expert niet goed te volgen zijn, of dat de expert van de juridische consequenties van vraag 2 (de situatie zonder ongeval) onvoldoende besef lijkt te hebben.

Ten aanzien van de eventuele verbeter-suggesties, vraag 16, gaven 38 respondenten hun suggesties: *'vraag ook naar de situatie zonder ongeval buiten het eigen vakgebied' / 'toelichting wijzigen, hierin duidelijk aangeven dat de expert, als hij geen diagnose op zijn vakgebied kan stellen, deze vraag niet kan beantwoorden.'* / *'minder vaag, meer medisch to-the-point'* / *'vraag anders te formuleren en definitieve eindsituatie eruit te laten. Vragen naar risico's/kwade kansen voor de toekomst en toelichten waarom wel/niet.'* / *'experts: conclusies beter onderbouwen en inconsistenties benoemen. Zorg daarnaast dat ze beter op de hoogte zijn van de impact van hun rapport, niet alleen op het individu, maar ook op de maatschappij, bv. in het kader van verzekeraarbaarheid van cliënten.'* / *'percentage functionele invaliditeit erbij'* / *'neem standaard de vraag op of het slachtoffer akkoord is met het beschikbaar stellen van het expertiserapport aan de schade-expert/behandelaar. Equality of arms. Er wordt geregeld selectief en buiten de context geciteerd uit rapporten.'* / *'heel gerichte maatwerk vraagstelling aan de expert voorleggen: welke beperkingen zijn plausibel op grond van het opgelopen letsel en welke ten dele of niet? Welk klachtenbeeld is typisch voor de gestelde diagnose? Welke lichaamsfuncties zijn aangedaan en in welke mate? etc.'* / *'via huisarts volledige voorgeschiedenis en thuismedicatie opvragen'* / *'specialist moet het algemeen functioneren voor het ongeval beschrijven zoals dat staat in de ontvangen medische informatie en/of wordt aangegeven bij anamnese, niet alleen op zijn vakgebied.'* / *'vraag 2a: Zijn er concrete aanwijzingen dat client in de hypothetische situatie soortgelijke klachten (met/of zonder afwijkingen op uw vakgebied) zou hebben ontwikkeld?'*

Overige opmerkingen bestonden uit: *'de onafhankelijkheid van de deskundige moet beter worden gewaarborgd / beperkingen niet enkel op basis van de AMA of richtlijnen duiden maar in vragenlijst ook expliciet vragen naar de aannemelijke beperkingen / duidelijker maken welke invloed de richtlijnen van de vakverenigingen hebben op de bepaling van BI en beperkingen (deze niet wetenschappelijk) / aandacht nodig voor de modernste inzichten en technieken; richtlijnen e.d. lopen vaak jaren achter / geen partij medisch adviseurs betrekken bij "opleiding" van NVMSR deskundigen of twee totaal verschillende partijen laten meedoen, 'niet onder de noemer van de GAV doen alsof dat alle visies zijn binnen medisch adviseurs in letselschade (hetgeen totaal niet zo is).'*

Voor degenen die werken als deskundige was er vraag 17, of de huidige formulering met voorafgaand een toelichting van de RMSR aanbevelingen nuttig is; 61% vindt dat wel een nuttige toevoeging.

Ten aanzien van vraag 18 over de beperkingen, te weten 1.g en 2.b, 2.e en 2.i; *'Zijn deze duidelijk? Geven ze aanleiding tot een heldere beantwoording? Licht toe a.u.b.'* antwoordden 108 respondenten onder meer: *'ja, enkel met WAD e/o niet objectieverbaar letsel als uitzondering / 'hangt af van expert ("goede"/"slechte" experts)/iedere expert beantwoordt anders' / 'niet duidelijk / te summier / niet adequaat genoeg / te vaak verwarring / doorgaans klopt er weinig van de beperkingen / overbodig / worden niet, niet duidelijk of fout beantwoord / zeer onduidelijk (onderscheid tussen ongevalsgevolg en beleving) / te weinig onderscheid tussen ongevalsgerelateerde en ongevalsvreemde beperkingen e/o tussen beperkingen volgens slachtoffer en geobjectiveerde beperkingen / het gaat immers om de beperkingen zonder ongeval i.p.v. vóór ongeval / moeten ruimer worden beschreven, bijv. duurbepanking erbij e/o impact van pijn / beperkingen volgens FML format invullen en opstellen' / 'alleen beperkingen op eigen vakgebied duiden / "op uw vakgebied" is te beperkt / ICF-methode moet gevolgd worden / beperkingen te beperkt weergegeven, "lijstje afgevinkt" / onvoldoende besef belang beperkingen / te weinig inhoudelijk onderbouwd / beperkingen veelal beschreven op basis van richtlijnen vakvereniging, niet gebaseerd op wetenschap noch duidelijk gebaseerd op enige klinische ervaring' / 'specialisten moeten juist helemaal geen beperkingen stellen e/o FML invullen (= taak verzekeringarts-medisch adviseur) / klinisch werkzame artsen niet erg vertrouwd met denken in beperkingen, meer iets voor verzekerings- en bedrijfsartsen.'* / *'beperkingen dienen in een bepaalde context te worden gezien en beoordeeld. De werkelijkheid is veel complexer dan u denkt.'*

Vervolgens vraag 19; *"Wat mist u nog? Welke onderwerpen en/of vragen ontbreken nog in de vraagstelling?"* Hierop antwoordden 73 personen: *'helder taalgebruik / bij vraag 2 de splitsing tussen klachten zonder ongeval en afwijkingen zonder ongeval / duidelijke verschillen over de beperkingen zonder ongeval en met ongeval naar huidige situatie én toekomst. Vaak is er veel overlap in beperkingen / de mate van blijvende invaliditeit en dat zou wel (weer) gewenst zijn / vraag de expert om bij het duiden van de beperkingen het ICF-model te hanteren (ook de basis van AMA 6) en daarmee ook rekening te houden met de impact van pijn of moeheid op de belastbaarheid / welke beoordeling van klachten en beperkingen die cliënt heeft vallen buiten uw vakgebied / (lieft recente) literatuurverwijzing / concretere vragen stellen / welke beperking medisch causaal kunnen worden verklaard / vindplaats toevoegen: "kunt u daarbij aangeven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anamnese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier?"'*

De antwoorden op vraag 20 ‘Welke suggesties heeft u voor verbetering van de IWMD-vraagstelling?’ kwamen 66 reacties, die de werkgroep tevens heeft meegenomen in haar overwegingen. Op vraag 21 ‘Heeft u nog andere op- en aanmerkingen?’ kwam onder meer de suggestie van het gebruiken van de ICF-methodiek bij de expertisebeoordeling en het verzoek om de vraag naar het percentage BI terug te laten komen. Vraag 22 was een uitnodiging om contactinformatie achter te laten om eventueel benaderd te worden; 39 personen namen die aan. Deze personen werden eind 2021 uitgenodigd om deel te nemen aan de expertmeeting, die echter om inmiddels bekende redenen werd geannuleerd.

Tijdens de VG-dagen op 4 november 2022 werd er tijdens een parallel sessie gehouden, waarin ons abstract van het TVP-artikel én met name het discussie document met erin onze opties voor mogelijke aanpassingen werden gepresenteerd. Naar aanleiding van dat discussie document kwamen nog enkele aanvullende opmerkingen van vier aanwezige medici (verzekeringartsen / medisch adviseurs):

‘Vragen naar algehele gezondheidstoestand (buiten vakgebied deskundige) verplaatsen naar vraag 3 om verwarring deskundige te voorkomen / Vraag naar BIGP op 2 plaatsen om de systematiek van huidige situatie, en situatie zonder ongeval te handhaven / Bij vraag 2 en alle sub-vragen daarvan, daar waar nu ‘klachten en/of afwijkingen’ staat, een splitsing maken, dus apart vragen naar (objectiveerbare) afwijkingen zonder ongeval en daarna vragen naar klachten zonder ongeval. Namelijk, omdat voor het onderbouwen van een medisch causaal verband (wat toch de kern is van de expertise) er sprake moet zijn van medisch objectiveerbare ongevalsgerelateerde afwijkingen. Daarom moet je aan de expertisearts expliciet vragen of er zonder ongeval afwijkingen zijn. Nu wordt er gevraagd naar afwijkingen en/of klachten zonder ongeval en wordt er vaak door de expertisearts geantwoord dat er zonder ongeval geen klachten zouden zijn geweest. In bepaalde casus (bijv. whiplash), waarbij er geen objectiveerbare afwijkingen zijn vastgesteld, wordt dan snel de conclusie getrokken dat de klachten dus ongevalsgevolg zijn, terwijl er dan geen onderbouwing is voor een medisch causaal verband. Tweede argument is dat het duidelijker maakt dat er een verschil is tussen de klachten die betrokkene ervaart en de (eventuele) afwijkingen die kunnen worden vastgesteld / Bij vraag 2.c, de situatie zonder ongeval, graag het woordje “huidige” verwijderen, omdat dit verwijst naar de klachten die op dit moment aanwezig zijn. Deze huidige klachten zijn immers al in kaart gebracht in vraag 1. De bedoeling van deze vraag 2 is immers, dat ook in kaart wordt gebracht of iemand beperkt was in de situatie het ongeval weggedacht, in zijn volledigheid. Bovendien doet het woord ‘huidige’ geen recht aan de vraag naar de hypothetische situatie het ongeval weggedacht, omdat dit zal worden opgevat dat een expert alleen maar een uitspraak mag doen over de huidige klachten in de hypothetische situatie zonder ongeval (de

respondent gaf hierbij enkele voorbeelden) / Klachten alleen geven geen aanleiding tot het stellen van beperkingen, afwijkingen wel. Bij subvragen 2.c, 2.d en 2.e kan de term ‘klachten’ dus eigenlijk wel worden verwijderd omdat ze geen consequenties hebben.’

Discussie

Onze enquête werd ingevuld door een groep van met name (zeer) ervaren professionals, werkzaam in de letselschade branche, van diverse achtergronden, waarbij, voor zover te beoordelen, degenen werkzaam voor slachtoffers oververtegenwoordigd waren t.o.v. diegenen die voor de aansprakelijke partij werken (67 respondenten vs. 41 respondenten). De verdeling juristen vs. medici die hadden meegedaan was ongeveer gelijk; resp. 89 vs. 88 respondenten. De werkgroep acht dit een representatieve vertegenwoordiging van de gebruikers van de vraagstelling.

Omdat onbekend is hoeveel personen de link naar de online enquête uiteindelijk hebben ontvangen, kon de response-rate niet worden berekend. Hiernaar kan alleen worden geschat; indien alle 244 origineel geadresseerden de link hypothetisch naar 2-4 collega's doorstuurden, ontvingen mogelijk rond 732 tot 976 personen de enquête. Met 127 antwoorden is dan een response-rate van schatterderwijs rond 13% à 17%; niet erg hoog. Van de respondenten namen veel mensen echter wél de moeite om hun antwoorden toe te lichten; door specifieke problemen te signaleren en door suggesties te doen voor mogelijke verbeteringen van de vraagstelling. Van de 127 respondenten waren 39 personen (30%) bereid om hun contactinformatie te geven om hierover te worden benaderd. Ook dat toont betrokkenheid.

Over het algemeen zijn de meningen over de huidige IWMD-vraagstelling positief; de huidige IWMD-vraagstelling versie januari 2010 wordt heel veel gebruikt binnen de letselschade om de medische voorwaarden voor afwikkeling te kunnen bepalen. De meeste professionals werkzaam in deze branche gebruiken deze versie sinds de verschijning ervan en in verreweg de meeste gevallen tot tevredenheid. De IWMD-vraagstelling is zoals gezegd de norm geworden.

Deze tevredenheid is evenwel niet homogeen, zoals blijkt uit de verschillende reacties van juristen en medici op de vragen 8 en 10. Het daaruit blijvende geringe enthousiasme van medisch adviseurs is in lijn met hun antwoorden op de vragen 14 t/m 16. Uit vraag 14 blijkt bijvoorbeeld, dat meer dan de helft van de medisch adviseurs problemen ervaart met de verwerking van de antwoorden van de expert in hun adviezen. Specifieke problemen en mogelijke verbeteringsuggesties daarvoor werden door 30 medisch adviseurs gegeven.

Een verklaring voor het verschil in waardering door juristen en medici zou erin gelegen kunnen zijn, dat voor de juristen de noodzaak van de systematiek van de IWMD-vraagstelling (de 'indirecte' aanpak) in het algemeen makkelijker inzichtelijk is, dan voor medici. Dat deze vanuit medische optiek wellicht niet altijd als geheel passend wordt ervaren, blijkt ook uit het feit, dat al voordat we onze enquête inzetten, met name vanuit medici verzoeken en suggesties voor aanpassing kwamen (zie de notities van de NVMSR),¹⁴ zelfs al op kleine schaal werden ingevoerd (zie de reacties op de enquête),¹⁵ en dat nadien, buiten de enquête om, een alternatieve vraagstelling is vervaardigd door de VEMAS.¹⁶

Voor- en nadelen zoals aangegeven door de respondenten hebben we uitgebreider besproken in ons manuscript in TPV. Hiervoor verwijzen we naar dit manuscript.

Gezien deze uitkomsten zijn wij van mening dat de aanpassingen van de IWMD-vraagstelling met name gericht moeten zijn op het begrip van de medici. Immers, de vraagstelling is destijds opgesteld als juridisch document en als zodanig is het vanuit medische optiek niet ideaal; de verwoording is niet overall medisch 'kloppend' en de opzet kan als omslachtig en ondoorzichtig worden ervaren, waardoor er ruimte ontstaat voor onjuiste gevolgtrekkingen. Ons inziens zouden de veranderingen juist de medici behulpzaam moeten zijn bij het beter beantwoorden (door de experts) en verwerken (door de medisch adviseurs) van de vragen. Hiermee zou de formulering van de medische voorwaarden voor afwikkeling eenvoudig moeten kunnen worden. Zo zal voor alle gebruikers, incl. juristen zoals schadebehandelaren, schaderegelaars, huisadvocaten, belangenbehartigers en uiteindelijk rechters, de kwaliteit van het expertiserapport verbeteren.

Opties voor mogelijke aanpassingen

Aan de hand van de analyses van de enquête en met name door de soms gedetailleerde toelichtingen van de respondenten hebben wij getracht aanknopingspunten te identificeren voor verbetering van de IWMD-vraagstelling. De werkgroep heeft zich er daarom aan gewaagd om alvast wat opties te inventariseren voor mogelijke aanpassingen. Dit zijn géén voorstellen voor daadwerkelijk door te voeren wijzigingen. Bij gebrek aan een zorgvuldig georganiseerde discussie met alle relevante partijen in het veld kunnen de door ons geïdentificeerde opties daar absoluut niet 'rijp' voor worden geacht. Het zijn opties voor eventuele aanpassingen en niet meer dan dat. Wij geven ze hier om verdere discussie te faciliteren. De gedachte daarachter is dat alleen de weergave van de uitkomsten van de enquête

als zodanig, onvoldoende aanknopingspunten zou bieden voor een ordentelijke discussie over herziening van de vraagstelling.

De door ons geformuleerde opties zijn samengevoegd in het hier gepresenteerde concept. Hierin hebben wij getracht om de gemelde problemen zo goed mogelijk te remediëren, waaronder middels uitgebreidere toelichtingen, toevoegen van meer gerichte vragen en aanbrenge van nuance waar nodig.

Enkele van de ervaren problemen werden volgens onze respondenten veroorzaakt door: verschillende denkkaders (medisch adviseur verzekeraar vs. medisch adviseur slachtoffers), onduidelijkheid over mogelijke pre-existentie, onvolledige bronnen o.a. door incomplete of achtergehouden medische informatie, tegenwerkende belangenbehartigers, ontbrekende informatie over de voorgeschiedenis of de situatie zonder ongeval, het niet zelf zien van betrokkene en tot slot het ontbreken van klinische ervaring.

De werkgroep denkt dat niet alle hier aangedragen problematiek is op te lossen middels het reviseren van de vraagstelling. Basiswaarden als transparantie, neutraliteit, professionaliteit en equality of arms zijn hier de kernprincipes die dienen te worden nageleefd door alle partijen. Wat wel verbeterd kan worden is de ontbrekende/onvolledige informatie; het was al zo dat een expert zelf aanvullende medische gegevens mocht opvragen indien nodig. Een optie is om dit nogmaals duidelijk aan te geven in bijvoorbeeld de Algemene Toelichting (zie ook boven en het discussie document).

Door meerdere respondenten wordt genoemd dat toekomstige risico's niet altijd benoemd worden. Er wordt geadviseerd de vragen naar risico's en kwade kansen beter toe te lichten. Denk hierbij aan aanwezigheid van osteosynthesemateriaal of posttraumatische epilepsie na schedel-hersenletsel.

Naar aanleiding van vraag 18 over de beperkingen wordt door meerdere respondenten opgemerkt dat niet alle deskundigen goed met deze vraag om weten te gaan. Er worden door vijf respondenten suggesties gedaan voor gebruik van het biopsychosociale model c.q. ICF-methode van de WHO. Beantwoording blijkt extra lastig bij moeilijk objectiveerbaar letsel, WAD en bijv. pre-existente artrose. Een opmerking van een respondent daarover: *"De beperkingenvragen zijn helder, maar de deskundigen moeten m.i. beter worden geïnstrueerd wat de opdrachtgever wil weten en hoe dat het best kan worden beschreven én toegelicht/onderbouwd."*

De werkgroep lijkt het niet wenselijk dat elke

expertise gevolgd zou moeten worden door een aanvullende verzekeringsgeneeskundige expertise, alleen om de beperkingen te definiëren. De medisch adviseur, indien deze verzekeringsarts is, zou hierin wel een verhelderende rol kunnen spelen, om de door de expert geduide blijvende beperkingen in een beperkingenprofiel te vertalen.

Bij het beschrijven van beperkingen is gezien de resultaten van de enquête ruimte voor verbetering. Het lijkt ons een goede suggestie om een wetenschappelijke, evidence based beschrijving van beperkingen te gebruiken. Temeer omdat de AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, die in Nederland regelmatig gebruikt wordt, ook gebaseerd is op het ICF-model. Voor zover wij weten, is er geen klinisch toepasbaar kader in de Nederlandse taal beschikbaar op alle vakgebieden. Binnen de sociale geneeskunde is er recent wel een instrument ontwikkeld, bestemd voor een betere communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen enerzijds en verzekeringsartsen van het UWV anderzijds, dit in het kader van de Wet verbetering poortwachter. Dit zgn. BAR-instrument (Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie) is gebaseerd op het ICF-classificatie systeem en zal de komende vier jaar wetenschappelijk getoetst worden door het Amsterdam UMC en het UMCG.¹⁷ De werkgroep zal dit onderzoek en de uitkomsten ervan met belangstelling volgen, aangezien de BAR mogelijk ook voor de private verzekeringsgeneeskunde een interessant instrument zou kunnen blijken. Wij hopen dat de suggestie van het verbeteren van beschrijving van beperkingen ook opgepakt zal worden door anderen: zoals de NVMSR, de WIANOV van de NOV en de NVN. Ontwikkeling van een evidence based en reproduceerbaar systeem, bijvoorbeeld gebaseerd op ICF, zou in overweging kunnen worden genomen.

Ook kwam vaak de suggestie naar voren om het percentage blijvende invaliditeit weer toe te voegen aan de IWMD-vraagstelling. Eventueel een percentage blijvende invaliditeit vs. de situatie zonder ongeval. Bij de revisie van 2010 is deze vraag bewust naar het optionele gedeelte verplaatst.¹⁸ Verder deden enkele respondenten (n=2) een suggestie van een disclosure statement als standaard. De onderzoeksgroep van de VU heeft in 2003 een model voor een disclosure statement gepubliceerd.¹⁹ Dat model is in de rechtspraak verschillende keren toegepast, maar stuitte bij de medisch specialisten wel op verzet. De werkgroep betwijfelt of hernieuwd op het gebruik van een disclosure statement zou moeten worden ingezet, omdat wij niet of nauwelijks van problemen horen met het niet onthullen of onbekend zijn van affiliaties van experts. Bovendien bieden de vigerende richtlijnen van de beroepsgroepen (NVvN,

RMSR) de nodige aanwijzingen betreffende de noodzakelijke onpartijdigheid en neutraliteit van de expert. Voor expertises in de context van medische aansprakelijkheid zou dit anders kunnen liggen; een geraadpleegde deskundige kan immers beter geen directe collega dan wel anderszins nauw contact van de aansprakelijk gestelde arts zijn om een voldoende neutraal oordeel te kunnen geven over diens handelen.

Meerdere respondenten geven aan dat de IWMD-vraagstelling niet goed toepasbaar is bij een vermeende medische fout. De IWMD-vraagstelling was hiervoor ook nooit bedoeld. De werkgroep stelt wel vast dat er behoefte is aan een dergelijke vraagstelling. Deze behoefte is destijds ook onderwerp geweest van beraadslagingen van de IWMD. De onderzoeksgroep van de VU heeft in 2009 over de uitkomsten daarvan een artikel gepubliceerd.²⁰ Het schijnt dat binnen de Expertgroep Personenschade van de rechtspraak deze kwestie inmiddels is opgepakt.²¹

Uit de antwoorden blijken ook pessimistische verwachtingen: er zijn respondenten die niet verwachten dat er met aanpassingen tot een goede vraagstelling gekomen zal worden. Er zijn respondenten die aangeven niet meer met GAV verzekeringsartsen te werken, maar een veel breder veld te raadplegen. Een enkeling vindt de GAV-vraagstelling juist beter.

Tot slot willen wij nog een optie meegeven ten aanzien van de aan de betrokkene te adviseren beperkingen vanuit een preventief oogpunt.

Het vervolg

Zoals gezegd zijn de volledige resultaten van de enquête, de hier geformuleerde opties voor revisies en andere relevante documenten te raadplegen op de website van De Letselschade Raad. Daarnaast proberen wij via de website van De Letselschade Raad een mogelijkheid te creëren om inhoudelijk te reageren op de suggesties en ook om te inventariseren hoe revisie voort zou kunnen gaan.

Wij als leden van de werkgroep zien uit naar reacties op deze GAVScoop publicatie van jullie als collega medisch adviseurs van beide 'bloedgroepen'. Met constructieve inbreng van beide 'gezindten' zal de komende versie van de IWMD-vraagstelling een beter werkzaam instrument kunnen worden. Een verbeterde IWMD-vraagstelling is voor alle betrokken partijen, niet in de laatste plaats voor de slachtoffers die de onafhankelijke expertises ondergaan, ons inziens een gunstige ontwikkeling.

(www.gavscoop.nl/appendix-koudstaal2022)

Referenties:

1. Zie A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2009 p 33-40.
2. Zie A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak, TVP 2005, p. 69-80. De vraagstelling werd destijds – in diverse stadia – gepubliceerd op de (thans niet meer bestaande) website van de IWMD evenals (althans de versie van december 2004) in het PIV-Bulletin 2005, nr. 2, p. 11 bij het artikel van Chr.H. van Dijk, Ontwikkelingen ten aanzien van de zoektocht naar de juridische causaliteit tussen klachten en ongeval, PIV-Bulletin 2005, nr. 2, p. 8-10.
3. Zie A.J. Akkermans & A.J. Van, De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen, TVP 2002, p. 57-61; A.J. Van, Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?, TVP 2003, p. 105-110; A.J. Akkermans, Causaliteit bij letselschade en medische expertise, TVP 2003, p. 93-104.
4. Zie onder andere J.L. Smeehuijzen, Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een ‘disclosure statement’, TVP 2003, p. 126-129; M.H. Elferink, Aanbeveling voor de procedure voor een medisch deskundigenbericht, TVP 2005, p. 40-48; A.J. Akkermans, L.G.J. Hendrix en A.J. Van, De vraagstelling voor expertises in medische aansprakelijkheidszaken, TVP 2009, p. 89-99.
5. Zie A.J. Akkermans, M.H. Elferink & A.J. Van, Verbetering van het medische traject. De activiteiten van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging en de IWMD, TVP 2005, p. 116-121.
6. Zie A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van, G. de Groot, Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?, GAVscoop 2011, nr. 1, p. 5-10.
7. Zie A. Wilken & A.J. Akkermans, De Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade. Enkele hoofdlijnen van totstandkoming, opzet en inhoud, TVP 2012, p. 1-9; A. Wilken, Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Verslag van een juridisch handelingsonderzoek, Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2015.
8. Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>
9. Voor een goed begrip is het behulpzaam om voor ogen te houden dat bepaalde stappen in de betreffende beoordeling onder omstandigheden zowel kunnen worden benaderd als een causaliteitsvraag evenals als een vraag van schadeberekening. Zie A.J. Akkermans, Causaliteit bij letselschade en medische expertise, TVP 2003, p. 93-104.
10. Zie <https://nvmsr.nl/publicaties/>
11. Alle beschikbare informatie is te vinden op de website van De Letselschade Raad. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
12. Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>
13. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
14. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
15. Te raadplegen op <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
16. De VEMAS-vraagstelling is te downloaden op <https://www.vemas.nl/richtlijnen-protocollen/>
17. Zie D. Wieman, W. Otto, BAR 1.0: een goede start. TBV 2022, nr. 1-2, jaargang 30, pg. 10-13.
18. Zie A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2009 p 33-40.
19. Zie J.L. Smeehuijzen, Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een ‘disclosure statement’, TVP 2003, p. 126-129.

Ons stressresponsstelsel: de risico's van aanhoudend aanstaan

A. Fleming*

Ons stressresponsstelsel bestaat uit vier pijlers: het immuunsysteem, het pijnsysteem, de emotionele huishouding en de energiehuishouding.¹ Dit integraal werkende systeem coördineert alle reacties in ons brein en lichaam op (dreigend) gevaar. Het is erop gebouwd om kortdurend aan te staan. Kijk maar naar de natuur: daar duren bedreigingen niet lang.

Een antilope die door een leeuw wordt opgemerkt, is binnen de kortste keren *winner of dinner*, zoals de Engelsen dat zo mooi zeggen. Ze ontspringt de dans of wordt opgepeuzeld. Lukt het de antilope om terug te keren naar de kudde, dan kan de stressrespons in intensiteit gaan afnemen. De angst die ervoor zorgde dat haar longen sneller gingen uitzetten en haar hart sneller ging kloppen, om zuurstofrijk bloed naar haar spieren te kunnen pompen zodat ze hard kon rennen en zo nodig van zich af kon trappen, kan nu verminderen (emotionele respons).

Nu de antilope in veiligheid is, zal haar brein pijn gaan genereren op de plekken met weefschade, bijvoorbeeld wanneer zij tijdens haar vlucht doornstruiken heeft geschampt (pijnrespons) – maar niet langer dan nodig is om de betreffende lichaamsdelen te ontzien en te laten herstellen.² Hetzelfde geldt voor gevoelens van vermoeidheid en uitputting: ook deze zal zij niet langer voelen dan nodig is om te recupereren (respons van de energiehuishouding).

Last but not least, zodra de antilope in veiligheid is, stort het immuunsysteem zich op het onschadelijk maken van eventuele indringers, zoals vuil in opgelopen schrammen (immuunrespons). Zijn deze indringers onschadelijk gemaakt, dan neemt de immuunrespons weer af tot het basishoorniveau. Tot de volgende bedreiging zich aandient. Dan

begint de activatie van alle onderdelen van het stressresponsstelsel opnieuw, van begin tot eind. En in dat laatste woordje zit 'm de crux.

Ging het bij ons mensen ook maar altijd zoals bij de antilope die de aanval van een leeuw heeft overleefd. Als zogenaamd hoogste diersoort zijn wij helaas in staat een aanhoudende stressrespons te ontwikkelen. 'Ik sta altijd aan', is de omschrijving die het meest wordt gebruikt om aan te geven hoe dit voelt. Het gaat hierbij om een innerlijke staat die ook ervaren kan worden als iemand ogenschijnlijk rustig op de bank zit of in bed ligt. 'Ik kan mij niet ontspannen', wordt ook vaak genoemd.

Er zijn maar een paar andere, hoogontwikkelde zoogdieren die ons dit nadoen: walvissen, dolfinnen, mensapen en olifanten.^{3,4} Zij kunnen bijvoorbeeld net als mensen PTSS ontwikkelen (een posttraumatische stressstoornis als reactie op zeer ingrijpende en schokkende levensgebeurtenissen). Daarbij staat het stressresponsstelsel voortdurend op scherp. PTSS na schokkende, ingrijpende levensgebeurtenissen komt vaak voor bij mensen die te kampen hebben met aanhoudende pijn en/of uitputting – helaas veel vaker dan in de huidige praktijk wordt signaleerd, gediagnosticeerd en behandeld.

Bij een langdurig aanhoudende stressrespons gaat het meestal om een optelsom van mentale en lichamelijke 'bijdragers'. Sinds de Verlichting (18e eeuw), of om precies te zijn al sinds Plato (2400 jaar geleden) heeft de Westerse mens een onderscheid gemaakt tussen lichaam en geest op een manier die gewoonweg onhoudbaar is gebleken op grond van de nieuwste wetenschappelijke inzichten. Ons autonome brein pikt mentale en lichamelijke vormen van gevaar en overbelasting op als even bedreigend en beide dragen evenzeer bij aan de stressrespons die 'top-down' door het brein wordt gegenereerd in ons lichaam. Dit strookt met geheel nieuw onderzoek naar de grote overlap in hersengebieden die te maken hebben met het genereren van sociale pijn en lichamelijke pijn. Deze overlap wordt vooral gevonden in een hersenstructuur genaamd de cortex cingularis anterior dorsalis (afgekort: dACC).⁵

* Annemarieke Fleming, MA, PostMSc
Gezondheidszorgpsycholoog bij Reade
Hoofddocent Psyche & Soma en jaargroepopleider bij RINO
Thema-expert psychosomatiek en cursusleider NPi
Spreker en docent CRKBO
Bestuurslid NALK
Auteur van *Pijn & het brein* (Prometheus 2016, 15e druk 2021) en *Je vermoeidheid te lijf* (Fontaine, mei 2022)

Stress, of die nu van lichamelijke of mentale aard is, is helemaal niet per definitie ongezond. Op de korte termijn zijn ons brein en lichaam heel goed in staat met stressoren te dealen. Alle pijlers van het stressresponsstelsel presteren dan optimaal. We noemen dit 'adaptatie' of 'gunstige aanpassing'. Zie het bovenste deel van afbeelding 1. Kortdurende stress zorgt ervoor dat ons hele systeem grote inspanningen kan leveren en daarbij letterlijk en figuurlijk weet te overleven (een infectieziekte; een botbreuk, een spannende presentatie voor een groep, het waken bij een dierbare). Het is een geweldig systeem; het kón haast niet beter.

De stressrespons wordt pas ongezond als deze te lang achtereen aanhoudt. Het brein probeert dan aanpassingen door te voeren alsof het om een acute situatie gaat, maar op de lange duur zijn deze aanpassingen niet meer adaptief. Ze hebben juist een averechts effect. Dit is geen bewuste keuze van het brein. Soms kan het helpen ons dit te realiseren. Niet alleen wanneer we persoonlijk te maken hebben met een dergelijke gezondheidssituatie, maar zeker ook wanneer we beroepsmatig te maken hebben met mensen in zo'n situatie en al helemaal wanneer deze afhankelijk zijn van onze inzichten, ons advies en ons oordeel.



Afbeelding 1: De vier pijlers van het stressresponsstelsel.⁶

Bij een aanhoudende stressrespons doet het autonome brein zijn uiterste best de balans te herstellen, maar het kan daarin doorschieten en foute beslissingen maken – namelijk alsof het om een acute situatie gaat. Het sympathische zenuwstelsel blijft in dat geval maar actief en het parasympathische zenuwstelsel – de rust/reparatie/herstelmodus – komt niet of nauwelijks aan bod. Een dergelijke doorgeschoten reactie in de

vorm van een aanhoudende stressrespons noemen we 'maladaptatie', ofwel 'ongunstige aanpassing'. Zie het onderste deel van de afbeelding. Bij de één manifesteert zich deze ongunstige aanpassing in eerste instantie meer op de ene pijler, bij de ander op de andere pijler. En als zo'n ongezonde situatie maar lang genoeg voortduurt, dan gaan op den duur meestal alle pijlers meedoen.

Nu is het niet zo dat iedereen evenveel kans loopt op het ontwikkelen van een langdurig aanhoudende stressrespons op een nieuwe trigger, of die nu van fysieke of mentale aard is. De (grote) groep mensen, die al eerder in het leven herhaald of structureel in stressvolle situaties heeft verkeerd, laat statistisch een duidelijk verhoogd risico hierop zien. Met name wanneer deze omstandigheden zich hebben voorgedaan in de periode waarin hun centrale zenuwstelsel nog in ontwikkeling was: van prenataal tot in de jongvolwassenheid.

Herhaalde blootstelling aan acute stressoren – of deze nu van fysieke aard zijn, zoals virusinfecties of ondervoeding, of van mentale aard, zoals psychosociale narigheid – leidt tot aanhoudende stress. En aanhoudende stress maakt het individu vatbaar voor het ontwikkelen van een verhoogde stressrespons die blijkt te kunnen voortduren en retriggerd kan worden, zelfs nadat de oorspronkelijke stressbronnen inmiddels tot de verleden tijd behoren.⁷ Dit gebeurt met name wanneer de initiële blootstelling plaatsvindt in de kindertijd en adolescentie, wanneer het lichaam, het brein en het centrale zenuwstelsel nog volop in ontwikkeling zijn.

Het meest grootschalige en invloedrijke werk op dit gebied is afkomstig uit de wereldberoemde ACE studies. In dit project met ruim 13.000 volwassen deelnemers werd de impact van zogenaamde ACEs onderzocht.⁸ ACEs zijn *Adverse Childhood Experiences* ofwel ongunstige ervaringen in de kindertijd zoals hieronder genoemd. Over de invloed hiervan wordt steeds meer en in steeds breder verband gepubliceerd. Aan alle deelnemers werd gevraagd of ze vóór hun achttiende jaar blootgesteld waren aan één of meerdere van de volgende ongunstige ervaringen:

- > lichamelijke mishandeling
- > emotionele mishandeling
- > seksueel misbruik
- > alcoholmisbruik binnen het gezin van herkomst
- > drugsmisbruik binnen het gezin van herkomst
- > echtscheiding of stuklopen partnerrelatie ouders/ verzorgers
- > getuige zijn van huiselijk geweld
- > geestesziekte binnen het gezin van herkomst
- > gevangenisstraf van een lid van het gezin van herkomst

Er blijken verbanden te kunnen worden aangetoond tussen het meemaken van ACEs en het wel of niet ontwikkelen van auto-immuunziekten. Vrouwen die aangeven twee of drie ACEs te hebben meegemaakt hebben een duidelijk groter risico een auto-immuunziekte te ontwikkelen dan vrouwen die geen enkele ACE rapporteren.⁹ Voor elke extra gerapporteerde ACE (>3) stijgt de kans op ziekenhuisopname voor auto-immuunziekten in de volwassenheid voor vrouwen met 20% en voor

mannen met 10%.¹⁰ Een andere studie toont aan: hoe meer doorgemaakte ACEs hoe groter het risico op het ontwikkelen van reumatoïde artritis.¹¹ Uit een meta-analyse van 18 studies naar kanker blijkt eveneens een correlatie tussen een verhoogd risico bij mensen met twee of drie ACEs, vergeleken met mensen die in de kindertijd niet met ACEs te maken hebben gehad.¹² En ook bij hart- en vaatziekten blijkt er sprake te zijn van een dosis-afhankelijke relatie; deze ziekten komen twee tot drie keer vaker voor bij volwassenen die tijdens hun jeugd vier of meer ACEs hebben ervaren.¹³

Maar maakt niet iedereen wel nare dingen mee tijdens de jeugd? In een vervolgstudie uit 2018 naar de prevalentie van ACEs met ruim 214.000 participanten uit 23 verschillende Amerikaanse staten rapporteerde 24% van de deelnemers drie of meer ongunstige ervaringen in de kindertijd, 37% twee of meer ongunstige ervaringen, 61% één of meer ongunstige ervaringen en 39% in het geheel geen ongunstige ervaring.¹⁴ Dit strookt met de gegevens uit ons eigen land wat betreft onveilige hechting, een construct dat sterk correleert met de mate van voorkomen van ACEs: in Nederland blijkt 65% van de volwassen bevolking in de kindertijd veilig en 35% onveilig te zijn gehecht.¹⁵

Vaak wordt al te gemakkelijk gesteld dat 'iedereen wel een rugzakje heeft'. Alsof daarin geen immens grote verschillen bestaan tussen mensen. Het is pertinent onwaar dat iedere volwassene ongeveer evenveel voor de kiezen heeft gekregen in haar of zijn jeugd. De mate van voorkomen van alle onderzochte ziekten zou er beduidend anders uitzien als 100% van de volwassenen nooit ongunstige ervaringen in de kindertijd had meegemaakt. Zelfs het meemaken van ACEs door de moeder, voor haar 18e jaar, en voordat er überhaupt sprake was van zwangerschap, blijkt van invloed op de gezondheid van haar nageslacht.¹⁶

Ook wat betreft de ontwikkeling van aanhoudende pijn worden significante correlaties gevonden met ACEs. Kinderen tussen 6 en 17 jaar jong met blootstelling aan één of meer ACEs blijken bijna twee keer zo vaak last te hebben van aanhoudende pijn dan kinderen in dezelfde leeftijdsgroep die geen ACEs rapporteren (8,7 vs 4,8%).¹⁷ You et al (2019) publiceerden de veelzeggende studie *'Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults'*.¹⁸ En Beal et al (2020) vonden in hun prospectieve longitudinale onderzoek een verhoogd risico op het ontwikkelen van pijn bij jongvolwassen vrouwen met een voorgeschiedenis van één of meerdere vormen van kindermishandeling.¹⁹

Volwassenen met specifieke lage rugpijn rapporteren vaker een levensgeschiedenis van emotionele verwaarlozing, seksueel misbruik en mishandeling dan gezonde controls. Bij toedienen van dezelfde pijnprikkel blijken proefpersonen met ongunstige

ervaringen in de jeugd een significant lagere drukpijndrempel te vertonen.²⁰ En misschien in de context van GAVscoop wel het meest relevante onderzoek: slechts 20% (!) van de deelnemers met een chronische Whiplash Associated Disorder (WAD) is veilig gehecht in de jeugd. En maar liefst 38.8% van de deelnemers met WAD blijkt te voldoen aan de diagnose PTSS. De auteurs veronderstellen een angstige hechtingsstijl als mediërend in het reageren met zowel PTSS als aanhoudende lichamelijke klachten op een ongeval waarbij de nek een whiplash-beweging maakt.²¹

Herhaalde en langdurige stress – van welke aard dan ook – in de kindertijd en adolescentie vergroot de kans op hevige en langdurige reacties van het stressresponsstelsel bij blootstelling aan een nieuwe trigger in de volwassenheid. Zo'n nieuwe uitdaging voor het stressresponsstelsel kan bestaan uit een bacteriële of virale infectie, die in eerste instantie met name de pijler van het immuunsysteem voor een uitdaging stelt. Of uit weefselschade door verwondingen als gevolg van een aanrijding of valpartij, die in eerste instantie het pijnsysteem aanzet. Maar zo'n uitdaging kan net zo goed bestaan uit mentale stress als gevolg van hevige angstreacties na het hebben meegemaakt van een levensbedreigende situatie. De slaapklaarten die daar het gevolg van zijn kunnen vervolgens ook een uitdaging gaan vormen voor de energiehuishouding. Zo kan elke nieuwe uitdaging op elk van de vier pijlers ertoe leiden dat ook de andere pijlers – opnieuw, en te lang achtereen – worden geactiveerd.

Er is geen verzekeraar die tegen mannen zegt met een onveilige hechtingsstijl, die na een hartinfarct significant langer in het ziekenhuis blijken te verblijven dan mannen met een veilige hechtingsstijl, dat ze maar een deel van de zorgkosten vergoed zullen krijgen op grond van het feit dat zij tot deze groep behoren. Er is geen verzekeraar die vrouwen met een auto-immuunziekte onderzoekt op het aantal ACEs, en naar rato daarvan de hoogte van de vergoeding van de zorgkosten bepaalt. Maar in het geval van het ontwikkelen van aanhoudende pijn na een verkeers- of bedrijfsongeval hoor ik nog keer op keer van mijn revalidanten dat de 'tegenpartij' – die dan ook niet voor

niets als zodanig wordt ervaren – probeert te bewijzen dat er premorbide, predisponerende factoren waren die de mate van pijn, beperkingen en uitval misschien nog wel meer verklaren dan het ongeval zelf. Waarop dan niet of veel minder zou hoeven worden uitgekeerd.

Geen weldenkend mens zegt tegen iemand die behoort tot de groep van 1 op 3 mensen met relatief poreuze botten 'dat een ander bij dezelfde aanrijding misschien wel helemaal geen botten gebroken zou hebben, laat staan van die complexe botbreuken zou laten zien zoals u die vertoont – dus daar gaan we niet op uitkeren.' Veel van mijn revalidanten laten tekenen zien van secundaire traumatisering op grond van de bejegening in het kader van letselschadeprocedures. Wat op de korte termijn direct effect heeft op hun pijnintensiteit en op de langere termijn hun kansen op herstel inperkt. Men voelt zich – opnieuw – niet gehoord, niet gezien, niet serieus genomen, afgewezen.²² 'Omdat ik zo'n rotjeugd heb gehad, zeggen ze nu dat ze niet willen uitkeren. Terwijl ik mijn leven met veel moeite en inspanningen en therapie al een jaar of tien behoorlijk goed op de rit had. Die therapie willen ze nu gebruiken om aan te tonen dat ik deze klachten toch wel zou hebben ontwikkeld, of ik nu wel of niet was aangereden. Dat maakt me woest! Ik heb er niet om gevraagd dat een of ander sujet op zijn telefoon zou kijken, of onder de medicijnen achter het stuur kroop, om mij van achteren aan te rijden in de file en daarmee mijn leven helemaal overhoop te halen.'

Mensen zijn kwetsbaar. En ongeveer 1 op 3 van ons is verhoogd kwetsbaar – voor het ontwikkelen van een aanhoudende stressrespons bijvoorbeeld in de nasleep van een verkeersongeval. Wie zich hierin niet herkent, mag zich gelukkig prijzen. Wie zich hierin wel herkent, moet misschien wat vaker in de achteruitkijkspiegel kijken... In elk geval hoopt ondergetekende dat rechters en masse zullen oordelen zoals in deze casus: 'Bij schending van een verkeers- of veiligheidsnorm, zoals in dit geval, wordt ruim toegerekend. De aansprakelijke partij heeft het slachtoffer te nemen zoals hij is, inclusief diens zwakheden (passief-vermijdende coping), kwetsbaarheden en andere bijzonderheden.'²³ Dát is rechtspraak.

Referentie:

1. Annemarieke Fleming & Joke Vollebregt (2016). Hoofdstuk 6: 'Pijn en het stressresponsstelsel'. In *Pijn & het brein: de rol van de hersenen bij 'onverklaarde' chronische pijn*. Uitgeverij Prometheus.
2. Lorimer Moseley & David Butler (2nd ed. 2013). *Explain Pain*. Noigroup Publications.
3. Ferdowsian et al (2011). Signs of mood and anxiety disorders in chimpanzees. *PLoS One* 6(6):e19855.
4. Rizzolo et al (2016). Prevalence and Patterns of Complex PTSD in Asian Elephants (*Elephas maximus*). *Asian Elephants in Culture & Nature* 2016(b):291-97.
5. Zhang et al (2019). Interaction between social pain and physical pain. *Brain Science Advances* (5(4):265-273.
6. Annemarieke Fleming (2022). Hoofdstuk 3: 'Het stressresponsstelsel en laaggradige ontsteking'. In *Je vermoeidheid te lijf na kanker en covid en bij chronische aandoeningen*. Uitgeverij Fontaine.
7. Frank et al (2016). Stress-induced neuroinflammatory priming: A liability factor in the etiology of psychiatric disorders. *Neurobiol Stress*. 4:62–70.

8. Felitti et al. REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 2019 Jun;56(6):774-786.
9. Miller et al (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull.* 137(6):959-997.
10. Dube et al (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med.* 71(2):243-250.
11. Von Korff et al (2009). Childhood psychosocial stressors and adult onset arthritis: Broad spectrum risk factors and allostatic load. *Pain* 143(1-2):76-83.
12. Hu et al. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2021 Jul;117:105088.
13. Dong et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation* 110(13):1761-1766.
14. Merrick et al (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr.* 172(11):1038-1044.
15. <https://www.nji.nl/cijfers/hechting-en>
<https://www.pleegzorg.nl/bibliotheek/24-gehechtheid/398-onveilige-gehechtheid-hoe-vaak-komt-het-voor>
16. Nwanaji-Enwerem et al. (2021). Maternal adverse childhood experiences before pregnancy are associated with epigenetic aging changes in their children. *Aging (Albany NY)* Dec 18;13(24):25653-25669.
17. Groenewald et al. Adverse childhood experiences and chronic pain among children and adolescents in the United States. *Pain Rep.* 2020 Aug 13;5(5):e839.
18. You et al (2019). Cumulative Childhood Adversity as a Risk Factor for Common Chronic Pain Conditions in Young Adults. *Pain Med.* 20(3):486-494.
19. Beal et al. Heightened risk of pain in young adult women with a history of childhood maltreatment: a prospective longitudinal study. *Pain.* 2020 Jan;161(1):156-165.
20. Tesarz J, Eich W, Treede RD, Gerhardt A. Altered pressure pain thresholds and increased wind-up in adult patients with chronic back pain with a history of childhood maltreatment: a quantitative sensory testing study. *Pain.* 2016 Aug;157(8):1799-1809.
21. Andersen TE, Elklit A, Vase L. The relationship between chronic whiplash-associated disorder and post-traumatic stress: attachment-anxiety may be a vulnerability factor. *Eur J Psychotraumatol.* 2011;2:10.3402/ejpt.v2i0.5633.
22. Landa et al. When it hurts even more: The neural dynamics of pain and interpersonal emotions. *J Psychosom Res.* 2020 Jan;128:109881.
23. <https://www.letselschademagazine.nl/medische-behandeling/rbams-210318-causaal-verband-tussen-ongeval-en-psychische-klachten-matige-therapietrouw-als-invloed-bij-begroting-schade>



De onacceptabele mate van malrotatie na de plaatsing van een mergpen bij femurfracturen

Dr. Anton H. Hosman^{1,4*}, Drs. Menno Braakman^{2,3}, Dr. Jan Buitenhuis¹

Samenvatting

Doel:

De positionering van een mergpen is een belangrijke bepalende factor voor de postoperatieve mobiliteit en het behandelresultaat. Malrotatie bij breukreductie is een belangrijke reden voor revisie na dit type mergpenplaatsing. Het doel van deze studie was om de onacceptabele mate van malrotatie na de plaatsing van een mergpen bij femurfracturen te bepalen.

In de wetenschappelijke literatuur is er steeds meer aandacht voor preventieve maatregelen ter voorkoming van malrotatie. Er zullen altijd afwijkende rotatiestanden blijven bestaan (bijvoorbeeld door de leercurve), maar afwijkende rotatiestanden in cohortstudies van 5-25 jaar geleden kunnen arbitrair worden beschouwd als onacceptabele malrotaties, gezien de immer voortschrijdende technische kennis en toenemend gebruik van pre-operatieve planningssoftware en computernavigatie. Ter bepaling van de onacceptabele mate van malrotatie dienen afwijkende rotatiestanden in deze wat oudere cohortstudies beoordeeld te worden. Statistisch afwijkende rotatiestanden in deze cohortgroepen worden beschouwd als onacceptabele malrotaties binnen het huidige tijdsbestek.

Gegevensbronnen:

Pubmed is doorzocht. Zoekopdrachten waren beperkt tot Engelstalige studies gepubliceerd na 1 januari 1995 tot 1 januari 2016. Studies werden geïncludeerd als patiënten werden behandeld met mergpenen voor traumatische femurfracturen.

Conclusies:

Er was geen consensus over de mate van acceptabele malrotatie beschreven in de literatuur

in onderzoekscohorten 5-25 jaar geleden. De maximale waarden liggen rond de 40° volgens de grootste patiëntencohortstudie met datahistogram. Een literatuuroverzicht lijkt een nuttig hulpmiddel te zijn bij het bepalen van de mate van malrotatie die als onacceptabel moet worden beschouwd na plaatsing van een mergpen; een malrotatiepositie van 40° wordt als onacceptabel beschouwd binnen het huidige tijdsbestek. Uiteraard dient iedere casus wel op zichzelf door een deskundige beoordeeld te worden. Het is essentieel dat de orthopedische-/traumatologische gemeenschap investeert in verdere preventietechnieken.

Inleiding

Er is een toenemende belangstelling voor aansprakelijkheidsstelling bij chirurgische medische fouten in de Europese Unie.¹ Patiënten worden minder risicotolerant en zijn zich meer bewust van hun rechten², terwijl het volume en de complexiteit van medische interventies gestaag toenemen. Bovendien is het toenemende aantal publicaties over medische fouten in verband gebracht met meer juridische procedures.^{3,4} De wetenschappelijke literatuur over medische fouten, met name in de orthopedische-/traumatologische chirurgie, blijft echter schaars.

Mergpen plaatsing voor femurfracturen is een veel voorkomende orthopedische-/traumatologische ingreep. De positionering van een mergpen is een belangrijke determinant van postoperatieve mobiliteit en het behandelresultaat.^{5,6} Malrotatie van de breuk is een belangrijke oorzaak van revisie na mergpenplaatsing.⁷ Een rotatieafwijking in het femur van meer dan 10° kan symptomatisch zijn en heup- en kniegewrichten aantasten.⁸ Een malrotatie met als gevolg een compensatie in de heup of een positie van de voet naar binnen of naar buiten toe is frequent te relateren aan operatieve technische tekortkomingen.⁹ Er zijn weinig rapportages over de aansprakelijkheid bij malrotatie bij orthopedische-/traumatologische chirurgie, maar malrotatie is een veelvoorkomende reden voor juridische procedures.¹⁰ Daarmee is er behoefte aan een analyse van de literatuur over de

* Corresponding author; A.H. Hosman

1 Dutch Academic Center for Insurance Medicine (DACIM), Groningen

2 Orthopaedie-Xpert, Langenboom

3 Triage Consult, Den Bosch

4 Forum Consult, Den Bosch

mate van malrotatie bij patiënten met een femurbreuk die behandeld zijn met een mergpen.

De doelstellingen van dit onderzoek waren: (1) het beoordelen van en rapporteren over malrotaties in cohortreeksen van mergpennen bij femurfracturen en (2) bepalen welke mate van malrotatie als onacceptabel beschouwd kan worden.

Methoden:

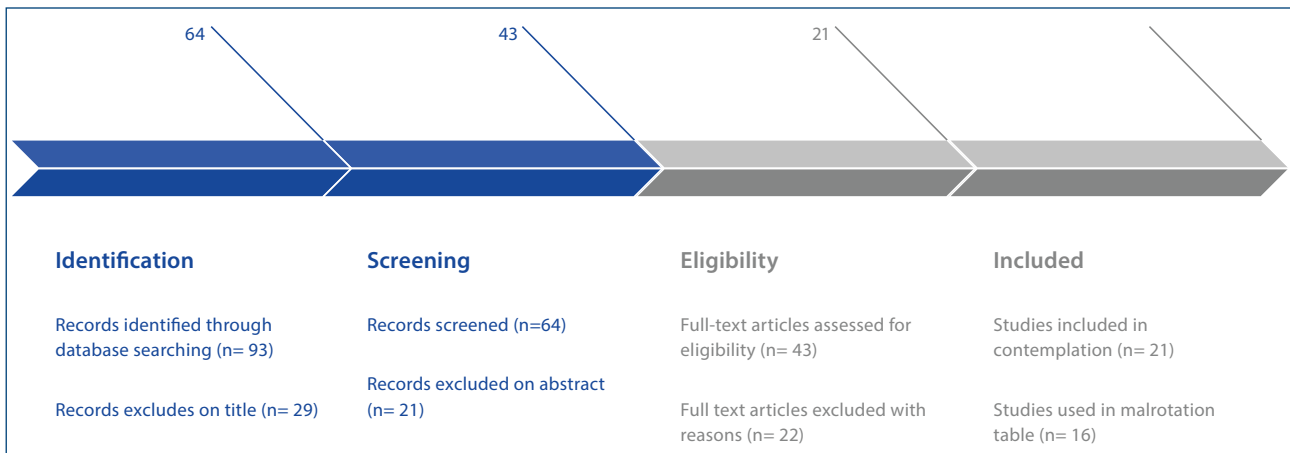
Alle beschikbare studies over de rotatie-uitkomst na mergpennen in het femur werden beoordeeld. Studies moesten bestaan uit een follow-up van minimaal drie maanden. Er zullen altijd afwijkende rotatiestanden blijven bestaan (bijvoorbeeld door de leercurve), maar afwijkende rotatiestanden in cohortstudies van 5-25 jaar geleden kunnen arbitrair worden beschouwd als onacceptabele malrotaties, gezien de steeds voortschrijdende technische kennis en toenemend gebruik van pre-operatieve planningssoftware en computernavigatie. Ter bepaling van de onacceptabele mate van malrotatie dienen afwijkende rotatiestanden in deze wat oudere cohortstudies beoordeeld worden. Afwijkende rotatiestanden in deze cohortgroepen worden beschouwd als onacceptabele malrotaties binnen het huidige tijdsbestek.

Pubmed werd doorzocht op 7 september 2020. De zoekopdrachten waren beperkt tot Engelstalige studies gepubliceerd na 1 januari 1995 tot 1 januari 2016. De zoekdetails worden weergegeven in Tabel 1.

Cohort data van studies naar mergpennen, met een speciale aandacht voor malrotatie, uitgevoerd tussen 1995 en 2016, werden beoordeeld. We hebben de gegevens geëxtraheerd over gekwantificeerde malrotaties na primaire mergpennen voor unilaterale femurfracturen in cohorten van volwassenen. We analyseerden respectievelijk de beschrijving van malrotatie, de mate van malrotatie en het aantal malrotaties beschreven in de cohortonderzoeksgroep. Vervolgens is de onacceptabele mate van malrotatie in de huidige tijd bepaald door statistisch de mate van afwijkende malrotaties in de cohorten van 5-25 jaar geleden te bepalen.

Resultaten

In totaal werden 93 unieke studies geïdentificeerd, waarvan 29 werden uitgesloten op titel en 21 op basis van de abstracts. De beoordeling van 43 full-text studies resulteerde in de inclusie van 21 studies, waarvan 16 bruikbaar waren voor het bepalen van de prevalentie van malrotatie. Het stroomschema van het selectieproces wordt weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Stroomschema van het selectieproces

Oudere onderzoeken rapporteren doorgaans grotere verschillen in rotatie (bijvoorbeeld gemiddeld 16° (4 tot 61°)).¹¹ Meer recente studies toonden minder afwijking in rotatie. Ongeveer 11-17% van de patiënten heeft rotatieverschillen die groter zijn dan respectievelijk 10°-15° of meer (Tabel 2). Verschillende studies vermeldden een malrotatie van 15° of meer.¹²⁻²² Een review paper (niet opgenomen in Tabel 2) beschreef rotaties van >20°⁹ als een malrotatie. Er bestaan echter geen algemeen geaccepteerde richtlijnen voor het bepalen van de mate waarin malrotatie significant wordt.²² De standaarddeviaties van malrotaties in

de literatuur zijn over het algemeen groter dan het gemiddelde; daarom is er geen normaal verdeling en kunnen standaarddeviaties niet worden gebruikt om afwijkende malrotaties te bepalen. Maximale waarden bleken echter rond de 40° te liggen, volgens de grootste patiëntencohortstudie inclusief het histogram van gegevens.²³

Met een toenemende aandacht voor malrotatie door instituten als de American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) en de stichting Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Fragen (AO) en een toenemende

wetenschappelijke literatuur over technieken om malrotaties te voorkomen, vinden de auteurs het redelijk dat CT-geobjectieerde malrotaties van 40° of meer kunnen worden beschouwd als een onacceptabele mate van malrotatie. Uiteraard dient iedere casus wel op zichzelf door een deskundige beoordeeld te worden. Het gaat er uiteraard om in hoeverre er zorgvuldig is geopereerd en daarbij is het operatieverslag essentieel. Indien er in het operatieverslag of in de peroperatieve beeldvorming aanwijzingen zijn op onzorgvuldig handelen en er klachten zijn die gerelateerd kunnen worden aan een CT-bewezen malrotatie van 40° of meer, kan er sprake zijn van onacceptabel handelen met aannemelijke gevolgschade.

Discussie

Voor zover wij weten, is dit de eerste review welke de mate van onacceptabele malrotatie na mergpennen in het femur evalueert. Het is een nieuw inzicht dat CT-geobjectieerde malrotaties van 40° of meer op basis van gepubliceerde literatuur als een onacceptabele mate van malrotatie beschouwd kunnen worden.

We erkennen dat deze literatuurstudie ook zwakke punten heeft. De eerste betreft de normaalvariatie; een gemiddeld verschil van ongeveer 4° in de rechter-/linker femur met afwijkingen tot 10° tussen beide benen wordt als fysiologisch beschouwd in de populatie zonder fractures.^{25,26} Na mergpenplaatsing van een tibiafractuur is recent een reeds bestaand 4° verschil in baseline tibiarotatie (met de rechtertibia meer naar buiten gedraaid) vastgesteld.²⁶ Er is ook een inter- en intra-observer variabiliteit (gemiddeld 4°) van toepassing in de klinische malrotatiemetingen van de CT-scan.²⁷ Er is een herhaalbaarheidscoëfficiënt van 95% van 11° voor twee metingen door één waarnemer; de test-hertestbetrouwbaarheid komt dus niet altijd precies overeen. Tussen twee metingen van verschillende waarnemers is er een herhaalbaarheidscoëfficiënt van 95% van 16°. Er is meer onderzoek nodig om de rol van de variaties in malrotatiemetingen te bepalen en in hoeverre hiermee rekening moet worden gehouden bij het bepalen van een onacceptabele malrotatie.

De tweede zwakte van deze studie zijn de relatief kleine patiëntencohorten. De registratie van mergpennen in nationale registers is schaars. Mergpennen zijn zelden geregistreerd in nationale registers, terwijl gewrichtsimpantaten dat wel zijn. Daarom bestaan de besproken onderzoeken uit een relatief laag aantal patiënten in vergelijking met onderzoeken van nationale implantatenregisters. Het is echter te verwachten dat de steeds toenemende postoperatieve beeldvorming (bijvoorbeeld CT) in de toekomst enorm zal bijdragen aan het inzicht

in incidenties en variabelen die betrokken zijn bij malrotaties. Studies waarbij de CT werd gebruikt om te screenen op rotatieafwijkingen hebben veel hogere incidenties van malrotaties gemeld.²⁸

Het is belangrijk om te benoemen dat niet alle patiënten met een malrotatie van 40° of meer klachten hebben. De sleutel tot een klinisch significante malrotatie is een patiënt met functionele of cosmetische klachten. Functionele beperkingen als gevolg van femur malrotatie kunnen zich uiten in moeite met traplopen, hardlopen en sporten.²¹ Malrotatie wordt beschouwd als een risicofactor voor slijtage van heup en knie vanwege abnormale biomechanica. Er is geen vast gedefinieerde manier om klachten na malrotatie te objectiveren. Dit kan tot op zekere hoogte worden gecompenseerd door meer onderzoek naar dit probleem en de implementatie van nieuwe technieken om malrotaties van 40° of meer te voorkomen.

Het staat vast dat de AO, geaccrediteerd door verschillende orthopedische verenigingen van de landen van de Europese Unie, een aantal controles aanbeveelt bij het plaatsen van een mergpen om rotatiefouten te voorkomen. Malrotaties kunnen worden verminderd door gebruik te maken van peroperatieve (tijdens de operatie) beeldvorming die in elke operatiekamer beschikbaar is. Röntgencontrole van de trochanter minor wordt vaak gebruikt om de femurstand rechts en links te matchen. Daarnaast kan de keuze van de operatietafel van invloed zijn op de draairichting.²⁹ Hendrix et al. noemden onlangs het voorbereiden en afdekken van de contralaterale zijde tijdens de operatie om als referentie te dienen tijdens de operatie.²⁸ Het positioneren van de patiënt op een tractietafel kan echter interfereren met deze techniek. Gedocumenteerde controles, bijvoorbeeld aantekeningen in het operatierapport die aangeven hoe de rotatiepositie is gecontroleerd met beeldvorming, moeten als essentieel worden beschouwd voor deze operatie. CT is ook nuttig bij chirurgische planning.⁷ Computernavigatie is nauwkeurig gebleken bij het herstellen van de lengte en rotatie tijdens femurbreukfixatie wanneer het intacte contralaterale femur als referentie wordt gebruikt.³⁰ Polytrauma patiënten of patiënten die in shock zijn als gevolg van groot bloedverlies door een femurbreuk, hebben meestal een spoedoperatie nodig en zijn vaak geen kandidaten voor deze kwaliteitsverbeterende work-up. Het normale verloop bestaat uit een exacte mergpenplaatsing met voldoende intra-operatieve controle op de positie van de breuk, inclusief rotatie.³¹ Direct postoperatief, bij voorkeur vóór het verwijderen van het afdek materiaal vóór het einde van de anesthesie, dient reeds een gedegen eindcontrole van de rotatiepositie te hebben plaatsgevonden, zodat zo

nodig al direct een correctie kan worden uitgevoerd. Een vroege correctie van een rotatieafwijking is vaak mogelijk en betreft meestal een relatief kleine ingreep.

Zelfs met adequate chirurgische technieken voor de implantatie van mergpennen voor femurfracturen, kunnen normale links-rechts variatie en onbetrouwbaarheid in peroperatieve en postoperatieve metingen resulteren in significante femurrotatieafwijkingen, die als onacceptabel kunnen worden beschouwd. Maar extreme waarden in de literatuur van patiëntcohorten van 5-25 jaar geleden, met een malrotatie van 40° of meer, mogen als onacceptabel worden beschouwd. Natuurlijk is niet alleen een onacceptabele mate van malrotatie het redelijke criterium voor 'hetgeen van een gemiddeld bekwaam beroepsgenoot onder dezelfde omstandigheden mag worden verwacht'. Maar een onacceptabele mate van malrotatie kan wel door een expert worden meegenomen bij de beoordeling of een arts heeft voldaan aan de geldende standaard. Zo zal er bij de beoordeling van een vermeende medische fout bijvoorbeeld ook aandacht moeten zijn voor het type femurfractuur. Pertrochantaire fracturen hebben minder de neiging om vanuit fractuurpatroon tot malrotatie te leiden. Derhalve zou er, wanneer er hierbij een rotatie optreedt, meer sprake zijn van een onacceptabele stand. Subtrochantaire fracturen zijn notoir lastig te reduceren en zorgen voor een verhoogde kans op

malrotatie dan eerder genoemde door factoren van de fractuur zelf.

Concluderend blijkt dat een review van cohortstudies een nuttig instrument is voor het bepalen van de mate van onacceptabele malrotatie na mergpenplaatsing in het femur.

Auteursbijdragen

AH en JB: hebben het onderzoek ontworpen. AH: literatuuronderzoek gedaan, alle data geanalyseerd en manuscript opgesteld. JB en MB: droegen bij aan de analyse. Alle auteurs hebben het definitieve manuscript gelezen en goedgekeurd.

Dankbetuigingen

De auteurs erkennen met dankbaarheid de hulp van Roy Stewart voor nuttige kritiek en commentaar op conceptversies van het manuscript en zijn waardevolle hulp bij de statistische analyses.

De auteurs hebben geen belangenconflicten te verklaren.

Er is geen financiering van toepassing.

Vorige presentatie van het onderzoek:

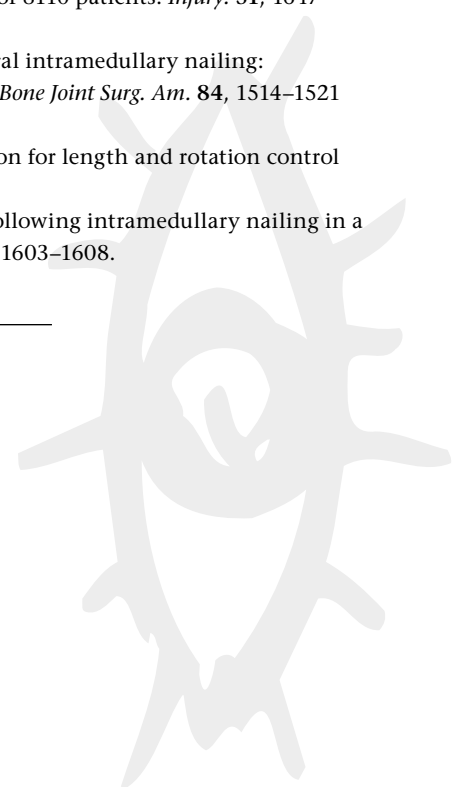
Posterpresentatie, EUMASS 2021, Basel, Zwitserland.

De onacceptabele mate van malrotatie na de plaatsing van een mergpen bij femurfracturen.

Referenties:

1. S.D. Ferrara, The EALM Working Group on Medical Malpractice, E. Baccino, T. Bajanowski, R. Boscolo-Berto, M. Castellano, R. de Angel, A. Pauliukevicius, P. Ricci, P. Vanezis, D.N. Vieira, G. Viel, E. Villanueva, Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. *International Journal of Legal Medicine*. 127 (2013), pp. 545–557.
2. OECD, Medical Malpractice. *Policy Issues in Insurance* (2006), doi:10.1787/9789264029057-en.
3. D.M. Studdert, M.M. Mello, A.A. Gawande, T.A. Brennan, Y. Claire Wang, Disclosure Of Medical Injury To Patients: An Improbable Risk Management Strategy. *Health Affairs*. 26 (2007), pp. 215–226.
4. K. Watson, R. Kottentagen, Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. *European Journal of Health Law*. 25 (2017), pp. 1–23.
5. M.F. Hoffmann, J.D. Khoriaty, D.L. Sietsema, C.B. Jones, Outcome of intramedullary nailing treatment for intertrochanteric femoral fractures. *J. Orthop. Surg. Res.* 14, 360 (2019).
6. A.F. Kuntz, J.P. Garino, Intramedullary Nail Fixation of Femoral Shaft Fractures. *Gowned and Gloved Orthopaedics: Introduction to Common Procedures* (2009), pp. 271–285.
7. J.D. Lindsey, J.C. Krieg, Femoral malrotation following intramedullary nail fixation. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 19, 17–26 (2011).
8. O. Karaman, E. Ayhan, H. Kesmezacar, A. Seker, M.C. Unlu, O. Aydingoz, Rotational malalignment after closed intramedullary nailing of femoral shaft fractures and its influence on daily life. *Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol.* 24, 1243–1247 (2014).
9. A.F. Mavrogenis, G.N. Panagopoulos, P.D. Megaloikonomos, V.G. Igoumenou, I. Galanopoulos, C.T. Vottis, P. Karabinas, P. Koulouvaris, V.A. Kontogeorgakos, J. Vlamis, P.J. Papagelopoulos, Complications After Hip Nailing for Fractures. *Orthopedics*. 39, e108–16 (2016).
10. C.W. Metcalfe, W.D. Harrison, S. Nayagam, B. Narayan, Negligence claims following non-union and malunion of long bone fractures: An analysis of 15 years of data. *Injury*. 47, 2312–2314 (2016).
11. P. Tornetta 3rd, G. Ritz, A. Kantor, Femoral torsion after interlocked nailing of unstable femoral fractures. *J. Trauma*. 38, 213–219 (1995).

12. M. Omar, E.M. Suero, N. Hawi, S. Decker, C. Krettek, M. Citak, Preoperative virtual reduction reduces femoral malrotation in the treatment of bilateral femoral shaft fractures. *Arch. Orthop. Trauma. Surg.* **135**, 1385–1389 (2015).
13. S.Y. Vetter, C. Keil, J. von Recum, K. Wendl, P.A. Grützner, J. Franke, [Postoperative malrotation after closed reduction and intramedullary nailing of the femur: a retrospective 5-year analysis]. *Z. Orthop. Unfall.* **152**, 498–503 (2014).
14. N.M. Patel, R.S. Yoon, M.B. Cantlon, J.D. Koerner, D.J. Donegan, F.A. Liporace, Intramedullary nailing of diaphyseal femur fractures secondary to gunshot wounds: predictors of postoperative malrotation. *J. Orthop. Trauma.* **28**, 711–714 (2014).
15. T.Y. Kim, Y.B. Lee, J.D. Chang, S.S. Lee, J.H. Yoo, K.J. Chung, J.H. Hwang, Torsional malalignment, how much significant in the trochanteric fractures? *Injury.* **46**, 2196–2200 (2015).
16. M. Ciftdemir, S.A. Tuncel, M. Ozcan, C. Copuroglu, M. Erem, Does electromagnetic-manual guided distal locking influence rotational alignment in antegrade femoral nailing? *Int. Orthop.* **39**, 507–512 (2015).
17. O.B. Ayalon, N.M. Patel, R.S. Yoon, D.J. Donegan, J.D. Koerner, F.A. Liporace, Comparing femoral version after intramedullary nailing performed by trauma-trained and non-trauma trained surgeons: is there a difference? *Injury.* **45**, 1091–1094 (2014).
18. J.D. Koerner, N.M. Patel, R.S. Yoon, M.J. Gage, D.J. Donegan, F.A. Liporace, Femoral malrotation after intramedullary nailing in obese versus non-obese patients. *Injury.* **45**, 1095–1098 (2014).
19. N. Hawi, J. Haentjes, E.M. Suero, E. Liodakis, C. Krettek, T. Stübig, T. Hüfner, M. Citak, Navigated femoral shaft fracture treatment: current status. *Technol. Health Care.* **20**, 65–71 (2012).
20. M. Citak, D. Kendoff, M.J. Gardner, M. Oszwald, P.F. O'Loughlin, L.C. Olivier, C. Krettek, T. Hüfner, M. Citak, Rotational stability of femoral osteosynthesis in femoral fractures - navigated measurements. *Technol. Health Care.* **17**, 25–32 (2009).
21. R.L. Jaarsma, D.F.M. Pakvis, N. Verdonschot, J. Biert, A. van Kampen, Rotational Malalignment After Intramedullary Nailing of Femoral Fractures. *Journal of Orthopaedic Trauma.* **18** (2004), pp. 403–409.
22. K.H. Yang, D.Y. Han, J.S. Jahng, D.E. Shin, J.H. Park, Prevention of malrotation deformity in femoral shaft fracture. *J. Orthop. Trauma.* **12**, 558–562 (1998).
23. E. Liodakis, M. Kenaway, M. Petri, A. Zümürüt, N. Hawi, C. Krettek, M. Citak, Factors influencing neck anteversion during femoral nailing: a retrospective analysis of 220 torsion-difference CTs. *Injury.* **42**, 1342–1345 (2011).
24. M. Bråten, T. Terjesen, I. Rossvoll, Femoral anteversion in normal adults. Ultrasound measurements in 50 men and 50 women. *Acta Orthop. Scand.* **63**, 29–32 (1992).
25. S. Decker, E.M. Suero, N. Hawi, C.W. Müller, C. Krettek, M. Citak, The physiological range of femoral antetorsion. *Skeletal Radiol.* **42**, 1501–1505 (2013).
26. M.E. Cain, L.A.M. Hendrickx, N.J. Bleeker, K.T.A. Lambers, J.N. Doornberg, R.L. Jaarsma, Prevalence of Rotational Malalignment After Intramedullary Nailing of Tibial Shaft Fractures: Can We Reliably Use the Contralateral Uninjured Side as the Reference Standard? *J. Bone Joint Surg. Am.* **102**, 582–591 (2020).
27. R.L. Jaarsma, A.W.A. Bruggeman, D.F.M. Pakvis, N. Verdonschot, J.A.M. Lemmens, A. van Kampen, Computed tomography determined femoral torsion is not accurate. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery.* **124** (2004), pp. 552–554.
28. L.A.M. Hendrickx, J. Virgin, M.P.J. van den Bekerom, J.N. Doornberg, G.M.M.J. Kerkhoffs, R.L. Jaarsma, Complications and subsequent surgery after intra-medullary nailing for tibial shaft fractures: Review of 8110 patients. *Injury.* **51**, 1647–1654 (2020).
29. D.J.G. Stephen, H.J. Kreder, E.H. Schemitsch, L.B. Conlan, L. Wild, M.D. McKee, Femoral intramedullary nailing: comparison of fracture-table and manual traction. a prospective, randomized study. *J. Bone Joint Surg. Am.* **84**, 1514–1521 (2002).
30. Y.A. Weil, A. Greenberg, A. Khoury, R. Mosheiff, M. Liebergall, Computerized navigation for length and rotation control in femoral fractures: a preliminary clinical study. *J. Orthop. Trauma.* **28**, e27–33 (2014).
31. A.J. Ramme, J. Egol, G. Chang, R.I. Davidovitch, S. Konda, Evaluation of malrotation following intramedullary nailing in a femoral shaft fracture model: Can a 3D c-arm improve accuracy? *Injury.* **48** (2017), pp. 1603–1608.



Commentaar op artikel "humerusschacht fracturen bij volwassenen"

Dr. A. van Kampen*

Geachte collega Sintenie,

Met veel interesse las ik uw bijdrage in GAVscoop van de (nog niet gepubliceerde ?) in Nederland uitgevoerde gerandomiseerde studie betreffende de operatieve of conservatieve behandeling van humerusschacht fracturen¹.

Uw conclusie dat primaire osteosynthese veilig en superieur is ten opzichte van non operatieve behandeling heeft mij enigszins verbaasd, met de door U aangedragen gegevens en recente internationale literatuur hierover, waarbij de conservatieve behandeling in het algemeen geadviseerd wordt en alleen op speciale indicaties een operatieve behandeling². U baseert uw conclusie op een meer dan 2-voudige vermindering van risico op een non-union. Dat is correct op zich in uw studie maar een non-union percentage van 26% bij conservatieve behandeling is exceptioneel hoog in vergelijking met de bestaande literatuur³. De vraag hier is of de conservatieve behandeling, die veel meer vraagt van behandelaar en patiënt dan een eenmalige operatie, wel op de juiste wijze en met voldoende supervisie is uitgevoerd. Bovendien zijn de inclusiecriteria van belang. Zoals bekend hebben schuinverlopende fracturen in het proximale 1/3 deel van de humerus bij oudere personen meer kans op non-union.

Referenties:

1. JB Sintenie. Behandeling van humerusschacht fracturen bij volwassenen. GAVscoop 26, nr 1:30 2022.
2. Nicolas Gallusser, Bardia Barimani, Frédéric Vauclair. Humeral shaft fractures. Efort Open Review| volume 6 | January 2021.
3. Papasoulis E, Drosos GI, Ververidis AN, Verettas D-A. Functional bracing of humeral shaft fractures: a review of clinical studies. Injury 2010;41: 21–27.
4. Bryan J.M. van de Wall et al, Conservative vs. operative treatment for humeral shaft fractures: a meta-analysis and systematic review of randomized clinical trials and observational studies. J Shoulder Elbow Surg 2020 , 1–12.

ERRATUM

In het artikel over humerusschacht fracturen van collega Sintenie in GAVscoop 2022-1 heeft de drukker per abuis een verkeerde illustratie geplaatst, waarvoor de excuses van de redactie. De illustratie die een tuberculum majus fractuur van de humerus toonde is uiteraard niet van toepassing op het onderzoek naar humerusschacht fracturen.

Van de redactie

Uiteraard heeft de redactie bovenstaande reactie van Professor Van Kampen aan collega Sintenie voorgelegd, waarbij deze reageerde dat hij van Kampen persoonlijk en per brief zou beantwoorden. Helaas heeft de redactie ondanks een reminder geen andere reactie binnen de deadline vernomen.

* Prof. dr. Albert van Kampen, orthopedisch chirurg.

Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek (SBVO)

Jaarverslag 2021

Verreweg het grootste deel van de werkzaamheden van de SBVO werd besteed aan het uitgeven van de GAVscoop. De redactie werd in 2021 gevormd door hoofdredacteur mevrouw C. Lelieveld, penningmeester F.S.L. Schmidt, de redactieleden de dames A. de Vries, M.M. Schampers, S. Zwikker, de heren K.H. Harmsma, A. Hosman en ondergetekende als secretaris.

De redactie vergaderde in 2021 zeven maal, éénmaal in Leusden, en verder vanwege de Coronamaatregelen digitaal. Vanzelfsprekend vonden verreweg de meeste redactionele activiteiten plaats via het internet.

De hoofdactiviteit van de Stichting bleef ook in 2021 het uitgeven van GAVscoop. Er werden onder bezielende leiding, en eigen inbreng, van onze hoofdredacteur drie nummers - met in totaal 112 pagina's - gerealiseerd, die in de maanden april, augustus en december werden toegezonden aan alle leden van de GAV en een aantal externe abonnees.

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 Dropbox. Hiermee hebben de redactieleden toegang tot dezelfde documenten en kunnen deze ook bewerken.

- De GAVscoop bevatte ook in 2021 de vaste rubrieken 'Van de redactie' en 'Van het bestuur'.
- De rubriek 'GASTscoop' werd in de eerste uitgave gebruikt door collega Lok om zijn visie over een aantal onderwerpen onder de titel "Lofzang op de rede" met de lezers te delen. Hierop volgde in het tweede nummer een ingezonden brief van collega Fouchier onder de titel "LOK-down".
- Achtereenvolgens werd de "scoop gericht op" onze collegae Harmsma, Mattern en Hutchison, en in december op collega Buisman.
- In alle drie de uitgaven verscheen een bijdrage van collega B. van Lauw-Kous.
- Er verscheen in iedere uitgave een bijdrage in de rubriek 'Tucht en Zucht'.

- Er werden impressies van verschillende voordrachten opgenomen: het jubileumsymposium Medisch Contact, Nederlandse dag van het VG-congres en het 23e EUMASS-congres.
- Ook werd er weer diverse malen "Voor u gelezen".
- Er was weer een uitgebreid scala aan artikelen op zeer verschillende terreinen. Van klinisch georiënteerde onderwerpen ('Burn-out en de dwangmatige persoonlijkheid', 'Autisme en werk', 'Simulatie', 'Het long-COVID syndroom', 'Problematisch opiaatgebruik'), artikelen op ons vakgebied ('Richtlijnen NVN', 'Leidraad NOV bij AMA-6', 'Samenwerking met personenschade-expert', 'KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens' en 'Visie professionals op letselschadeprocedures'), op verzekeringsgeneeskundig terrein ('Nieuwe Richtlijn lagerugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom') tot meer algemene onderwerpen ('CBBS Next Level', 'Psychologische rapportages bij asielzoekers.')

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

Het lustrumcongres op 25 maart ter gelegenheid van onze 25e jaargang in 2021 moest vanwege Corona helaas uitgesteld worden tot 31 maart 2022.

Helaas hebben de dames De Vries en Zwikker om moverende redenen hun werkzaamheden voor SBVO/ de GAVscoop gestopt. Helaas is het dit jaar vanwege de Coronamaatregelen niet gelukt om op gepaste wijze van hen (en onze vorige hoofdredacteur en redactieleden) afscheid te kunnen nemen.

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

Het jaar 2021 overziend kan desondanks geconstateerd worden dat de SBVO en de redactie van GAVscoop, met inmiddels de 25e jaargang, zich nog gemotiveerd van haar taak blijft kwijten, waarbij het echter blijkt dat het steeds moeilijker wordt, zeker in het tijdsgewricht met Corona, kopij te verkrijgen.

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

(hoofdredacteur a.i.)

F.S.L. Schmidt

(penningmeester)

Mw. M.M. Schampers

Redactieadres

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

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Lay-out/druk

HieroSign, grafisch ontwerpbureau
Apeldoorn

Abonnementen

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

Auteursrechten

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

ISSN

1387-6082

Agenda

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

2023 (alle data onder voorbehoud)

26 januari	Algemene Ledenvergadering Van der Valk, Almere
16-17 maart	Cursus AMA-VI 2023 Van der Valk, Almere
29 maart - 2 april	14th Biennial World Congress on brain Injury Convention Centre Dublin
4-8 juni	ISPRM 2023 Congres / Symposium
15-16 juni	Cursus AMA-VI 2023 Van der Valk, Almere