

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 27, nummer 2, december 2023

Editorial	26
Van het bestuur	27
Tucht en Zucht <i>Mr. Drs. A. de Vries</i>	29
Tuchtrecht: Het medisch advies onder de loep <i>Mr. O. Nunes</i>	31
Hoe groot is de kans op posttraumatische artrose na een knieletsel bij jongvolwassenen? <i>Dr. B. Snoeker, Prof. Dr. R. Poolman</i>	32
Het verband tussen collumfracturen en slijtage in het heupgewricht: een bespreking van de recente literatuur <i>Dr. A.H. Hosman, Drs. K.M.F. Gorgels</i>	35
Lage Rugpijn <i>Drs. M.H. Pouw, Prof. Dr. A.J.F. Hosman</i>	36
De Ned. Ver. voor Traumachirurgie: Aanvullende richtlijnen op de bepaling van functional impairment conform AMA Guides 6e editie <i>Prof. Dr. A.B. van Vugt</i>	42
Toelichting op vernieuwde NOV-leidraad 2024 <i>Drs. H. van Laarhoven</i>	46
Agenda	48
Colofon	48

Editorial

GAVscoop 2023-2

Een modaal maandsalaris voor het nakijken van een manuscript. Dat er tegenwoordig kosten verbonden zijn aan het publiceren van wetenschappelijk onderzoek, zal voor u misschien geen nieuws zijn. Maar momenteel kost zelfs het redactionele werk u als auteur soms al een paar duizend dollar. Met op de koop toe nadien nog een kans dat het manuscript afgewezen wordt. Het blijft een vreemde ontwikkeling dat steeds meer wetenschappelijke tijdschriften zich zulke bijzondere financiële eisen kunnen permitteren. Waarbij het extra cru is dat het grootste gedeelte van de wereldbevolking uw publicatie achter een betaalmuur van de grote uitgeverijen nooit meer terug zal kunnen lezen.

Hoe anders is dat bij de GAVscoop, een non-profit, Open Access tijdschrift. Een tijdschrift zonder publicatie of reviewkosten. Een blad dat ook nog eens goed gelezen wordt door de vakgroep waar het voor bedoeld is. En met een stichting als eigenaar welke zal borgen dat de publicaties tot in lengte van dagen te lezen zullen blijven. Daarbij zijn onze publicaties zonder kosten open toegankelijk op onze website GAVscoop.nl. Dat laatste wel met enige vertraging om onze trouwe abonnees het voordeel te geven als eerste op de hoogte te zijn van de nieuwe inzichten. Kortom, wie in de GAVscoop schrijft, die blijft. Als dat geen wervende oproep tot kopij is? Dus zend uw manuscripten voortaan niet naar de gevestigde corporates maar naar uw lokale vakblad en wel naar gavscoop@gavscoop.nl.

Dit nummer richt zich in twee artikelen wederom op het tuchtrecht; een populair onderwerp in ons vakgebied. Guusje de Vries geeft met een review van zeven tuchtzaken aan hoe belangrijk de juiste proceshouding kan zijn. Een nuttig overzicht voor al onze lezers die onverhoopt voor het tuchtcollege dienen te verschijnen. Ook advocaat Oswald Nunes

geeft een nuttige samenvatting van een zaak waarin weer blijkt dat de medische advisering op de nodige belangstelling van de tuchtrechter mag rekenen.

Aansluitend daarop volgt een beschouwing van prof. dr. Poolman van een onderzoek naar posttraumatische slijtage in de knie door dr. Barbara Snoeker met een heldere grafiek waar per letseltype de invloed op de kans op posttraumatische slijtage af te lezen is.

Lezenswaardig is ook het overzicht van de hand van de orthopeed Pouw over lage rugpijn en de oorzaken ervan. Een nuttig overzicht van een probleem dat frequent voorkomt in onze dagelijkse casuïstiek. Tot slot vindt u hier ook een interessante casus die goed aansluit op onze algemene praktijk.

Er was als laatste nog door de redactie van de GAVscoop om een toelichting gevraagd aan de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde) op de Richtlijnen Traumachirurgische Expertise behorende bij de Leidraad van de 6e editie van de AMA Guides. Deze toelichting is ontvangen in de vorm van een overzichtelijke samenvatting van prof. dr. Van Vugt met als focus het bewegingsstelsel. De traumachirurgische richtlijn schuurt hier en daar wel wat met de NOV leidraad. Vanuit de Werkgroep Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid (WIA) is er in dit nummer nog een heldere toelichting verstrekt op de in samenspraak met de GAV vernieuwde NOV-leidraad (geldend per 1-1-2024). Wie weet volgen er in het lentenummer van de GAVscoop nog meer reacties op deze twee nieuwe richtlijnen.

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

Anton Hosman, hoofdredacteur



Van het bestuur

Geen voorzitter

Al zo'n 2-3 jaar is onze vereniging zonder voorzitter. Er zijn destijds ook meerdere leden uit het bestuur gestapt vanwege het bereiken van de maximale zittingstermijn. Hierdoor is veel ervaring en parate kennis verdwenen. Gelukkig waren er enkele leden die wilden toetreden tot het bestuur, maar niet in de functie van voorzitter. Deze leden zijn Frans Camps, René Tan, Constance Koevoets en Ad Schilder. Petr Pliva bleef als oudgediende, ondanks het verstrijken van zijn zittingstermijn, deel uitmaken van het bestuur en daarmee werd gelukkig nog enige historische kennis en bestuurservaring behouden.

Het is aan deze bestuursleden en de leden van de diverse commissies, GAVscoop, enkele betrokken ervaren leden en de oud-voorzitters te danken dat veel van de activiteiten van onze vereniging, ondanks het gemis van een voorzitter, zijn doorgegaan zonder al te grote problemen. Zij verdienen mijns inziens een applaus en waardering voor hun inzet.

De zoektocht naar een voorzitter en naar leden van het bestuur

Het bestuur heeft er in de afgelopen 2-3 jaar veel aan gedaan om een nieuwe voorzitter te vinden. Leden werden persoonlijk benaderd, er is een denktank en invitational conference geweest in 2022 gevolgd door een governance conference begin 2023. Ervaren leden werden gevraagd mee te zoeken naar een oplossing. Uiteindelijk heb ik mijzelf, Marco Derks, na de invitational conference opgeworpen om als verkenner nog eens nadrukkelijk GAV-leden te benaderen en hun overwegingen te horen waarom zij geen lid van het bestuur en/of voorzitter willen worden. Ik hoorde veel redenen liggend in de privésfeer maar op de voorgrond stond toch wel het gebrek aan tijd en de indruk dat het werk van een voorzitter veel tijd zou vragen. Als tweede belangrijke reden werd onzekerheid over de koers van de vereniging genoemd. Belangrijke keuzes moesten worden gemaakt, zoals de keuze betreffende de kwaliteitseisen waaraan een medisch adviseur moet voldoen voor het uitvoeren van zijn werk. Welke registratie-eisen moeten gelden?

De oplossing?

Het helpt vaak om complexe problemen terug te brengen tot kleinere concrete vraagstukken die overzichtelijker zijn en daardoor vaak ook beter zijn op te lossen. Vanuit die gedachte werd tijdens de governance conference begin 2023 gekozen voor het uitvoeren van een analyse betreffende het doel en functioneren van onze vereniging. Daarbij werd de hulp gezocht van een consultant. Huybert van Eck bleek als consultant ervaring te hebben in onze private verzekeringswereld en is enthousiast aan de slag gegaan nadat de ALV hem daarvoor op 25-05-2023 toestemming had gegeven.

Huybert is in gesprek gegaan met enkele leden in een speciaal opgerichte projectgroep ("schrijvers" en "meelezers") en met leden van diverse commissies en oud-voorzitters. Hij kwam tijdens de ALV van 05-10-2023 met een aantal speerpunten, te weten:

1. Borg en verbeter het besluitvormingsproces van de vereniging;
2. Verbeter de onderlinge overleg- en communicatiestructuur;
3. Versterk de binding tussen de leden en
4. Ontwikkel een duidelijke visie betreffende het doel van de vereniging.

Geen van deze speerpunten zijn naar ik meen verrassend en nieuw, maar het is goed dat het nog eens helder is neergezet. De winst van deze exercitie ligt mijns inziens in het meer nadrukkelijk betrekken van de leden bij het uitwerken van de vraagstukken die volgen uit de speerpunten.

Toch een voorzitter

En toen werd mij in augustus 2023 door het bestuur gevraagd om voorzitter te worden. Het was niet een geheel onverwachte vraag, maar ik had dezelfde overwegingen als de andere leden die eerder werden gevraagd. Ik heb ook nooit de ambitie gehad om lid van het bestuur en/of voorzitter van de GAV te worden en gezien mijn leeftijd, 63 jaar, vond ik mijzelf eigenlijk ook te oud. Ik ben er echter door het verkennen van de mogelijkheden achtergekomen dat er geen oplossing zal komen door naar anderen te kijken. Ik heb dan ook "ja" gezegd, maar daarbij afgesproken dat mijn termijn beperkt zal zijn tot de tijd die nodig is om de speerpunten uit te werken, naar verwachting 6-12 maanden. Het zoeken naar nieuwe bestuursleden en een nieuwe voorzitter zal dus door blijven gaan.

Tijdens de ALV van 05-10-2023 werd ik door het bestuur voorgedragen om lid van het bestuur te worden en de ALV stemde daarmee in. Vervolgens werd ik door het bestuur tot voorzitter gekozen. Ik heb daarbij een groot vertrouwen van de leden en het bestuur in mij bespeurd en daar ben ik blij mee.

Wie ben ik?

Hoewel veel leden mij waarschijnlijk al kennen, wil ik mij graag voorstellen aan de overige leden die ik nog niet goed ken.

Laat ik beginnen met mijn "relevante" werkervaring. Ik ben werkzaam geweest als ANIOS interne geneeskunde, als bedrijfsarts/arbo-arts, als verzekeringsarts bij het GAK en het GUO en als medisch adviseur op het gebied van personenschade en AOV. Daarnaast adviseer ik een groot advocatenkantoor bij bezwaar- en beroepszaken WIA, ingesteld door werkgevers.

In 2016 begon ik met verzekeringsgeneeskundige expertises op het gebied van personenschade, AOV en WIA (ook voor rechtbanken). Ik heb destijds de opleiding “gerechtelijk deskundige” afgerond maar mij niet laten registreren omdat het behouden van de registratie mij teveel tijd zou kosten.

Ik ben in 2003 lid van de maatschap van een medisch adviesbureau geworden, te weten Veduma Medisch Adviseurs en in 2008 werd ik voorzitter van deze maatschap. In 2020 vond ik het genoeg geweest en ben ik uit de maatschap getreden en ZZP'er geworden. Ik houd mij op dit moment bezig met medische advisering in de AOV en met advisering in het kader van WIA bezwaar- en beroepszaken.

Op privégebied valt te melden dat ik getrouwd ben, twee dochters heb (30 en 32 jaar) en één kleinkind van acht maanden. Ik probeer mijn conditie op peil te houden, voorheen door te tennissen en zwemmen, maar tegenwoordig door regelmatig naar een sportschool te gaan.

En nu?

Zoals geschreven zal ik mij de komende tijd richten op het proces waarbij de speerpunten, die zijn vastgesteld door Huybert, worden uitgewerkt. Het gaat daarbij voornamelijk om de structuur van onze vereniging. Een vereniging is echter een bijzonder instituut. Het is geen bedrijf dat producten levert waarbij leden zich abonneren op de producten die zij kunnen afnemen. Een vereniging bestaat bij de gratie van de activiteit van leden. Het is een grotendeels op vrijwilligerswerk gebaseerd instituut waarbij respect en waardering voor elkaars inzet belangrijk is. Het gaat niet alleen om

formele contacten, maar juist ook in sterke mate om informele contacten. Ook daar zal aandacht voor zijn in de komende tijd.

Belangrijke keuzes moeten door de leden worden gemaakt en ik zie het als de taak van het bestuur om zo helder mogelijk uit te leggen om welke keuzes het gaat en wat de consequenties van de verschillende keuzes kunnen zijn. Daarbij zal rekening gehouden moeten worden met het doel van onze vereniging, “het bestuderen van en bevorderen van de verzekeringsgeneeskunde en het bevorderen van het functioneren van de leden”.

Er is nog veel te doen en ik heb mij voorgenomen enthousiast en met vertrouwen het voorzitterschap op mij te nemen en mij dienstbaar op te stellen naar de leden. Ik realiseer mij dat ik waarschijnlijk historische bestuurlijke kennis ontbeert en hoop dat ik door jullie, de leden van de GAV, gecorrigeerd en ondersteund word als dat nodig is.

Ik sluit af met de hoop dat de leden van onze vereniging met plezier lid willen zijn en niet alleen anoniem wachten op wat de vereniging bedenkt, maar ook collega's beter willen maken door actief deel te nemen aan activiteiten. Ik zie jullie graag bij de eerstkomende ALV!

Ik wens jullie veel leesplezier bij het lezen van deze nieuwe GAVscoop die met zorg is samengesteld door onze onvoldoende geprezen GAVscoop commissieleden en is ingevuld door zeer gewaardeerde auteurs.

Groeten, Marco Derks

REDACTIELID GEZOCHT

Wie durft? Outside the box?

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

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

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

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

mail: gavscoop@gavscoop.nl

Tucht en Zucht

Mr. Drs. A. (Guusje) de Vries

Helaas kan ik uit eigen ervaring spreken: het bepalen van de proceshouding kan heel wat hoofdbrekens geven. Zorgvuldig bepalen van de processtrategie en proceshouding kan echter wel van wezenlijk belang zijn. In de loop van de jaren verzamelde ik een aantal uitspraken van de tuchtcolleges waarin de proceshouding (mee)speelde. Ik zal u de zaken schetsen, niet zozeer medisch inhoudelijk, maar toegespitst op de proceshouding.

Zaak 1

Een zaak die veel aandacht kreeg betreft een bedrijfsarts die door het Regionaal Tuchtcollege een berisping kreeg opgelegd wegens onheus woordgebruik, een onbehoorlijke bejegening en onvoldoende onderzoek. Daarbij merkte de bedrijfsarts tijdens de zitting op dat een toetsbare opstelling gevaarlijk zou zijn. Het leidde tot de conclusie van het tuchtcollege dat er een grote kans op recidive bestond. Van eventuele eerdere tuchtzaken wordt overigens geen melding gemaakt. De bedrijfsarts ging in hoger beroep. Ook het Centraal Tuchtcollege achtte het handelen onprofessioneel. Tijdens de zitting toonde de bedrijfsarts zich overtuigd van zijn eigen gelijk en was hij in het geheel niet ontvankelijk voor feedback. Hij stelde zich tijdens de zitting niet toetsbaar op en ook bracht hij de zaak bewust niet in in zijn intervisiegroep. Het Centraal Tuchtcollege paste de zwaarste sanctie toe: doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. Opmerkelijk is dat het college aangeeft dat voor soortgelijke verwijten doorgaans geen doorhaling wordt opgelegd. Waarom het in deze zaak meent dat wel te moeten doen wordt niet expliciet aangegeven. Het lijkt de proceshouding te zijn geweest met een volledige overtuiging van het eigen gelijk.

Zaak 2

In deze zaak hanteerde een huisarts een wijze van lichamenlijk onderzoek die niet aansloot bij de richtlijn. Hij onderzocht spataderen (ook) liggend in plaats van (enkel) staand. Uit onder meer de opmerking van de huisarts dat hij het onderzoek een volgende keer precies zo zou doen leidt het Centraal Tuchtcollege af dat de huisarts zich onvoldoende realiseert dat een patiënt zich in liggende houding kwetsbaar kan voelen. De sanctie waarschuwing bleef gehandhaafd. Vermeldenswaard is dat het college hier de woorden 'onder meer' gebruikt maar geen andere argumenten benoemt. Er speelde dus mogelijk meer, maar naar wat dat zou zijn zullen we moeten blijven gissen. Of

zou de enkele opmerking 'ik zou het de volgende keer weer doen' toch voldoende zijn om tot een gebrek aan inlevingsvermogen te concluderen?

Zaak 3

Een verzekeringsarts voerde geen verweer en verscheen niet ter zitting. Wel liet zij weten niet meer als arts werkzaam te zijn en niet meer ingeschreven te staan in het BIG-register. De procedure ging voort waarbij het Regionaal Tuchtcollege concludeerde dat de verzekeringsarts, door geen verweer te voeren en niet te verschijnen, geen verantwoording heeft afgelegd aan klager en aan het college en dat het college geen inzicht heeft gekregen in de persoon van de verzekeringsarts. Een en ander leidde tot een berisping.

Zaak 4

Een MDL-arts bejegende zijn patiënt onheus. Tijdens de zitting bij het Regionaal Tuchtcollege herhaalde hij zijn eerder aangeboden excuses en gaf hij aan dat hij zich schaamde voor zijn gedrag. Hij had inmiddels hulp gezocht bij een coach, bij een psycholoog en in verband met een burn-out bij een psychiater. En omdat het gedrag zich had voorgedaan in een overmatig drukke werkperiode had hij zijn werkroosters aangepast zodat de werkbelasting lager was geworden. De arts vertelde te hebben geleerd op een andere wijze te communiceren en zich een ander mens te voelen. Het college kwam tot de overtuiging dat de arts wezenlijk veranderd was, dat hij daadwerkelijk tot inzicht was gekomen en dat zijn gedrag daadwerkelijk veranderd was; zijn verklaringen werden beoordeeld als authentiek. Het college concludeerde dat een berisping op z'n plaats zou zijn, maar omdat de arts overtuigend had laten blijken dat hij tot inzicht was gekomen werd geen maatregel opgelegd.

Zaak 5

Tegen twee betrokken huisartsen werd een tuchtklacht ingediend. Waar de ene huisarts een gemaakte fout erkende en spijt betuigde, deed de ander dat niet. De eerstgenoemde arts verklaarde tijdens de zitting dat hij van het gebeurde had geleerd. Het college gaf aan dat bij de fout een berisping zou passen maar dat op grond van de toetsbare opstelling van deze arts, in tegenstelling tot de andere arts, de lichtere maatregel van een waarschuwing werd opgelegd.

Zaken 6 en 7

Ook in deze zaken leidt de toetsbare opstelling tot een

minder zware maatregel.

In de ene zaak liet een bedrijfsarts zich intimiderend uit. Nadat hij hoorde dat de betrokkene het gesprek als onprettig had ervaren bood hij excuses aan. Verder bracht hij de casus in in zijn ICT-groep en hij gaf in processtukken en op de zitting aan dat het een leermoment was geweest. De omstandigheden meewegend werd geen maatregel opgelegd. In de andere zaak hield een bedrijfsarts zich niet aan de regels en/of gebruikelijke werkwijze. Het Regionaal Tuchtcollege achtte de verwijten ernstig. Bovendien had de bedrijfsarts onvoldoende blijk gegeven op zijn handelen te hebben gereflecteerd en zag hij nog altijd niet in dat zijn gedragingen kwalijk waren geweest. Hierdoor kon de maatregel niet beperkt blijven tot een waarschuwing en werd een berisping opgelegd. Hierna zond de bedrijfsarts een brief aan het Regionaal Tuchtcollege waarin hij schreef dat hij tot het besef was gekomen dat hij tekort was geschoten. Hij zond deze brief mee met zijn beroepschrift aan het Centraal Tuchtcollege. Ook tijdens de zitting bij dit college gaf de arts aan lering te hebben getrokken. Hij had inmiddels actie ondernomen om herhaling te voorkomen, onder meer op het terrein van scholing en intercollegiale toetsing. Het Centraal Tuchtcollege kwam tot de conclusie dat door de mate van reflectie op het eigen handelen en de ondernomen concrete acties een waarschuwing nu wel volstond.

Bespreking

Zaken 1 en 2 tonen de spagaat tussen het willen en moeten verdedigen enerzijds en het toetsbaar moeten opstellen anderzijds. Ook een arts heeft het recht om zijn kant van het verhaal zo goed mogelijk naar voren te brengen. In dat kader mag hij zich op het standpunt stellen dat hij correct heeft gehandeld en mag hij dat ook uitdragen. Tegelijk echter wordt door de tuchtcolleges ook verwacht dat de arts zich toetsbaar en reflectief opstelt. De arts mag dus zijn gelijk uitdragen, met verve zelfs, maar ook weer niet te sterk: zie hier de spagaat. En wat als het niet tot de talenten van de arts behoort om zich op een zitting goed uit te drukken? Nervositeit, moeten spreken in de rechtszaal met een college van meerdere personen tegenover zich en in de ooghoek ook nog een klager? Ik kan me voorstellen dat je de beste arts kunt zijn in de spreekkamer, maar in de zittingszaal verstart kunt raken en de nuance verliest. Een opmerking als in zaak 2, 'ik zou het de volgende keer weer zo doen', is in de verdediging snel gemaakt maar kan flink negatieve gevolgen hebben. Had het tuchtcollege in zaak 1 geen diepgaand onderzoek moeten doen en/of op z'n minst een mogelijkheid tot een verbetertraject moeten bieden? Het betrof immers een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege zodat geen beroep meer mogelijk is. Het betrof de hoogst mogelijke sanctie en het tuchtcollege gaf daarbij zelf al aan dat voor soortgelijke verwijten doorgaans een minder sterke maatregel wordt opgelegd.

Kennelijk, zo blijkt expliciet uit zaak 3, hecht het college belang aan het krijgen van inzicht in de persoon van de arts. Of dat überhaupt mogelijk is in zittingsomstandigheden met een beperkte duur, is wat mij betreft een vraagteken waard. Zou ook hier niet eigenlijk diepgaand onderzoek noodzakelijk zijn? In zaak 4 worden grote consequenties aan dit inzicht in de persoon verbonden. Het college beoordeelde de verklaringen van de arts als authentiek en kwam tot de overtuiging dat de arts inmiddels wezenlijk veranderd was. Ik wil de vraag herhalen: is een dergelijke beoordeling überhaupt mogelijk in zittingsomstandigheden met een beperkte duur? Wij medisch adviseurs weten hoe moeilijk, zo niet onmogelijk, het is om waarheid en onwaarheid in claimgedrag te herkennen. Een rechter is vermoedelijk wel opgeleid in waarheidsvinding, en zal er ervaring in hebben, maar zijn bijvoorbeeld MDL-artsen / leden-beroepsgenoten in staat om gedrag en authenticiteit correct te beoordelen? In zittingsomstandigheden?

In alle zaken draait het om een toetsbare houding. De factoren die in deze toetsbare houding van belang zijn, zijn voor zover ik ze uit de uitspraken kon herleiden, een open houding ten aanzien van feedback, de zaak inbrengen in de ICT, van de zaak willen leren, zelfreflectie, en fouten erkennen leidend tot actie.

Wat is hieruit op te maken

Tot slot een aantal tips dat uit de uitspraken te destilleren is.

- Voer verweer en ga naar de zitting.

Wanneer je meent dat je geen fouten hebt gemaakt.

- Verdedig jouw standpunt, maar stort je niet met al te veel kracht en volharding op het aantonen van je gelijk. Gebruik geen bewoordingen als 'ik zou het de volgende keer weer zo doen' en doe geen uitspraken die tegen toetsbaarheid of zelfreflectie gericht zijn.
- Toon een toetsbare opstelling door de zaak te bespreken in de ICT-groep (en vergeet niet te laten weten dat je dat hebt gedaan).
- Houd tijdens de zitting de oren open voor opmerkingen vanuit het college die kunnen gelden als feedback en ga er zo goed mogelijk genuanceerd op in.

Wanneer je zwakke kanten of fouten ziet.

- Geef in het schriftelijk verweer en ter zitting aan dat het een leermoment is geweest. Erken een fout.
- Ook hier geldt: toon een toetsbare opstelling door de zaak in de ICT-groep te bespreken.
- Zoek contact met klager om uitleg te geven en/of eventueel excuses aan te bieden.
- Onderneem actie gericht op het voorkomen van herhaling.

Tuchtrecht: Het medisch advies onder de loep

Uitspraak Centraal Tuchtcollege 19 juli 2023, ECLI:NL:TGZCTG:2023:123

Mr. O. Nunes*

De beklagde (huis)arts in deze tuchtzak treedt op opdrachtbasis op als medisch adviseur van een rechtsbijstandsverzekeraar. De arts wordt gevraagd om een medisch advies uit te brengen over de stelling van de klagster dat zij in haar woning is blootgesteld aan bepaalde stoffen, als gevolg waarvan zij blijvende longklachten heeft opgelopen. De arts brengt advies uit. De klagster kan zich daarin niet vinden en stapt naar de tuchtrechter.

Het Regionaal Tuchtcollege (RTG) verklaart de klacht op alle onderdelen ongegrond. Het Centraal Tuchtcollege (CTG) komt in beroep gedeeltelijk tot een ander oordeel.

De arts is, aldus het CTG, bij het uitbrengen van advies uitgegaan van een onvolledig rapport van de GGD en van onjuiste grenswaarden in de woning van de klagster voor de gas- en zwavelstof en ammoniak. De arts beschikte weliswaar over voldoende deskundigheid om de beschikbare informatie op een juiste wijze te interpreteren en te beoordelen, maar de beschikbare informatie was onvoldoende om de vraagstelling te kunnen beantwoorden.

Er is alzo bij de totstandkoming van het advies sprake van een aantal onzorgvuldigheden. Dit onderdeel van de klacht wordt alsnog gegrond verklaard. De arts krijgt echter met toepassing van art. 69 lid 4 wet BIG geen maatregel opgelegd omdat het verwijt dat de arts kan worden gemaakt niet ernstig genoeg is. Hierbij wordt in aanmerking genomen dat er geen grond is om aan te nemen dat wanneer de arts wél kennis had genomen van het volledige GGD-rapport en was uitgegaan van de juiste grenswaarden, dit hem tot een andere eindconclusie en tot andere adviezen zou hebben geleid. De arts komt hier met de schrik vrij.

Interessant is de overweging van het CTG ten aanzien van het toetsen van een medisch advies. Weliswaar stelt het CTG voorop dat een medisch advies als het onderhavige wordt getoetst aan het bekende 'rijtje van 5':

- het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
- het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
- in het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
- het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
- de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Hierbij past ook de standaardoverweging dat de tuchtrechter de conclusie van de rapportage terughoudend toetst, dat wil zeggen dat beoordeeld wordt of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Daarbij overweegt het CTG nu, en ik meen voor het eerst zó expliciet, dat een medisch advies beperkter is van opzet, strekking en inhoud dan een deskundigenrapport. Dit neemt niet weg dat de hiervoor genoemde criteria volgens het CTG geschikt zijn als toetsingskader bij een medisch advies. Deze criteria kunnen, afhankelijk van de aard en de omvang van de te toetsen adviezen, meer of minder stringent worden ingevuld. Deze overweging lijkt te suggereren dat de lat bij de toetsing van een intern of extern medisch advies minder hoog ligt dan bij de toetsing van een deskundigenrapport of een expertise. De uitkomst van deze toets is, zoals juristen zo mooi zeggen, afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Deze uitspraak laat opnieuw zien, dat ook een medisch advies bij de tuchtrechter op belangstelling kan rekenen. Het is voor de praktijk van belang hiermee rekening te houden. Voorzichtigheid is immers de moeder der wijsheid.

Dit artikel werd ook gepubliceerd op <https://www.kbsadvocaten.nl/het-medisch-advies-onder-de-loep/>

* Oswald Nunes, advocaat bij KBS Advocaten

Hoe groot is de kans op posttraumatische artrose na een knieletsel bij jongvolwassenen?

Dr. B. Snoeker* en Prof. Dr. R. Poolman**

Een belangrijke vraag bij de beoordeling van een knieletsel in het kader van letselschade is de inschatting wat de kans is op het ontstaan van artrose op basis van dit knieletsel in vergelijking met personen die dit knieletsel niet hebben gehad. In 2020 publiceerde Barbara Snoeker met haar team hier een relevant onderzoek wat deze vraag helpt te beantwoorden.⁽¹⁾

Dit onderzoek heeft gekeken naar de relatie tussen knieletsels en het ontwikkelen van artrose in de knieën. De onderzoekers hebben ontdekt dat mensen tussen de 25 en 34 jaar die een knieletsel hebben gehad, een veel hoger risico hebben om in de toekomst artrose in de knie te ontwikkelen dan mensen die nooit een knieletsel hebben gehad. Het risico was het hoogst bij mensen met een gescheurde knieband, een gescheurde meniscus of een breuk in de knie. Maar ook andere soorten letsels aan de knie verhoogden het risico op artrose. Verder bleek dat het risico op artrose hoger was bij vrouwen dan bij mannen en bij mensen jonger dan 30 jaar.

Artrose, in internationale literatuur aangeduid als Osteoarthritis (OA), is een chronische aandoening aan het bewegingsapparaat die vaak de grote gewichtdragende gewrichten treft en uiteindelijk kan leiden tot de noodzaak van een totale gewrichtsvervangning. Belangrijke bekende risicofactoren voor knie-OA zijn hogere leeftijd, overgewicht of obesitas, vrouwelijk geslacht, hoge fysieke belasting op het werk en gewrichtsletsels. Traumatische knieletsels die optreden tijdens de adolescentie en jonge volwassenheid zijn een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van knie-OA. Binnen 10-20 jaar na een specifiek knieletsel van de voorste kruisband (ACL) en/of van een meniscusscheur heeft gemiddeld de helft van alle personen melding gemaakt van radiografische knie-OA. Het overgrote deel van de studies die knieletsels als risicofactor onderzoeken, omvat echter meestal middelbare leeftijd of oudere populaties en is

voornamelijk gebaseerd op retrospectieve analyses welke de resultaten onbetrouwbaar kunnen maken.

Daarom was het doel van deze studie om het relatieve en absolute risico op klinisch gediagnosticeerde knie-OA na verschillende soorten knieletsels te beoordelen in vergelijking met personen zonder een diagnose van knieletsel. Bovendien wordt bij diegenen die op jonge leeftijd knie-OA ontwikkelen, geschat hoeveel tijd verloren gaat door het letsel.

Methode

Studieontwerp

Snoeker et al. gebruikten een longitudinaal cohortontwerp op basis van gezondheidszorg-consultaties bij een arts in de primaire, specialistische en klinische zorg in de gehele bevolking van Skåne, de zuidelijkste regio van Zweden (bevolking van 1,3 miljoen). Gegevensbronnen omvatten het Skåne Health Register (SHR) van 1998 tot 2017, het bevolkingsregister en Statistieken Zweden. In het SHR worden alle openbare en particuliere klinische consultaties geregistreerd, inclusief informatie over het persoonlijke identificatienummer, de bezoeksdatum, de zorgverlener en sinds 1998 de diagnoses gesteld door openbaar praktiserende artsen volgens de 10e versie van het International Classification of Diseases (ICD-10) systeem. Snoeker et al. gebruikten het bevolkingsregister om de woonstatus te bepalen en Statistieken Zweden om sociodemografische gegevens te verkrijgen.

Onderzoeksdeelnemers en studieprocedure

Deelnemers aan het onderzoek waren inwoners van de regio Skåne tussen 1998 en 2007, die minstens één keer gezondheidszorg hadden gekregen tussen 1999 en 2007, tussen de 25 en 34 jaar oud waren en minstens één geregistreerde diagnostische code hadden. Het blootgestelde cohort omvatte personen met een nieuw gediagnosticeerd knieletsel tussen 1 januari 1999 en 31 december 2007, gedefinieerd als een relevante ICD-10 diagnostische code toegewezen door de arts. De referentiepersonen omvatten personen zonder knieletsel, en er werd een willekeurige gezondheidszorgbezoek uit dezelfde periode als indexdatum bemonsterd. Het resultaat, incidentele knieartrose, werd gedefinieerd

* Dr. Barbara Snoeker is onderzoekscoördinator van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging

** Prof. dr. Rudolf Poolman is orthopedisch chirurg bij het OLVG en het OEC Amsterdam. Hoogleraar orthopedie, in het bijzonder zorgevaluatie in het LUMC.

als een ICD-10-code (M17) geregistreerd bij een bezoek aan een arts tot het jaar 2017. Personen werden geëxcludeerd als ze werden gediagnosticeerd met knieartrose (M17), of met een versleten meniscus als gevolg van oude scheur of letsel (M23.2), of met follow-up onderzoek na behandeling voor andere aandoeningen dan kwaadaardige neoplasmata (Z09), tijdens 1 jaar voorafgaand aan de indexdatum. Elke persoon had minstens 10 jaar potentieel follow-up tijd vanaf de indexdatum tot de diagnose van knieartrose, emigratie, overlijden of de einddatum van inclusie (31 december 2017), afhankelijk van wat als eerste plaatsvond. Om surveillantie bias te voorkomen, waarbij aanvullende diagnostiek voor personen met een knieletsel de waarschijnlijkheid vergroot om te worden gediagnosticeerd met knieartrose, hebben we personen die in de eerste 3 jaar van follow-up werden gediagnosticeerd met knieartrose uitgesloten.

Statistische analyse

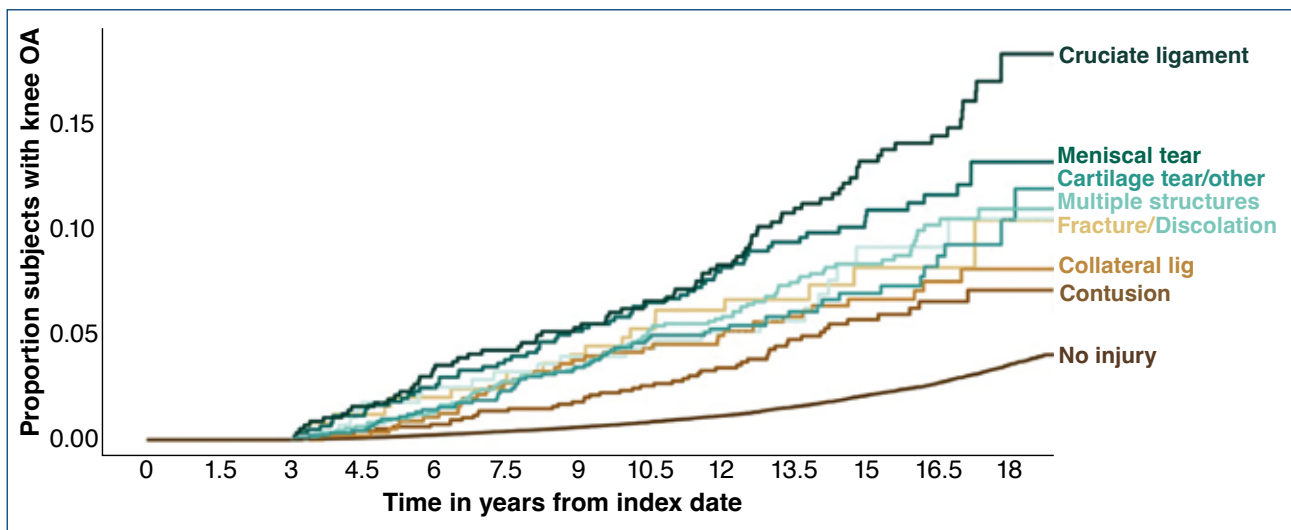
Om de basiskenmerken van de geblesseerde en niet-geblesseerde personen te beschrijven, worden beschrijvende statistieken van de studiepopulatie, follow-up tijd en cumulatieve incidentie van de uitkomst gegeven. De Cox proportionele hazards regressiemodel werd gebruikt om het risico van knieartrose na knieletsel te schatten in vergelijking met de algemene bevolking die de gezondheidszorg raadpleegde maar zonder letsel. Deze analyse was aangepast voor leeftijd, geslacht, woongebied, opleidingsniveau en inkomen vóór de indexdatum en was gestratificeerd op het indexjaar. Variabelen werden op basis van hun verdeling

gemodelleerd naar het passende meetniveau in het model. De niet-proportionaliteit van de risico's werd onderzocht en de resultaten werden gepresenteerd voor specifieke intervallen van follow-up. Er werden één sensitiviteitsanalyse en twee potentiële effectmodificers uitgevoerd, namelijk leeftijd en geslacht.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

Snoeker et al. hebben 5247 personen geïdentificeerd (gemiddelde (SD) leeftijd van 29,4 (2,9) jaar, 67% mannen) met een diagnose van knieletsel en 142.825 personen (gemiddelde (SD) leeftijd van 30,2 (3,0) jaar, 45% mannen) zonder gediagnosticeerd knieletsel tussen 1998 en 2007 (tabel 1, figuur 1). Naast het hogere percentage mannen hadden degenen met een knieletsel een lager opleidingsniveau (27% versus 44% met hoger onderwijs). De meest voorkomende letsels waren letsels aan meerdere structuren van de knie (21%), kneuzing (18%) en kraakbeenscheur/overig (17%). De waargenomen mediane follow-up tijd was 14,5 jaar bij geblesseerden (IQR=12,1-16,9) en 13,9 jaar bij niet-geblesseerde personen (IQR=11,7-16,8). Het percentage uitval voor het einde van de follow-up was 5,67%, waarvan 0,85% te wijten was aan overlijden en 4,82% te wijten was aan verhuizing. Na 19 jaar follow-up waren 422 (11,3%) van de personen met een knieletsel gediagnosticeerd met knieartrose, tegenover 2854 (4,0%) van de niet-geblesseerde personen. Het percentage proefpersonen dat knieartrose ontwikkelde, verschilde tussen specifieke letsels (figuur).



Associatie tussen knieletsel en knieartrose

De aangepaste Hazard Ratio (HR) van knieartrose na knieletsel vergeleken met onbeschadigde referentiepersonen was 5,7 (95% CI 5,0 tot 6,6) tot 11 jaar follow-up en 3,4 (95% CI 2,9 tot 4,0) na 11 jaar follow-up. De overeenkomstige aangepaste RD tot 19 jaar follow-up was 8,1% (95% CI 6,7% tot 9,4%). Onder de personen die knieartrose ontwikkelden tot 19 jaar follow-up, was de

gemiddelde beperkte tijd zonder knieartrose 8 maanden korter bij degenen met een letsel in vergelijking met degenen zonder letsel (95% CI -7 tot -9 maanden).

Interactie met leeftijd en geslacht

Bij mannen was de aangepaste HR 5,3 (95% CI 4,5 tot 6,3) en bij vrouwen 6,5 (95% CI 5,1 tot 8,1) tot 11 jaar follow-up. Deze resultaten waren vergelijkbaar na 11 jaar follow-

up. Personen jonger dan 30 jaar hadden gedurende maximaal 11 jaar follow-up een verhoogd risico op het ontwikkelen van knieartrose, met een HR van 7,6 (95% CI 6,2 tot 9,3) in vergelijking met personen ouder dan 30 jaar met een HR van 4,7 (95% CI 3,9 tot 5,7, tabel 2), wat het lagere basisrisico weerspiegelt bij jongere personen. De bijbehorende RD's tot 19 jaar follow-up waren vergelijkbaar in de subgroepen, respectievelijk 8,6% (95% CI 6,9% tot 10,4%) in de jongere leeftijdsgroep en 8,0% (95% CI 5,9% tot 10,1%) in de oudere groep.

Risico op OA na specifieke letsels

Het risico op knieartrose nam toe na een kruisbandletsel, een meniscusscheur en een fractuur van het bovenste uiteinde van het scheenbeen/patella, met een aangepaste HR van respectievelijk 8,2 (95% CI 5,9 tot 11,4), 7,6 (95% CI 5,5 tot 10,5) en 7,0 (95% CI 4,2 tot 11,7) tot 11 jaar follow-up in vergelijking met ongewonde personen. Het verschil in ziektevrije tijd van de indexdatum tot artrose tussen gewonde personen en personen zonder letsel was -16 maanden (95% CI -17 tot -14 maanden) voor kruisbandletsel, -12 maanden (95% CI -13 tot -10 maanden) voor meniscusscheur en -8 maanden (-10 tot -6 maanden) voor fractuur. Belangrijk is dat alle andere letseltypen ook geassocieerd waren met een verhoogd risico op toekomstige diagnose van knieartrose, met RD's tussen 3,8% en 8,0%.

Bespreking:

De auteurs hebben een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen knieletsels en het risico op het ontwikkelen van knieartrose bij jongvolwassenen. Ze hebben hiervoor gegevens gebruikt van een grote groep mensen uit de algemene bevolking en hebben gekeken naar verschillende soorten knieletsels, zoals gescheurde kruisbanden, meniscusletsel en fracturen van het kniegewricht.

De resultaten van het onderzoek tonen aan dat personen met een knieletsel gemiddeld zes keer meer kans hebben op het ontwikkelen van knieartrose in vergelijking met personen zonder knieletsel. Daarnaast hebben ze ontdekt dat alle soorten knieletsels gepaard gaan met een verhoogd risico op het ontwikkelen van knieartrose, waarbij gescheurde kruisbanden, meniscus- en fractuurletsel van het kniegewricht gepaard gaan met het hoogste risico (7-8 keer verhoogd).

Opmerkelijk is dat het verschil in tijd tussen de indexdatum (het moment waarop het letsel ontstond) en de diagnose van knieartrose gemiddeld slechts 8 maanden korter was bij personen met een letsel in

vergelijking met personen zonder letsel, hoewel personen met een letsel op jongere leeftijd een groter risico hadden om knieartrose te ontwikkelen. Dit onderzoek is het eerste in zijn soort dat het verhoogde risico op knieartrose na verschillende soorten knieletsels onderzoekt bij jongvolwassenen uit de algemene bevolking en geeft nieuw inzicht in het OA-risico dat gepaard gaat met verschillende soorten knieletsels bij jongvolwassenen.

Het was al bekend dat knieletsels een bekende risicofactor voor knieartrose zijn, maar dit werd voornamelijk bestudeerd in oudere personen en aan de hand van case-control studies. De studie van Snoeker et al. toonde een zesvoudig hogere kans op knieartrose aan voor personen met knieletsels, vergelijkbaar met eerdere onderzoeken naar jonge personen. Voor zowel letsels aan kruisbanden en meniscus als fracturen van het tibiaplateau/patella werd een verhoogd risico vastgesteld in vergelijking met het gemiddelde risico. Door de geïsoleerde diagnose codes en het niet accuraat rapporteren van comorbiditeit, is onduidelijk gebleven in deze studie of een combinatie van kruisbandletsel en meniscusletsel het risico op artrose verder verhoogt.

Het verschil in periode zonder OA tussen geblesseerde en niet-geblesseerde personen die op jonge leeftijd knieartrose ontwikkelden, was klein. Dit was niet de verwachting en kan mogelijk verklaard worden doordat personen zonder knieletsel wellicht andere risicofactoren hebben voor knieartrose, zoals genetische aanleg of obesitas. Daarmee verdwijnt het contrast tussen de personen met en zonder knieletsel, en lijkt het verschil in de ziektevrije tijd minder groot dan wanneer de personen zonder knieletsel deze andere risicofactoren voor knieartrose niet hadden gehad.

Er is nog weinig literatuur over knieletsels en knieartrose bij jongvolwassenen, en daarom moet er in de toekomst meer onderzoek naar worden gedaan. Het is ook belangrijk om rekening te houden met de beperkingen van de gebruikte methoden, zoals de beperkte informatie over gelijktijdige gewrichtsschade en de relatief korte follow-upperiode.

Conclusie:

De studie van Snoeker et al. kan helpen een inschatting te maken hoe groot de kans is op het ontwikkelen van OA na een specifiek knieletsel. Vooral bij jonge personen met traumatisch knieletsel is dit relevant, omdat zij op jonge leeftijd OA ontwikkelen. Dit zijn jonge mensen met een oude knie. Deze gegevens komen weliswaar uit Zweden, maar zijn waarschijnlijk ook toepasbaar op de Nederlandse populatie.

Referentie:

1. Snoeker B, Turkiewicz A, Magnusson K, Frobell R, Yu D, Peat G, Englund M. Risk of knee osteoarthritis after different types of knee injuries in young adults: a population-based cohort study. *Br J Sports Med.* 2020 Jun;54(12):725-730. doi: 10.1136/bjsports-2019-100959. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31826861.

Het verband tussen collumfracturen en slijtage in het heupgewricht: een bespreking van de recente literatuur

Dr. A.H. Hosman*, Drs. K.M.F. Gorgels*

Inleiding

Het is dagelijkse praktijk voor medisch adviseurs om na fracturen al dan niet een toekomstrisico aan te nemen voor posttraumatische slijtage (of posttraumatic osteoarthritis, afgekort PTOA). Bij een collumfractuur wordt frequent een toekomstig risico op heupslijtage genoemd door medisch adviseurs en verschillende orthopedische expertisecursussen. Er is weinig literatuur over het risico op artrose bij patiënten na deze fracturen, omdat frequent nadien sprake is van de behandeling met de plaatsing van een totale kunstheup of kophalsprothese. Het doel van dit literatuuroverzicht is om de schaarse literatuur die wel ter beschikking is te onderzoeken op de relatie tussen femurhalsfracturen en het daaropvolgende risico op PTOA.

Relatief laag risico op PTOA na collumfracturen

In 2022 publiceerde Betancourt¹ een overzicht van de risicofactoren voor posttraumatische heupartrose na letsel aan het bewegingsapparaat. In dit review wordt een relatief laag risico op PTOA na collumfracturen benoemd. Zo is er onder meer een retrospectieve studie besproken met 417 minimaal verplaatste collumfracturen (behandeld met schroeffixatie) en een follow-up van ruim 3 jaar (68% vrouwen, mediane leeftijd: 78 jaar); bij deze patiëntengroep was sprake van slechts 0,5% PTOA². Uit een studie waarin 349 patiënten met proximale femurfracturen en 112 patiënten met heupcontusie werden vergeleken, bleek dat het percentage heupartrose tussen patiënten met dit soort fracturen en heupcontusie vergelijkbaar was, respectievelijk 16% en 18%³.

Discussie

De bevindingen van deze literatuurreview suggereren dat er geen duidelijk bewijs is voor een verband tussen collumfracturen en het daaropvolgende risico op heupartrose. Een mogelijke

verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten na een collumfractuur vaak minder actief zijn en minder gewicht dragen op het aangedane been, wat juist kan leiden tot minder slijtage op de lange termijn. Een andere verklaring is dat slijtage in de heup zou kunnen leiden tot minder activiteit en dus een lagere kans op een collumfractuur.

Voorts is er nog gekeken naar verschillende subtypen van collumfracturen. Franklin et al vond dat het risico op slijtage in de heup relatief het hoogst was bij patiënten met een geïmpacteerd collumfractuur. Dit suggereert dat het type fractuur een belangrijke rol kan spelen bij het bepalen van het risico op slijtage in de heup. Dat lijkt te worden bevestigd als er ook gekeken wordt naar andere fractuurtypes. Bij 320 patiënten waarbij het type breuk (trochanter/collum) en de aanwezigheid en de graad van artrose werden beoordeeld, bleken trochanterfracturen sterk gecorreleerd met slijtage⁴. En omgekeerd vertoonden patiënten zonder slijtage vaker een collumfractuur. Heupslijtage leek volgens de auteurs een beschermende factor te zijn voor collumfracturen en een risicofactor voor trochanterfracturen en dit kwam uit ook uit de studie van studie van Franklin et al.⁵. Deze rapporteerde een omgekeerde associatie tussen heupfractuur en heupartrose, waarbij een lager percentage artrose werd waargenomen bij patiënten met een heupfractuur vergeleken met een controlegroep. De kans op heupslijtage was drie keer hoger in de controlegroep dan in het cohort met collumfractuur. De omgekeerde relatie tussen heupartrose en heupfractuur werd systemisch geacht waarbij gedacht werd aan een genetisch te verklaren omgekeerde relatie tussen artrose en osteoporose. Dit zou kunnen verklaren waarom deze aandoeningen zelden naast elkaar voorkomen.

Conclusie

Voor medisch adviseurs is het op basis van de huidige stand van de literatuur niet zonder meer redelijk om een toekomstrisico op artrose aan te nemen in relatie tot een doorgemaakte collumfractuur, omdat er geen duidelijke causale relatie is gebleken.

* Forum consult.

Referenties

1. Castano Betancourt, M. C., Maia, C. R., Munhoz, M., Morais, C. L. & Machado, E. G. A review of Risk Factors for Post-traumatic hip and knee osteoarthritis following musculoskeletal injuries other than anterior cruciate ligament rupture. *Orthop. Rev.* 14, 38747 (2022).
2. Sjöholm, P. et al. Posterior and anterior tilt increases the risk of failure after internal fixation of Garden I and II femoral neck fracture. *Acta Orthop.* 90, 537–541 (2019).
3. Robstad, B., Frihagen, F. & Nordsletten, L. The rate of hip osteoarthritis in patients with proximal femoral fractures versus hip contusion. *Osteoporos. Int.* 23, 901–905 (2012).
4. Maluta, T., Toso, G., Negri, S., Samaila, E. M. & Magnan, B. Correlation between hip osteoarthritis and proximal femoral fracture site: could it be protective for intracapsular neck fractures? A retrospective study on 320 cases. *Osteoporos. Int.* 30, 1591–1596 (2019).
5. Franklin, J., Englund, M., Ingvarsson, T. & Lohmander, S. The association between hip fracture and hip osteoarthritis: a case-control study. *BMC Musculoskelet. Disord.* 11, 274 (2010).

Lage Rugpijn

Drs. M.H. Pouw, Prof. Dr. A.J.F. Hosman**

Wereldwijd vormt lage rugpijn het grootste sociaal maatschappelijke gezondheidsprobleem wanneer het uitgedrukt wordt in het aantal jaren geleefd met functionele beperkingen. Dit gaat gepaard met hoge kosten voor de maatschappij onder meer als gevolg van werkverzuim, arbeidsongeschiktheid en de hoge mate van zorgverbruik. Chronische lage rugpijn is lage rugpijn die drie maanden of langer bestaat. Het is goed om te realiseren dat deze vorm van lage rugpijn geen diagnose is, maar een symptoom verwijzend naar de lokalisatie en duur van de klachten. Het blijkt een van de meest voorkomende problemen te zijn waarvoor patiënten naar de huisarts of fysiotherapeut gaan. Lage rugpijn komt frequent voor; van de westerse bevolking maakt 60-90% minstens 1 keer in het leven een episode door van lage rugpijn. Vrouwen hebben hierbij vaker lage rugpijn dan mannen en de incidentie en prevalentie stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. De schatting is dat bij 60-80% van al deze patiënten de klachten na een jaar nog bestaan en de meesten consulteren dan medisch specialisten in de tweede lijn. De exacte etiologie van lage rugpijn is voor de grootste groep patiënten onbekend en daardoor is de diagnose vaak gekoppeld aan een overbelasting van pijngevoelige structuren in en rond de wervelkolom, zoals tussenwervelschijven, gewrichten, zenuwen en spieren. Er bestaat een heel scala aan invasieve

(bijvoorbeeld chirurgie en pijnpolibehandelingen) en conservatieve (bijvoorbeeld fysiotherapie, rugschool of multidisciplinaire gedragstherapie) behandelingen. Ondanks jaren aan wetenschappelijk onderzoek zijn de resultaten nog altijd inconsistent en controversieel. Zo laten chirurgische behandelingen en multidisciplinaire pijnmanagementprogramma's maar matige uitkomsten zien. Mede doordat er een grote praktijkvariatie tussen zorgaanbieders bestaat, is er onduidelijkheid over welke behandelingen kosteneffectief zijn. Bovendien blijkt dat er onder de Nederlandse wervelkolomchirurgen geen consensus bestaat ten aanzien van de besluitvorming betreffende welke patiënten met chronische lage rugpijn chirurgie geschikt is. In deze uiteenzetting zal de onderverdeling tussen specifieke en specifieke rugpijn gebruikt worden. Van de laatste groep zullen een aantal voorbeelden gebruikt worden

Aspecifieke rugpijn

Bij deze vorm is er geen aanwijsbare anatomische verklaring voor de rugpijnklachten. Daardoor is de pijnpresentatie vaak diffuus en niet duidelijk omschreven. Vaak is het gelokaliseerd tussen de onderste ribben en bilplooien en vaak zeurend van karakter. Daarnaast is stijfheid een vaak gehoorde klacht. Er kan sprake zijn van houdingsgerelateerde klachten waarbij er ook uitstraling kan zijn in één of beide benen. Meestal staat rugpijn meer op de voorgrond dan beenpijn.

* Expertisecentrum UOGN
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
orthopedisch-expertisecentrum@outlook.com

Vaak nemen de pijn en beperkingen in de meeste gevallen binnen één maand af. Bij de mensen met klachten die drie maanden of langer bestaan, spreken we over een chronische pijn waarbij de kans op herstel ook kleiner is. Een groot deel van deze patiënten zal in het jaar erop wederom een episode doormaken van lage rugpijn.

Een aantal risicofactoren spelen mogelijk een rol bij het ontstaan van specifieke lage rugpijn:

- Zwaar lichamelijk werk
- Lang zitten
- Veel tillen
- Werkgerelateerde stressoren
- Obesitas

Indien er geen aanwijzingen zijn die duiden op een specifieke oorzaak dan is er ook geen meerwaarde om aanvullende diagnostiek te verrichten en bestaat de behandeling aanvankelijk met name uit voorlichting en algemene adviezen. Hierbij dient geadviseerd te worden in beweging te blijven en met name bedrust af te raden. Eventueel kan de fysiotherapeut worden betrokken en bij klachtenduur van twaalf weken of meer, zou gedragstherapie of zelfs een multidisciplinaire rugrevalidatie overwogen kunnen worden.

Specifieke rugpijn

Bij deze vorm van rugpijn wordt verondersteld dat er een anatomische verklaring is voor de rugpijn. In de anamnese zijn een aantal zaken belangrijk om te onderscheiden of er een vermoeden hierop bestaat. Van belang is om de voorgeschiedenis (bv. maligniteit of eerdere operaties aan de wervelkolom) in kaart te brengen. Vervolgens dient men tot in detail het soort rugpijn al dan niet met een uitstralingscomponent in kaart te brengen. Bestaan er uitlokkende factoren zoals bijvoorbeeld een recent trauma. Ook zaken als gewichtsverlies, nachtzweeten, koorts en algehele malaise gevraagd dienen te worden. De neurologische klachten kunnen bestaan uit gevoels- en krachtsverlies, mictie en/of defaecatieproblemen en de eerder vermelde uitlokkende factoren die deze klachten doen toe- of afnemen. Aanvullende diagnostiek kan bestaan uit conventionele röntgenfoto's, CT of MRI van de lumbale wervelkolom afhankelijk van de vraagstelling. Aan de hand van een aantal voorbeelden zullen er enkele specifieke oorzaken besproken worden.

Spondylolyse / spondylolisthesis

Patiënten geven vaak aan dat er al langere tijd rugklachten bestaan die bij navraag al sinds puberteit in meer of mindere mate aanwezig zijn. De reden dat patiënten dan de dokter bezoeken is vaak een toename van beenpijnklachten aan één of beide benen. Patiënten geven vaak aan dat er sprake is van belastingsafhankelijke klachten van zowel rug als benen. Meestal zal er tijdens het lichamelijk onderzoek niet veel opvallende zaken te zien zijn aan

de rug, behoudens soms een palpabel "trapje" t.h.v. L4 en L5. Daarnaast kan er motorische zwakte gezien worden van de voet/hallux in dorsoflexie.

De behandeling is vaak conservatief, soms kunnen invasieve behandelingen op de pijnpoli uitkomst bieden. Ook zal een klein deel uiteindelijk een repositiespondylodese ondergaan.



Figuur 1: Conventionele laterale opname van de lumbale wervelkolom, waarbij de onderbreking te zien is in de pars articularis inferior van L5 en er ook een afschuiving te zien is van L5 t.o.v. S1.

Spondylodiscitis

Bij patiënten met een infectie zullen vaak klachten zich (sub)acut presenteren met in korte termijn een toename aan rugklachten. Er kan sprake zijn van een recente ingreep/behandeling als port d'entree, maar vaak is er ook sprake van een immuun gecompromitteerde patiënt. Tevens kan er sprake zijn van gewichtsverlies, koorts, koude rillingen en nachtzweeten. Belangrijk is om te vragen of er sprake is van neurologische klachten zoals zwakte, doofheid of incontinentieproblematiek.

Vaak zal, naast het afnemen van de infectieparameters in het bloed en conventionele opnames van de rug, ook een MRI met contrast gemaakt moeten worden om de diagnose te bevestigen/uit te sluiten. Indien er een verwekker uit de bloedkweken komt, al dan niet aangevuld met een biopsie van het aangedane deel, zullen patiënten antibiotisch behandeld worden. Chirurgische stabilisatie en/of decompressie is geïndiceerd als er sprake is van het ontstaan van een deformiteit en/of neurologisch deficit.



Figuur 2: MRI lumbale wervelkolom met contrast waarbij er in de tussenwervelschijf van L1 en L2 een abces zichtbaar is.

Osteoporotische wervelinzakking

Bij patiënten met subacute klachten, al dan niet ontstaan na een uitlokkend moment of trauma, moet er gedacht worden aan een traumatische verklaring. Met name postmenopauzale vrouwen zijn hierin een risicofactor. Gevraagd dient te worden naar de voorgeschiedenis (gebruik corticosteroiden) en een belaste familieanamnese. De behandeling bestaat vaak uit pijnstilling en fysiotherapie. Eventueel kan een antalgisch korset overwogen worden. De chirurgische behandeling is vaak beperkt, maar bij het ontstaan van neurologische klachten en/of deformiteit kan dit overwogen worden. Ook is het van belang dat patiënten een osteoporosescreening krijgen indien de botdichtheid niet bekend is ten tijde van het ontstaan van de fractuur.



Figuur 3: Conventionele laterale opname van de lumbale wervelkolom laat een inzakkingsfractuur zien van zowel L1 als L3 met ook vormverandering daarbij.

Lumbosacraal radiculair syndroom

Patiënten kunnen naast beenpijnklachten ook klagen over hevige rugpijn. Belangrijk is om de precieze pijnklachten uit te vragen en na te gaan hoe deze pijn zich manifesteert in been of benen.

Tevens is in het kader van herniaklachten goed om te weten wat druk verhogende momenten (hoesten, niezen en persen) voor invloed hebben op deze klachten. Ook dient men te weten of er sprake is van urineretentie/incontinentie en/of faecale incontinentie. Bij het lichamenlijk onderzoek is het van belang om een gedetailleerd neurologisch onderzoek te verrichten om de sensibiliteit en motoriek te bepalen. Tevens kan de Lasègue test uitgevoerd worden om te bepalen of er rek op de aangedane wortel gezet kan worden. Op indicatie kan er ook een rectaal toucher verricht worden indien er gedacht wordt aan een caudasyndroom.

Naast een conventionele opname zal er vaak een MRI van de wervelkolom gemaakt worden. De behandeling bestaat initieel uit pijnstilling en fysiotherapie met over het algemeen een gunstig beloop. Eventueel kunnen er invasieve behandelingen overwogen worden op de pijnpoli. Indien klachten persisteren na twaalf weken met een invaliderend karakter dan kan een operatieve interventie middels herniotomie overwogen worden. Indien er sprake is van een caudalaesie is er bijna altijd een operatieve decompressie en/of herniotomie nodig.



Figuur 4: MRI LWK van de lumbale wervelkolom met een herniatie van de discus op het niveau L5/S1.

Casus:

Het betreft een 78-jarige betrokkene met in de voorgeschiedenis al jaren bestaande aspecifieke rugklachten, geduid door een collega elders als passende bij haar leeftijd. Betrokkene is tijdens het oversteken op straat werd aangereiden door een auto en hierbij op haar linkerzijde ten val is gekomen. Uiteindelijk is zij door de ambulance naar het ziekenhuis gebracht, waarbij er een L1 fractuur werd vastgesteld op de CT. De fractuur werd

conservatief behandeld middels corset.

Zij klaagt momenteel met name over rugpijnklachten die haar hinderen om normale activiteiten uit te voeren. Er worden geen neurologische klachten aangegeven. Betrokkene vermeldt dat de pijn erg is, maar dat er nog geen pijnstillers gebruikt hoeven te worden. Cliënte vermeldt zichzelf normaal te kunnen wassen en aankleden zonder extra pijn, maar tillen van een zwaar voorwerp geeft wel extra pijn. Betrokkene geeft aan niet verder te kunnen lopen dan twee kilometer, niet in de stoel te kunnen zitten langer dan een uur en ook niet langer dan dertig minuten kan blijven staan. Haar sociale leven is normaal en bezorgt haar verder geen extra pijn. Bij lichamelijk onderzoek een oudere verzorgde betrokkene met ongestoorde oriëntatie in trias. Niet adipeus. Verstoorde sagittaal alignment met opgeheven lumbale lordose en toegenomen thoracolumbale kyphose. Kloppijn werd aangegeven t.h.v. thoracolumbale overgangsgebied. Neurologische deficit niet aanwezig. Geen klinische aanwijzingen voor cox- dan wel gonartrose. Aanvullende diagnostiek bevestigt de vormafwijking zoals beschreven in figuur 5 en 6.

Beschouwing over de casus

Ten aanzien van het dilemma pre-existente degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom in combinatie met een wervelfractuur dient niet slechts de röntgenfoto te worden betracht. Immers degeneratieve afwijkingen die op radiologische diagnostiek evident aanwezig zijn hoeven niet altijd gepaard te gaan met klachten, pijn en/of beperkingen. Belangrijk is dat men zich realiseert dat degeneratieve afwijkingen van het bewegingsapparaat kunnen leiden tot verminderde beweeglijkheid en daardoor een afname in compensatiemogelijkheden die verantwoordelijk zijn voor de balans en houding. Voor de wervelkolom betekent dit dat posttraumatische vormveranderingen van de wervelkolom de statiek kunnen verstoren in het coronale en sagittale vlak. Als gevolg hiervan kan deze posttraumatische deformiteit er toe leiden dat deze niet meer functioneel gecompenseerd kan worden en beperkingen met zich meebrengt. Gaan de pre-existente degeneratieve afwijkingen wel gepaard met klachten dan gelden bovenstaande beginselen ook. Echter het differentiëren tussen het aandeel klachten en beperkingen als gevolg van de fractuur dan wel de pre-existente klachten en beperkingen op basis van de degeneratieve afwijkingen is uiterst moeilijk.

De AMA-Guides zullen ons blijven helpen om op fractuurniveau het percentage functionele invaliditeit te kunnen bepalen. Met betrekking tot de NOV beperkingenlijst wordt het ingewikkelder en van de

rapporteur meer gevraagd. Het is echter aannemelijk en verdedigbaar dat, in het geval van pre-existente klachten, deze in ernst toename als gevolg van posttraumatische vormafwijking. Immers het compensatiemechanisme zoals hierboven beschreven kan falen met als gevolg functiebeperkingen. Zo kunnen pre-existente lichte beperkingen na een posttraumatische vormafwijking een ernstiger karakter krijgen. Indien een betrokkene dit aangeeft in de beperkingen, dient de rapporteur bij zijn opmerkingen deze toename in beperkingen te beargumenteren en te differentiëren in relatie tot de pre-existente situatie.



Figuur 5: CT thoracolumbale wervelkolom waarop de L1 te zien is, alsmede de degeneratieve afwijkingen laag lumbaal.



Figuur 6: Conventionele röntgenopname waarop de toegenomen vormafwijking van L1 zichtbaar is en daarbij ook afname in wervelhoogte zoals gemeten.

Referenties:

1. M. van Hooff; Towards a paradigm shift in chronic low back pain?, 2017
2. NHG standard Aspecifieke lage rugpijn, 2017



Adviserend Verzekeringsarts (Sociaal Medisch Onderzoek Oud-Militairen)

Ontdek een bijzonder en specialistische wereld in de verzekeringsgeneeskunde en letselschade! Wij zoeken een enthousiaste verzekeringsarts die graag het causaal verband tussen symptomen en omgevingsfactoren beoordeelt binnen wettelijke kaders. Ben je (basis)arts en wil jij je steentje bijdragen in dit interessante, boeiende en dynamische werkveld waar soms sprake kan zijn van zeer schrijnende gevallen? Dan is dit het moment om met ons in gesprek te gaan. Lees verder en ontdek de mogelijkheden!

Functieomschrijving

Als verzekeringsarts ben je onderdeel van Team Sociaal Medisch Onderzoek (SMO). Dit team bestaat uit Adviserend Verzekeringsartsen, Arbeidsdeskundigen en Medisch Secretaresses. Wat doet de afdeling SMO? Militairen lopen bij de uitvoering van hun werk meer gezondheidsrisico's dan andere werknemers. Daarom zijn er voor (oud-)militairen extra regelingen. Dit betekent dat (oud-)militairen bij ziekte of arbeidsongeschiktheid mogelijk recht hebben op een pensioen, voorziening of geneeskundige verstrekking. Het ABP is voor Defensie de contractpartner en door uitbesteding aan APG worden deze regelingen uitgevoerd. Dit gebeurt door de afdeling Bijzondere Regelingen Defensie (BRD) van APG waar SMO-onderdeel van uitmaakt. Bij de afdeling SMO werken speciaal opgeleide verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en medisch secretarissen.

Wat behoort in deze rol tot je verantwoordelijkheden? Als Adviserend Verzekeringsarts draag je bij aan het sociaal-medisch en juridisch adviesbeleid. Je geeft advies over sociaal- en verzekeringsgeneeskundige vraagstukken met betrekking tot de uitvoering van militaire pensioenwetgeving en voorzieningenreglement. Daarnaast beoordeel je claims voor lichamelijke en geestelijke letselschade van voormalige militairen. Hierbij bepaal je de relatie tussen de ziekte of beperking en het vervullen van militaire dienst. Ook onderzoek je mogelijke verbanden tussen overlijden van ex-militairen en hun militaire dienst. Het vaststellen van invaliditeit en verzekeringsgeneeskundige beoordelingen voor de militaire pensioenwetgeving behoren ook tot jouw taken. Indien nodig vertegenwoordig je de afdeling in overleggen met interne en externe partners. Voor deze rol ben je bereid het protocol van Defensie te leren en je te verdiepen in de doelgroep 'veteranen'.

Functie-eisen

Als verzekeringsarts ben je in staat zelfstandig te handelen binnen een team. Zowel goed samenwerken als zelfstandig beslissingen nemen gaat je goed af. Kwaliteit en nauwkeurigheid is belangrijk voor jou. Je bent continu bezig om je kennis binnen je vakgebied te verbreden en om de kwaliteit van je werk te verhogen. Je bent veranderingsgezind en kunt met een frisse blik naar ons werk kijken om nieuwe initiatieven te ontplooien die bijdragen aan een verhoogde klanttevredenheid.

Verder vragen wij:

- BIG-geregistreeerde arts, bij voorkeur verzekeringsarts.
- Kennis van of affiniteit met psychiatrie, met name posttraumatische stressstoornissen (PTSS).
- Vaardigheid in het in kaart brengen van beperkingen en het toetsen ervan aan wettelijke kaders.
- Goed kunnen plannen en organiseren.
- Sterke communicatieve vaardigheden.
- Stressbestendigheid.
- In het bezit van een rijbewijs B.

Arbeidsvoorwaarden

We bieden je een brutosalaris van maximaal € 8.596,67 (op basis van 38 uur per week) en mooie arbeidsvoorwaarden gericht op flexibiliteit, zoals:

- Een gegarandeerde eindejaarsuitkering van 8,33%.
- Veel aandacht voor jouw vitaliteit en persoonlijke ontwikkeling.
- Mogelijkheid om 2 à 3 dagen thuis te werken.
- Een aantrekkelijke mobiliteitsregeling.
- En uiteraard een goed geregeld pensioen.

Voor pensioenuitvoerder APG gaat pensioen over mensen, leven en samenleven. Met zorgvuldig vermogensbeheer, pensioenadministratie, communicatie en advies werken we aan een leefbare toekomst voor huidige en toekomstige generaties. Waarin we welvaart en welzijn eerlijk en duurzaam samen delen. Nu, straks, en later.

APG zet zich in voor 4,7 miljoen mensen in Nederland. Daarom vinden wij het belangrijk om ook een afspiegeling te zijn van de Nederlandse maatschappij. Dat betekent dat APG streeft naar een inclusieve werkomgeving, waarin iedereen zichzelf kan zijn én waarin jouw unieke kwaliteiten omarmd worden.

Als je kiest voor werken bij APG, kies je voor een baan waarin je bijdraagt aan een mooie toekomst. Solliciteer dus nu!

Contactinfo

Neem contact op met Recruiter Jeroen Goverde (06-13 48 29 57, jeroen.goverde@apg.nl), die meer kan vertellen over de sollicitatieprocedure. Heb je vragen over de inhoud van de vacature of over het team, neem dan contact op met Michiel Mes (michiel.mes@apg.nl).

Zie jij toekomst bij APG? Solliciteer uiterlijk met een Nederlandse brief en cv en laat jezelf aan ons zien.

Een Pre Employment Screening maakt onderdeel uit van de procedure.

De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie:
**Aanvullende richtlijnen op de bepaling
 van functional impairment
 conform AMA Guides 6e editie**

Prof. Dr. A.B. van Vugt¹

Niet orthopedisch getinte letsels van thorax, abdomen, huid en weke delen worden behandeld in deze aanvullende richtlijn.

Wat betreft het bewegingsapparaat zijn er raakvlakken met de richtlijnen van de NOV:

- a) Thorax
- b) Bovenste Extremiteit
- c) Onderste Extremiteit
- d) CRPS
- e) Bekken en acetabulum

Thorax:

Een uitgebreid letsel van de thoraxwand geeft frequent aanleiding tot persisterende klachten. Om recht te doen aan een status na fladderthorax, multipale ribfracturen, non-unions en een status na rib-osteosynthese, sternum-osteosynthese, pneumothorax, haemothorax en ernstige longcontusie kan er alleen gebruik gemaakt worden van hoofdstuk 5 (“pulmonary-system”) met dyspnoe en longfunctie.

Bij pijnklachten ten gevolge van thoraxwandletsel zijn er meerdere opties bruikbaar:

Pijn bij bewegingen in glijgewricht thoracoscapulair al dan niet met opwekbare crepitaties of krachtsverlies schoudergordel: tabel 15-5 pagina 401 onder “soft tissue”, contusion or crush injury. Maximaal 3% BE = 2% WPI. Bij AROM beperkingen berekening via deze ingang.

Een andere ingang voor pijnklachten na thoraxletsel (denk aan intercostale neuralgie): Pijn als verschijnsel alleen geeft 0-3% impairment GP (hoofdstuk 3).

NB.: pijnstilling is ook te beschouwen als “continuous treatment”.

Nog een andere ingang is: Pijnklachten zonder dyspnoe, maar met wel beperkingen door pijn ten gevolge van pseudartrose ribfracturen met begeleidende fracturen thoracale wervelkolom: Thoracic spine, transverse process, Class 1, 2-6%, table 17-3 p. 568 als ingangspunt.

Extremiteten:

Wat betreft het bewegingsapparaat (“upper-extremity” - 15; “lower-extremity” -16) zijn er in de AMA Guides duidelijke beperkingen. Zo worden schachtfracturen (femur, tibia, humerus, onderarm) niet duidelijk geïmponeerd. Alleen fracturen aanpalend aan een gewricht worden in de diagnosegerelateerde tabellen genoemd. Ook weke delen letsel voorziet in ernstig letsel of complicaties daarvan (graad 3 open letsels, compartimentssyndroom) met vaak ernstige beperkingen.

Upper extremity:

Per regio mag slechts één diagnose worden gekozen. Indien bij complexe letsels meerdere diagnoses in een regio mogelijk zijn, kies dan de diagnose die het meest oplevert.

Een (niet verder te behandelen) pseudartrose is een eindtoestand van een fractuur. Kies bijpassende fractuur en bereken impairment percentage volgens aanwijzing (met ROM beperking via ROM als ingang).

Indien behandeling van de pseudartrose gepland is, is er nog geen MMI (Maximal Medical Improvement) bereikt en kan nog geen impairmentpercentage worden toegekend.

Ruptuur proximale bicepspees beschouwen als (deel van) rotator cuff (tabel 15-5, pagina 402).

Adviseer bij complexe zenuwletsels een aparte expertise door neuroloog. Enkelvoudig letsel zelf beoordelen.

Range of motion

ROM actief en passief vaststellen. Zegt iets over de onderliggende pathologie. Leidend voor het percentage impairment is de actieve ROM. Ook als pijn de beperkende factor is, zoals bijvoorbeeld bij rotator cuff pathologie met painful arc. Actieve ROM is bepalend voor de mate van beperkingen die betrokkene ondervindt in ADL en voor betaalde arbeid.

ROM als ingang voor berekening impairment percentage is een “stand alone” berekening.

¹ Namens de commissie rapportage van de NVT Traumachirurg, lid NVMSR, MA, LRGD A.B. van Vugt VOF expertise ongevalsletsels te Malden

Lower extremity

Per regio mag slechts 1 diagnose worden gekozen. Indien bij complexe letsels meerdere diagnoses in een regio mogelijk zijn, kies dan de diagnose die het meest oplevert.

ROM beperkingen

In tegenstelling tot bovenste extremiteit is er bij onderste extremiteit in diagnosetabellen geen verwijzing naar ROM beperking als primaire ingang voor BI berekening. Voor de klasse-indeling bij een bepaalde diagnose wordt soms de mate van ROM beperking (mild, moderate of severe) gebruikt. Gebruik voor ROM beperkingen alleen tabellen 16-18 t/m 24.

In enkele gevallen kan ROM beperking worden gebruikt als primaire ingang voor BI berekening. Zie hiervoor tekst 16.7 op pagina 543. Indien ROM als primaire ingang wordt gebruikt dan is het een “ stand alone”.

Indien nog behandelingen (bv. standscorrectie of pseudartrose behandeling) gepland zijn, kan nog geen percentage BI vastgesteld worden. MMI is nog niet bereikt.

Bij simpele neurologische afwijkingen (bijvoorbeeld anesthesie voetrug bij uitval n. peroneus superf.) kan de chirurgisch expertiseur zelf percentage BI bepalen m.b.v. tabellen hoofdstuk 16.4). Adviseer bij complexere neurologische verschijnselen een expertise door een neuroloog.

CRPS

Ook aangaande CRPS zijn er onvolkomenheden in de AMA. Met name de waardering voor aanvullend onderzoek is onterecht. Er is geen onderzoek, zeker niet in de chronische fase (lab, röntgenfoto's, CT, MRI, botscan), dat een CRPS kan aantonen dan wel uitsluiten!

De AMA-Guides 6e editie stellen een aantal eisen met betrekking tot de toekenning van een BI percentage: de diagnose moet meer dan eenmaal door een arts zijn gesteld, de klachten moeten minimaal één jaar bestaan en betrokkene moet voldoen aan de Boedapest-criteria, verwoord in tabel 15-24 op pagina 453 en tabel 16-13 op pagina 539. Een uitgebreide anamnese en een zorgvuldig onderzoek zijn essentieel bij de expertise.

Tabel 15-25 op pagina 453 en tabel 16-14 op pagina 540 geven aan op welke aspecten er moet worden gelet bij het lichamenlijk onderzoek. Het beeldvormend onderzoek (röntgen, botscintigrafie) is onbetrouwbaar, omdat dit vaak alleen in de initiële fase van hyperaemie positief is en levert dus meestal geen bijdrage aan de score in tabel 15-25. De scores voor röntgen en botscintigrafie vervallen derhalve.

Bij de Boedapest-criteria (tabel 15-25 en tabel

16-14) wordt er zowel rekening gehouden met sensibiliteitsafwijkingen, zoals hyperalgesie en allodynie in de anamnese, als met hyperalgesie (bij pin-prick) en allodynie (bij lichte aanraking, bij druk en bij bewegingen) bij het lichamenlijk onderzoek.

Echter, bij de objectieve diagnostische criteria (tabel 15-26 en tabel 16-15) kunnen er geen punten worden toegekend voor hyperalgesie en voor allodynie, terwijl deze modaliteiten zich uitstekend lenen voor objectivering bij het lichamenlijk onderzoek.

Deze twee sensibele aspecten, hyperalgesie en allodynie, vervangen de score voor röntgen en botscintigrafie.

Op grond van deze score (maximaal 11 punten) kan aan de hand van tabel 15-26 op pagina 454 en tabel 16-15 op pagina 541 het percentage BI worden berekend. De nuancering binnen een klasse vindt plaats aan de hand van de grade modifiers Functional History en Physical Examination, die ook gebruikt worden bij de Diagnosis Based Class Assignment. De grade modifier Clinical Studies vervalt. Klasse 3 = 8 punten, klasse 4 = meer dan 8 punten.

Bekkenring en acetabulum:

De wervelkolom en bekkenring (“spine and pelvis” -17) geven met name op het gebied van bekkenfracturen en acetabulumletsel geen adequate inschatting van ernstige letsels. Voor wervelletsel met neurologische uitval wordt een co-expertise door neuroloog of neurochirurg geadviseerd.

Bekkenfracturen:

Er zijn meerdere hoofdstukken die betrokken zijn bij bekkenletsel. Bij begeleidende letsels dienen deze qua impairment toegevoegd te worden aan de berekening van impairment van het benige bekkenletsel:

- Digestive system (hoofdstuk 6) anorectum
- Cardiovascular system (hoofdstuk 4) vaatletsel (arterieel, veneus)
- Urogenital system (hoofdstuk 7) letsel nier/urinewegen/blaaas/urethra
- Lower extremity (hoofdstuk 16) zenuwletsel

Voor de fractuur staat tabel 17-4 centraal, die echter weinig mogelijkheden geeft om tot een adequate classificatie bij een bekkenringletsel of acetabulumfractuur te komen

Met name als er bij een gedислоceerde fractuur een ORIF is verricht, zal er vaak sprake zijn van een herstel van de oorspronkelijke dislocatie. De oorspronkelijke fractuurdislocatie voor de ORIF is derhalve richtinggevend aan de classificatie.

Voor de classificatie van fracturen dient de indeling volgens Tile gebruikt te worden, die gerelateerd kan worden aan de classificatie van de AMA Guides:

- Niet gedислоceerde fractuur Class 0
- Weinig gedислоceerde fractuur Class 1: fracturen van het os pubis met weinig dislocatie, geringe symphysiolyse < 1 cm, zonder afwijkingen aan de achterzijde van het bekken.
- Partieel instabiele gedислоceerde fractuur Class 2: alle fracturen van het os pubis met dislocatie, symphysiolyse 1-3 cm, en afwijkingen aan de achterste bekkenring met beperkte dislocatie dienen hieronder gerangschikt te worden. Een lateral impact letsel met impressie van het sacrum valt hier ook onder (Tile B1 en Tile B2).
- Instabiele fracturen Class 3: Er moet dan volgens de AMA indeling “residual deformity en instability” zijn wat na een ORIF meestal niet het geval is. Een symphysiolyse > 3 cm gaat altijd gepaard met een (partieële) beschadiging van de SI ligamenten aan de achterzijde. Als er aan de achterzijde van het bekken evident sprake is van een instabiliteit met verticale dislocatie (Tile C) op het niveau van het os ilium (Crescent fracture), SI-gewricht of massa lateralis van het sacrum dient deze classificatie toegepast te worden. NB: Men moet zich realiseren dat bijvoorbeeld de symphysiolyse en daarmee gepaard gaande verwijding van het S- gewricht (uni- of bilateraal) niet altijd op de juiste waarde kan worden ingeschat als de patiënt met een bekkensling ter stabilisatie wordt binnengebracht.
- Volledige SI dislocatie Class 4 : Een volledige SI-luxatie gaat gepaard met een ernstige instabiliteit maar komt slechts zelden voor. Een transversale fractuur van het sacrum met spinopelvic dissociation (“jumpers-fracture”) is in feite geen bekkenletsel, maar mechanisch gezien als een wervelkolominstabiliteit te beschouwen. L5-S1 zijn ten opzichte van de onderliggende

S2-3 onderbroken. Een lager gelegen dwarse sacrumfractuur of os coccygisfractuur zal meestal met < 1 cm dislocatie onder Class 2 worden gerangschikt qua fractuur Adjustment Functional History (tabel 17-12) is qua anamnese relatief eenvoudig toe te passen. Het relateren van de klachten aan het activiteitenpatroon is een subjectieve bepaling. Het gebruik van de Pain Disability Questionnaire is meer objectief en aan te bevelen. Deze wordt in Appendix 3-1 (pagina 43 hoofdstuk pijn) beschreven.

Adjustment Physical Examination (tabel 17-13) kan zonder verdere toelichting toegepast worden. Wel verdient bij het lichamelijk onderzoek pijn vanuit het SI-gewricht nadere aandacht. Pijn in de SI-regio treedt meestal op bij zitten en is minder uitgesproken bij staan en lopen. Specifieke testen zijn in de literatuur beschreven, zoals de Active Straight Leg Raise Test (ASLR), de Posterior Pelvic Pain Provocation (PPPP) en Gänslens test die pijn in het SI-gewricht zeer waarschijnlijk maken. Adjustment Clinical Studies (tabel 17-14) behoeft geen verdere toelichting.

Bij bekkenletsel kan er aan de voorzijde letsel optreden van de n. femoralis en de n. cutaneus femoris lateralis (louter sensibel). Binnen de bekkengordel kan letsel van de plexus lumbosacralis, wortel L5 (bij type C# en proc. transversus L5 letsel) en n. obturatorius optreden. Aan de achterzijde zijn n. ischiadicus, n. gluteus superior en n. gluteus inferior de structuren at risk. In het kleine bekken kan de n. pudendus schade oplopen. Vermeld moet worden dat zowel het oorspronkelijke traumatische letsel als eventueel iatrogeen letsel kunnen voorkomen bij operatieve interventie. Zowel ilioinguinale, Stoppa benadering als posterolaterale expositie kan resulteren in iatrogeen zenuwletsel. Voor sensibele afwijkingen geeft figuur 16-3 een goed inzicht van de uitval gerelateerd aan perifere zenuwuitval.

Tabel motorisch uitval bij bekkenletsel:

Zenuw	Spiergroep	functie
Plexus Wortel L1-3	M. psoas major	Flexie heup
Plexus Wortel L5	M. tibialis anterior	Heffen voet
	teen strekkers	Strekken tenen
N. femoralis	M. quadriceps femoris	Strekken knie
N. obturatorius	Adductoren	Adductie van de heup
N. gluteus superior	Abductoren	Abductie van de heup
		(Trendelenburg gang)
	M. piriformis	Rotatie van de heup
N. gluteus inferior	M. gluteus maximus	Extensie van de heup
N. ischiadicus	Hamstrings	Flexie knie
	Voet- teen heffers	Heffen voet/tenen
	Voet- teen flexoren	Buigen voet/tenen
N. pudendus S2-S4	Sphinctermusculatuur	Incontinentie

Acetabulumfractuur:

In hoofdstuk 17 wordt een zeer beperkte invulling gegeven aan gedислоceerde acetabulumfracturen of een heupluxatie met acetabulumfractuur. Hiervoor moet gebruik gemaakt worden van het hoofdstuk 16 lower extremity, waar in tabel 16-4 heupluxatie, osteochondraalfractuur (Pipkin fractuur van de kop) en fractures about the hip joint benoemd worden. In geval er sprake is van een coxarthrose c.q. interventie met totale heupprothese kan dit ook in tabel 16-4 onder arthritis en total hip replacement gerangschikt worden. Bij forse bewegingsbeperkingen van het heupgewricht heeft gebruik van de ROM van de heup


de voorkeur (methodiek figuur 16-11; 16-12 en 16-13) (tabel 16-14).

NB: In het geval van een acetabulum fractuur moet toch op langere termijn rekening gehouden worden met de kans op een coxarthrose. Het is aan te bevelen hier een voorbehoud van 5-10 jaar aan te houden bij de omschrijving aangaande een eindsituatie.

Conclusie

De AMA Guides 6e editie schiet op sommige punten van het bewegingsapparaat tekort. De NOV heeft hier al een goede aanvulling op gemaakt die we conform, dezelfde gedachtegang, nog wat meer in detail hebben uitgebreid.

UOGN



Onze werkstijl:

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

<p>Dr. A.J.F. Hosman Associate Professor algemeen wervelkolom traumatologie kinderorthopedie mediation</p>	<p>Dr. I.C.M. van der Geest algemeen oncologie</p>	<p>Dr. E.F. Dierselhuis algemeen trauma</p>
<p>Dr. M. Holla traumatologie algemeen voet en enkel</p>	<p>Dr. W.H.C. Rijnen algemeen heupgewricht heupprothesiologie</p>	<p>Dr. M.H. Pouw algemeen wervelkolom kinderorthopedie</p>
<p>Prof. Dr. H.W.B. Schreuder algemeen oncologie wervelkolom traumatologie</p>	<p>Dr. Ing. S.A.W. van de Groes algemeen kniegewricht knieprothesiologie</p>	<p>Dr. J. Visser algemeen heupgewricht heupprothesiologie</p>
	<p>Prof. dr. M. de Kleuver algemeen wervelkolom</p>	

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

Toelichting op vernieuwde NOV-leidraad 2024

Drs. H. van Laarhoven*

De leidraad WIA-NOV (Werkgroep Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid van de Nederlandse Orthopedische Vereniging) bracht in 2020 de laatste leidraadversie uit voor het toepassen bij beoordeling van de hoofdstukken 15, 16 en 17 van de AMA guides 6de editie.

Per 01-01-2024 wordt de nieuwe leidraad ingevoerd. Dit betekent dat vanaf deze datum de leidraad bij beoordeling vanaf deze datum dient te worden toegepast voor de hoofdstukken 15,16 en 17 van de AMA guides 6de editie. Periodieke updates van de leidraad komen tot stand in overleg met toehoorders vanuit de GAV.

Het nieuwe bestuur WIA-NOV per 28-09-2023:

- Leon Elmans, voorzitter
- Huub van Laarhoven, penningmeester/ secretaris
- Harald Lampe
- Peer Poelmann
- Miguel Sewnath

Namens de GAV:

- Hendrina Heuvel
- Lyan Koudstaal
- Napoleon Coene

De leidraad is opgezet omdat de AMA guides niet altijd voldoet aan de Nederlandse situatie. In de VS wordt de AMA guides namelijk veelal toegepast voor verzekeringsinhoudelijke zaken m.b.t. werk ("Workers Compensation"), terwijl in Nederland meer het accent op letsel beoordeling ligt. Daarnaast is er tegenwoordig een online versie van de AMA guides 6de editie beschikbaar, welke jaarlijkse aanpassingen kent. Het is dus een dynamisch proces, wat voortdurend getoetst wordt.

Middels deze toelichting willen wij u graag de grootste en belangrijkste wijzigingen per 01-01-2024 voorleggen:

Algemeen:

- Het boek is leidend, niet de online versie.
- Veranderingen/updates, doorgevoerd in de

online versie, zijn pas geldend wanneer deze in de leidraad zijn gepubliceerd.

- De leidraad is leidend boven het boek.
- De prognose verdiscontering vervalt als zodanig; dit wordt "leeftijd verdiscontering":

Bij bepaalde diagnoses, bijvoorbeeld gewrichtsprotheseplaatsing, kan een percentage BI worden opgeteld wanneer de protheseplaatsing op relatief jonge leeftijd heeft plaatsgevonden. Dit wordt dus niet toegepast om de prognose "af te kopen".

Bovenste extremiteit:

- Het RoM (range of motion) model als alternatief voor DBI (diagnose based impairment) hantering vervalt. Dit is een belangrijke wijziging die in de VS reeds per 01-01-2023 is ingevoerd. Reden voor deze wijziging is dat de AMA guides sinds de overgang van 5de naar 6de editie het RoM model wil afbouwen en de beoordeling meer op basis van diagnose ging doen, zoals bij de Onderste Extremiteit al het geval is. Voor de bovenste extremiteit kan de RoM wel worden gehanteerd binnen de bandbreedte (Grade Modifier PE).

In uitzonderlijke situaties kan het RoM model nog worden gehanteerd, mits gemotiveerd onderbouwd. Dit conform de Onderste Extremiteit.

- Het hoofdstuk "Traumatische Cuffruptuur" is aangepast, waarbij beoordeling van het letsel de expert deskundige meer vrijheid heeft een cuffletsel als traumatisch te duiden. Met name de termijn waarop medisch hulp is gezocht en beeldvormende diagnostiek is verricht na het letsel geeft hierin meer nuance.

Onderste extremiteit:

- De tabel Beenlengteverschil is aangepast. Een beenlengte verschil na letsel geeft altijd impairment.
- De "step-off" bij Tibiplateaufractuur is aangepast: tot 1 mm step-off = Class 1. 1-2 mm step-off. = Class 2.

* Orthopedisch chirurg, secretaris WIA-NOV

Wervelkolom:

- De bepaling dat de GMFH vervalt, wanneer het verschil tussen GMFH en GMPE groter of gelijk aan 2 is, vervalt voor de wervelkolom. Veelvuldig zijn er (forse) klachten en belemmeringen zonder neurologie, waarbij een hoge GMFH dan zou vervallen zonder neurologie (GMPE =0), wat geen recht doet aan de situatie (bij Bovenste/Onderste Extremititeit verandert dit niet: bij verschil tussen GMFH en GMPE groter of gelijk aan 2, vervalt de GMFH).
- De prognose-verdiscontering in het BI percentage

vervalt. Het is aan de expert-deskundige om hier gemotiveerd een antwoord op te geven indien dit wordt verzocht, afhankelijk van de casus.

- De Tabel voor berekening van het inzakkingspercentage na wervelfractuur is aangepast.

Tenslotte:

Er is nog geen zicht op een AMA guides 7de editie. De WIA-NOV blijft op de hoogte van jaarlijkse veranderingen in de online versie en passen deze eventueel toe voor de Nederlandse situatie. Uw aller input blijft zeer gewenst!



Colofon

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringzaken

Redactie

Drs. S.J.H. Eggen
(*secretaris*)

Drs. K.H. Harmsma

Dr. A.H. Hosman
(*hoofdredacteur*)

Drs. F.S.L. Schmidt
(*penningmeester*)

Redactieadres

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

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Lay-out/druk

HieroSign, grafisch ontwerp bureau
Apeldoorn

Abonnementen

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

Auteursrechten

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

ISSN

1387-6082

Agenda

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

2023 (alle data onder voorbehoud)

8 december **NVMSR/GAV-MIDDAG 2023**
Golden Tulip Ampt van Nijkerk
Activiteiten: Masterclass, Vergadering

2024 (alle data onder voorbehoud)

27 - 30 maart **The North American Brain Injury Society's
17th Annual Conference on Brain Injury (ABI2024)**
Mirage Hotel, Las Vegas, Nevada

1 juni - 6 juni **7th Annual Meeting of the Rehabilitation Medicine
Society of Australia and New Zealand**
ICC (International Convention Centre) Sydney

Voor het laatste nieuws en de meest recente agenda, nodigen wij u uit om onze website te bezoeken: <https://gav.nl/actueel/agenda/>