

GAVscoop jaargang 8, nummer 3, december 2004

Inhoudsopgave:

- pag. 54 Van de redactie**
- pag. 54 Van het bestuur**
- pag. 56 Risico factoren voor veneuze thrombo-embolie: vooruitgang voor de wetenschap of verwarring voor patient en behandelaar**
mw. dr. S. Middeldorp
- pag. 62 Chronische klachten van het houdings- en bewegingsapparaat: prognostische factoren**
dr. A.J.M. Sauter
- pag. 68 Chronic Hepatitis C - an update**
dr. F. Drees, verslag T.W.J.S. van der Helm
- pag. 69 Ondernemerskwaliteiten - een subjectief begrip**
mw. A. Roeland, drs. R.J. Heling, verslag drs. R.J. Heling
- pag. 70 Casuïstiek dyslipidaemieën**
dr. A. Regenauer, verslag mw. N.W.M. van Capellen - de Graaf
- pag. 71 De medisch adviseur en het tuchtrecht**
A.H.F.M. Corthals
- pag. 73 Medisch tuchtrecht: Twee uitspraken**
- pag. 78 Wenken voor auteurs**
- pag. 79 Agenda**
- pag. 80 Colofon**

Van de Redactie

Steeds wanneer de Redactie aan het einde van het jaar, bij het almaar weer korter worden van de dagen waarin ook nog zowel de Sinterklaas- als de Kerstdrukke hun schaduwen vooruitwerpen, de balans opmaakt van haar kopij en van wetenschappelijke prestaties en presteren rond de wieg van haar geesteskindje, ziet zij zich geplaatst voor de wondere wereld van de haast en de spoed, nog zoveel te meer nu de GAV-dagen zo in de laatste weken van het jaar 2004 werden gehouden.

Echter, haast en spoed zijn zelden goed en getuigen welhaast van een aardse neiging om liefst het onmogelijke na te streven.

Geconfronteerd met het betrekkelijke van alle zaken past dan eigenlijk een duidelijke pas op de plaats.

Met u wil de Redactie dan ook even stilstaan bij de titel van het jongste, zo succesvolle GAV symposium "De tijd zal het leren".

De ouder wordende mens stond hier nadrukkelijk centraal, alsmede wat een en ander betekent voor de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming en risico-inschatting van de geneeskundig adviseur in particuliere verzekeringszaken.

Hoewel in de oude bijbelse geschriften na de zondeval en de daaropvolgende Zondvloed duidelijk gesteld wordt '...doch sijne dagen sullen zijn hondert ende twintigh jaer...' en dit getal ook steeds meer door diverse wetenschappelijke onderzoeken lijkt te worden bevestigd, is het ons maar al te duidelijk dat wij mensen deze haast asymptotische leeftijd, nog steeds niet bereiken. Wel lijkt ons sterfelijk ras soms aardig op weg te zijn naar dit magische getal.

In 2004 is het ook voor het eerst in meer dan veertig jaar dat een Nederlander zich de oudste mens op aarde kon noemen. De dartele Drentse dame die deze eer te beurt viel, vierde dit met de ontvangst van tal van hoogwaardigheidsbekleders alsmede een delegatie van haar geliefde voetbalclub in juni. Tijdens de persconferentie bleek zij voor haar verjaardag niet minder dan 114 rumbonen te hebben gekregen, voor elk jaar één.

Daarentegen werd het afgelopen jaar als het ware een koninklijke eeuw van een schijnbaar altoos maar blijven bestaan afgesloten met het heengaan van onze eerdere vorstin, Prinses Juliana op 94-jarige leeftijd, als ook van haar prins-gemaal Bernhard, op de leeftijd van 93 jaar. De Engelse Queen Mum verstorf een tweetal jaren eerder op nog hogere leeftijd, 101 jaar. Het confronteert ons maar weer eens temeer met de relativiteit des levens en zeker ook van ons mensenwerk.

Duidelijk moge zijn dat weliswaar genetische factoren en omgevingsfactoren tezamen hier de tijdslinger lang hun lange leven gaande hielden, eens komt het onherroepelijk einde: het aardse leven is immers nooit langer dan een leven lang.

Met deze woorden van bescheidenheid wenst uw Redactie u allen een heel goed uiteinde en een heel goed begin van het Nieuw aanstormend Jaar 2005. Bedenk daarbij dat een oud Chinees spreekwoord zegt: "Het is een goede wereld wanneer de bakker rijdt en de dokter loopt".

M.L.A. Schotel

Van het Bestuur

Zoals gewoonlijk breng ik u weer op de hoogte van de meest recente gebeurtenissen op ons pad naar de professionalisering van ons boeiende vak.

Het tweedaagse GAV-symposium ligt alweer achter ons. Op het moment dat ik dit stuk schrijf heb ik de officiële uitslag van de evaluatieformulieren nog niet onder ogen gehad, want collega Ton Wools, die de uitslag bewerkt heeft, houdt de uitkomst lekker nog even voor zichzelf. Toch ben ik er nu al gerust op. Het was een groot succes en dat in meerdere opzichten. Mensen waren enthousiast over de sprekers en over het niveau van de kennis, die door hen werd overgedragen. Vrijwel alle deelaspecten van ons vak zijn aan bod gekomen. Er werd levendig gediscussieerd. Het avondprogramma met een lezing

door de arts-astronaut professor André Kuipers viel in de smaak. En last but not least: de sfeer was goed. Maar daarnaast gebeurde er nog meer. Diverse reeds bestaande contacten werden nieuw leven ingeblazen en nieuwe contacten kwamen tot stand. Dat is de spin-off van een dergelijk samenzijn, waar enthousiaste en gelijkgestemde geesten elkaar ontmoeten. Diverse malen zijn agenda's getrokken voor nieuwe afspraken voor nader overleg. Ik kan u daar meerdere voorbeelden van noemen, maar laat ik maar liever wachten tot ik u te zijner tijd van de resultaten op de hoogte kan stellen. De symposiumcommissie zal zich beraden over het symposium van 2005. Veel GAV-leden waren aanwezig, maar helaas ontbraken er ook velen. Gebrek aan belangstelling kan dat niet geweest zijn, maar krijgen de medisch adviseurs wel de mede-

werking van hun werkgevers om twee dagen aaneen afwezig te zijn? Kunnen we op deze manier verder gaan of is twee dagen toch net iets teveel van het goede? De tijd zal het leren.

Met trots kan ik u vertellen dat de toenemende signalen en levenstekenen, die wij naar de "buitenwereld" uitzenden, steeds meer beantwoord worden. Actie geeft reactie. Als voorbeeld noem ik de reactie van de KNMG op de tekst van onze Beroepscode, die wij ter accordering hadden toegestuurd. In plaats van het document klakkeloos te ondertekenen ontvingen wij van de KNMG een brief met zeer opbouwende kritiek. Men doet de suggestie om onze Beroepscode aan te vullen en verder te nuanceren. Dat komt niet als een verrassing. Als we eerlijk zijn, dan beseften we al lang dat er veel meer in moet staan en dat bepaalde aspecten verder moeten worden uitgewerkt. Daaraan zal zeker gevolg worden gegeven. De heer Rijkse, algemeen directeur van de KNMG, deed op ons symposium aan de GAV het appèl om nader samen te werken en samen de schouders te zetten onder diverse problemen en knelpunten, die aandacht vragen. Dat appèl is niet aan dovemansoren gericht. Op korte termijn zullen wij met de KNMG van gedachten te wisselen en dat is een van de voorbeelden van overleg, waarvoor de eerste aanleg op ons symposium gestalte kreeg.

Hedenmiddag ontving ik de eerste reactie van het College voor Sociale Geneeskunde op ons verzoekschrift voor een eigen specialisatie. In deze brief werd het traject geschetst, dat door het College wordt doorlopen teneinde over onze aanvraag te kunnen beslissen. Zoals ik u al eerder zei is dit een ingewikkeld traject, maar de brief gaf mij een goed gevoel. Onze aanvraag wordt zeer serieus behandeld en ik kreeg het idee dat de eerste hindernis is genomen. Mijn optimisme blijft groeien. Maar laten we het hoofd koel houden. Of het ideaal wordt verwezenlijkt zal opnieuw de tijd leren.

In de afgelopen tijd hield ik u regelmatig op de hoogte omtrent het beoogde instituut ORMED, waaraan de GAV voornemens is te participeren. Om uw geheugen op te frissen: het is een instituut, dat zich zal gaan bezighouden met de opleiding en de registratie van expertiserend specialisten. Het lijkt er nu op dat ORMED binnen afzienbare tijd

zal worden opgericht. De juiste vorm en de juiste bestuursstructuur staan nog ter discussie. Op Ameland vond de eerste ronde van de opleiding van de neurologen plaats, in welk kader ik een lezing heb mogen houden. Deze opleiding fungeert als pilot voor de vervolgoledingen en die voor de andere specialisten. We kwamen enthousiast van Ameland terug, geïnspireerd voor de volgende stappen. Toch moeten wij als GAV dit proces goed in de gaten houden, zodat er sprake blijft van een evenwichtige verdeling van de inbreng van de verschillende participanten. Hoe meer de plannen voor ORMED een concrete vorm aannemen, hoe meer ik beseft dat we verder zullen moeten "academiseren". Als het aan mij ligt dienen we te streven naar een academische leerstoel, zodat ons vak ook op universitair niveau volwassen wordt. Ook dat zou wel eens minder utopisch kunnen zijn dan we altijd hebben gedacht.

Dat brengt mij tenslotte op het onderwerp dat momenteel misschien wel de meeste aandacht vraagt. Hoe wordt onze toekomstige opleiding gestructureerd? Gaan we die uitbesteden (en zo ja aan wie?) of houden we die in eigen hand? Zijn er nog andere alternatieven te bedenken? De argumenten vóór en tegen liggen niet bepaald voor het oprapen. We moeten er onder de oppervlakte behoedzaam en moeizaam naar spitten. Welke eisen zal het CSG stellen als men positief beslist over onze aanvraag? Met deze vraagstukken houden het Bestuur en de Onderwijscommissie zich momenteel intensief bezig. Het onderwijs is dermate belangrijk dat het Bestuur voornemens is om hieraan in de eerste helft van januari 2005 een Invitational Conference te beleggen. We zouden deze conferentie "Raamplan GAV 2005" kunnen noemen. Op deze wijze hoopt het bestuur een breed draagvlak te krijgen voor de beslissingen die op redelijk korte termijn genomen moeten worden, beslissingen die zeer bepalend zullen zijn voor de toekomst van ons mooie en belangrijke vak.

Tot zover mijn informatie over de laatste ontwikkelingen van onze springlevende vereniging.

Ik wens u namens het Bestuur alvast een gelukkig Kerstfeest en een prettige Jaarwisseling. Op naar 2005!

W. Schuwirth
Voorzitter GAV



Op 18 en 19 november 2004 hield de GAV een tweedaags symposium in Amstelveen onder de titel:

“De tijd zal het leren”

Hier onder zijn 2 artikelen naar aanleiding van dit interessante en druk bezochte symposium opgenomen. De collegae mevrouw dr. S. Middeldorp en dr. A.J.M. Sauter hebben hun lezing enigszins aangepast voor deze publikatie.

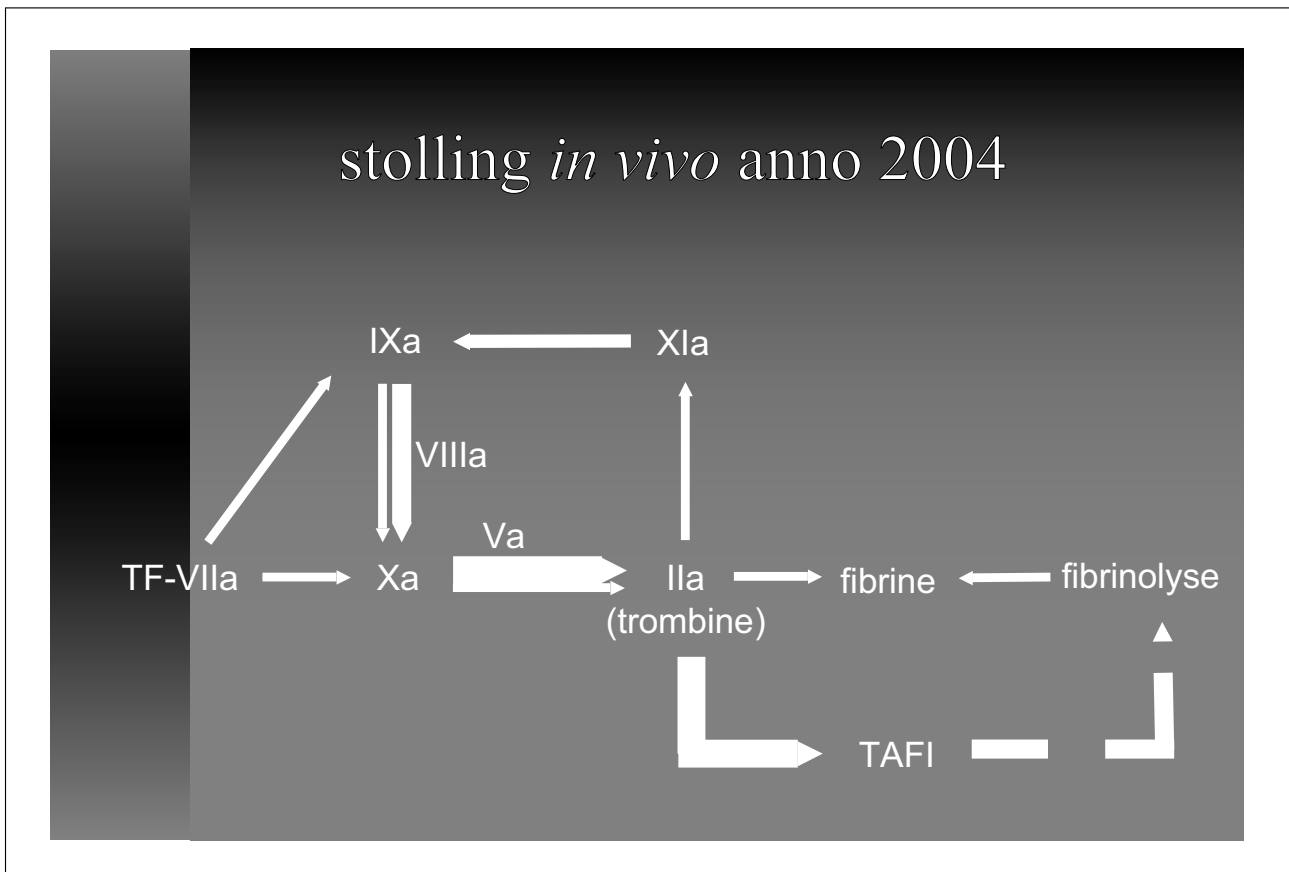
Risicofactoren voor veneuze thrombo-embolie: vooruitgang voor de wetenschap of verwarring voor patiënt en behandelaar?

Mevrouw dr. S. Middeldorp¹

Inleiding

De kennis over, vaak erfelijke, aandoeningen die gepaard gaan met een verhoogd risico op veneuze thrombose en/of longemboliën, is sinds de jaren '90 van de vorige eeuw sterk toegenomen. De term thrombofilie werd in 1965 geïntroduceerd door Egeberg. In een familie met een sterke thromboseneiging toonde hij bij de aangedane familieleden een deficiëntie van antithrombine aan^[1]. Inmiddels wordt de term met name gebruikt voor laboratoriumafwijkingen die gepaard gaan met een verhoogd risico op veneuze thrombo-embolie. In de jaren '80 werden familiair voorkomende deficiënties van twee andere natuurlijke stollingsremmende eiwitten, namelijk proteïne C en proteïne S, als risicofactoren voor veneuze thrombo-embolie ontdekt. Deficiënties van één van deze drie stollingsremmers waren echter zeldzaam en konden bij nog geen 10% van opeenvolgende patiënten met veneuze thrombose worden aangetoond^[2]. Met de ontdekking van de erfelijke resistentie van stollingsfactor V tegen de inactiverende werking van proteïne C (APC resistentie)^[3], meestal veroorzaakt door de factor V Leiden mutatie^[4], in de vroege jaren '90, werd de meest voorkomende erfelijke risicofactor voor veneuze thrombo-embolie ontdekt. Hierna volgden de prothrombine 20210G/A mutatie^[5], (milde) hyperhomocysteinemie^[6], en een soms in familiair verband voorkomende verhoging van stollingsfactor VIII^[7] (Figuur 1).

¹ Mevrouw dr. S. Middeldorp, internist, Academisch Medisch Centrum, Afdeling Vasculaire Geneeskunde F4-276, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam. Telefoon: 020-5665976. Fax: 020-6968833. E-mail: s.middeldorp@amc.uva.nl.



Figuur 1.

Na deze ontdekkingen is veneuze thrombo-embolie met een aantoonbaar onderliggend thrombophilie-defect een frequent voorkomende diagnose geworden. De prevalenties van de thans bekende defecten bij ongeselecteerde patiënten met veneuze thrombo-embolie bedragen ongeveer 20% voor de factor V Leiden mutatie, 5% voor de prothrombinemutatie, 20% voor milde hyperhomocysteinemie en 25% voor verhoogde factor VIII spiegels. Tenslotte is uit epidemiologisch onderzoek gebleken dat verhogingen van de plasmaspiegels van vele stollingsfactoren (XI, IX en V) een toegenomen kans op veneuze thrombo-embolie met zich mee brengen. Gezien het zuiver epidemiologische karakter van deze bevindingen zonder dat deze stollingsfactoren doorgaans deel uitmaken van toegepast thrombophilie onderzoek, worden deze in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

In dit artikel zal de nadruk worden gelegd op de invloed van thrombophilie op het risico op veneuze thrombo-embolie, zowel bij asymptomatische als bij symptomatische dragers. Uiteraard zullen ook kort de pathofysiologie en overige klinische manifestaties worden toegelicht. Uiteindelijk zal getracht worden een leidraad aan te geven voor de praktijk van de geneeskundig adviseur.

Risico op veneuze thrombo-embolie

In Nederland verricht stamboomonderzoek heeft aangetoond dat de overleving van personen met anti-thrombine of proteïne C deficiëntie, als ook factor V Leiden, gelijk is aan die van de algemene bevolking, ondanks een verhoogd risico op longembolie^[8-10] (Figuur 2).

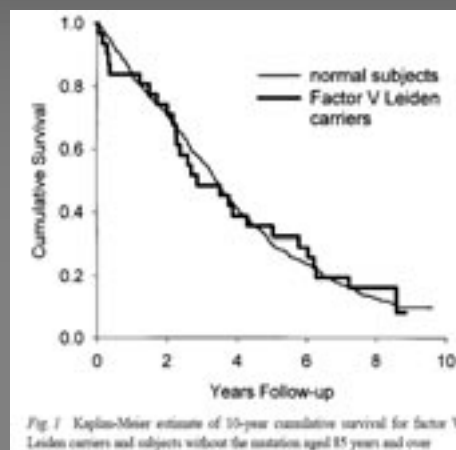
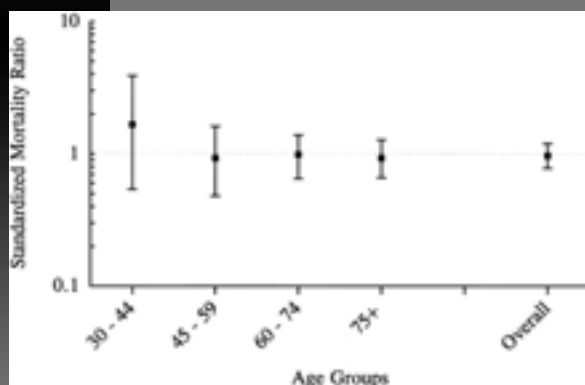
Voor de inschatting van het risico op veneuze thrombose of longembolie bij dragers van een thrombophilie afwijking (zie Tabel 1) is het van cruciaal belang om de aanleiding voor het thrombophilie onderzoek alsmede de populatie waaruit de betreffende persoon afkomstig is, te beoordelen.

Mortaliteits risico bij trombofilie

≈ FVL families

≈ All-cause mortality

Leiden 85+ studie



Figuur 2.

Tabel 1. Prevalentie van trombofilie-defecten in patiënten met een veneuze trombo-embolie (VTE) en geschatte odds ratio voor een eerste veneuze trombo-embolie bij dragers versus niet-dragers

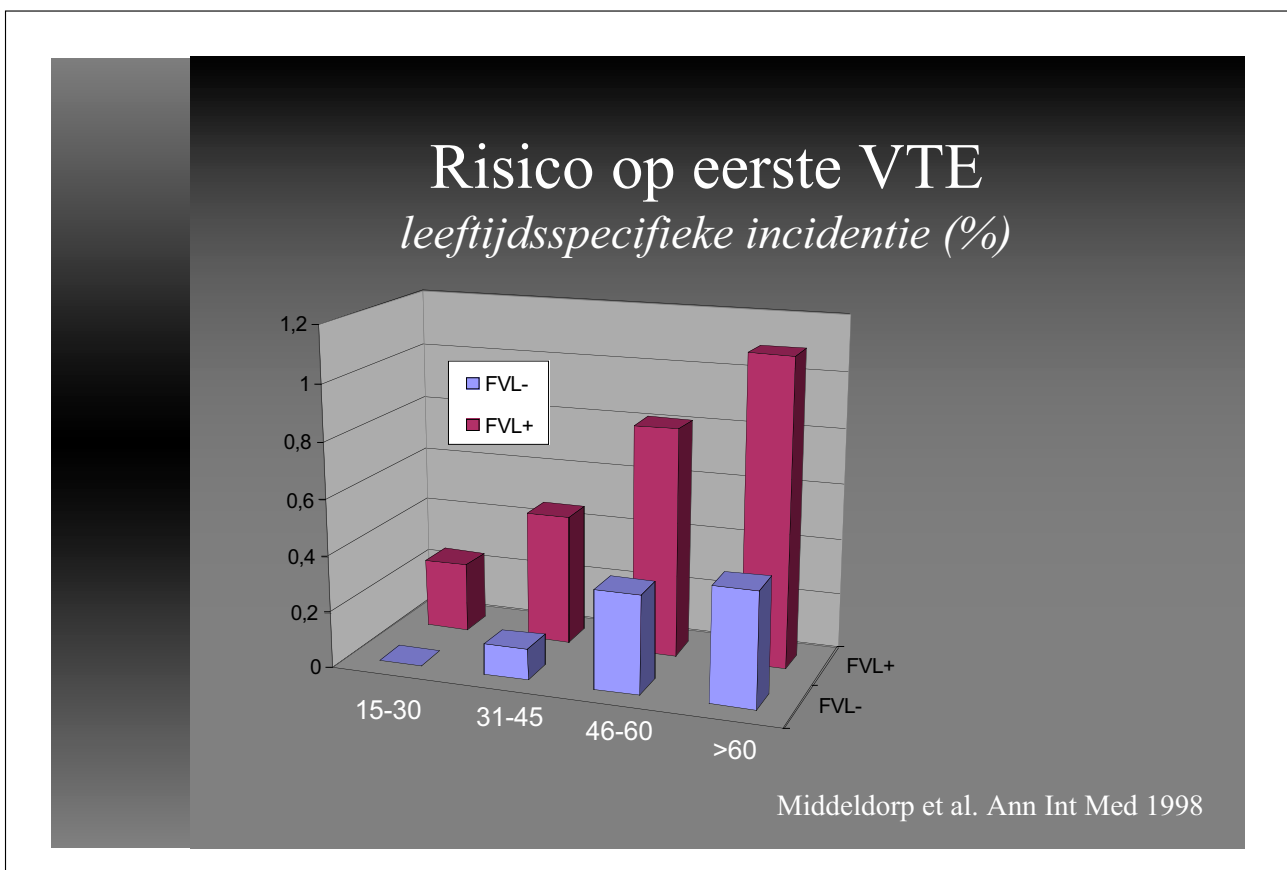
Erfelijk	Prevalentie (%)	Odds ratio voor VTE
proteïne C deficiëntie	2.5-5.0	7-10
proteïne S deficiëntie	1.4-4.1	8-10
antithrombinedeficiëntie	0.9-2.8	8-10
factor V Leidenmutatie/APC resistentie	14.1-21	3-7
prothrombine 20210 G-> A-mutatie	5.0-6.2	3
Verworven		
persistierend verhoogd factor VIII (dosis-afhankelijk effect)	25-32.8	2-11
milde hyperhomocysteinemie	10-24.5	2-3
antistoffen tegen fosfolipiden	8.5-17.0	2-3
lupus anticoagulans	8.5-17.0	11

Risico bij asymptomatische dragers van thrombofilie defecten

In patiënt-controle onderzoeken is gebleken dat bovengenoemde stollingsafwijkingen een risicofactor vormen voor veneuze thrombo-embolie. In Tabel 1 is de prevalentie van de afzonderlijke afwijkingen bij patiënten met een veneuze thrombo-embolie opgesomd, evenals de mate van risicoverhoging (uitgedrukt als odds ratio) op een eerste veneuze thrombo-embolie. Deze tonen een circa 3- tot 10-voudige risicoverhoging bij dragerschap. Uiteraard dient dit te worden afgezet tegen de bekende basisrisico's voor de aandoening. De incidentie van diepe veneuze thrombose bij volwassenen bedraagt 1 tot 2 per 1.000 inwoners per jaar, maar varieert van 0,05 in de adolescentie tot 8 per 1.000 in de leeftijdscategorie ouder dan 80 jaar^[11]. De incidentie van een longembolie in de algemene bevolking wordt eveneens geschat op 1 tot 2 per 1.000 inwoners per jaar.

Een belangrijke interactie bestaat er tussen het gebruik van de orale anticonceptiepil en het dragerschap van erfelijke thrombofilie. Draagsters van factor V Leiden bijvoorbeeld, die eveneens de anticonceptiepil gebruiken, hebben een 20- tot 30-voudig verhoogd risico op veneuze thrombo-embolie ten opzichte van vrouwen die geen draagster zijn en evenmin de pil gebruiken^[12]. Dit is een zogenaamd "multiplicatief" risico; factor V Leiden dragerschap verhoogt het risico

4 tot 7 maal, pilgebruik 3 tot 4 maal, terwijl beide eigenschappen dus een -12 tot 28- voudige risicostijging geven. Hierbij is het echter van belang om het lage basisrisico op veneuze thrombo-embolie bij jonge vrouwen in ogenschouw te nemen (Figuur 3). Relatieve risico's kunnen pas op klinische relevantie worden beoordeeld als het absolute risico daarmee kan worden bepaald. Om dat absolute risico van dragers van thrombofilie-defecten te kunnen schatten, moet de kans op thrombo-embolie bij bepaalde gebeurtenissen worden geplaatst in de context waarin een aanwezig defect werd bepaald. De vraag uit de algemene bevolking zal weinig voorkomen en het is een feit dat de geschatte risico's voor toevallig opgespoorden aanzienlijk lager liggen dan voor personen met een belaste familie-anamnese voor veneuze thrombo-embolie. De vraag die dan ook meestal wordt gesteld is of familie-onderzoek noodzakelijk is, indien een propositus is geïdentificeerd op grond van een klinische episode van veneuze thrombose of longembolie. Voor de factor V Leiden mutatie kan deze vraag redelijk goed worden beantwoord. In een groot retrospectief onderzoek naar het risico op veneuze thrombo-embolie in familieleden bedroeg dit 0.5% per jaar, met een jaarlijkse incidentie van 0.25% in de jongste, tot 1.1% in de oudere leeftijdscategorie (de gemiddelde leeftijd van het cohort was 45 jaar, met



Figuur 3.

een spreiding van 15 tot 87 jaar)^[13].

De helft van deze episodes was spontaan, dat wil zeggen niet uitgelokt door een passagère risicofactor. Ook de incidenties per risicoverhogende situatie konden worden geschat: ongeveer 2% per operatie (met standaardprofylaxe), 0.5% per jaar gebruik van de orale anticonceptiepil (omdat pilgebruikers meestal jonger zijn dan 45 jaar betreft het toch een verhoogd risico) en 2% per zwangerschap (waarvan 80% postpartum). Voor de zeldzamere antithrombine, proteïne C en proteïne S deficiëntie, werden in een vergelijkbare familiestudie circa tweemaal zo hoge incidenties gevonden^[14]. Deze risico's lijken onvoldoende hoog om profylaxe met anticoagulantia en familie-onderzoek te propageren, hoewel de hoogte van het risico dat acceptabel wordt geacht uiteraard voor discussie vatbaar is. In ieder geval geven deze getallen een goed handvat voor een geïnformeerde en weloverwogen keuze ten aanzien van verder thrombofilie onderzoek en de beslissing of er consequenties aan dragerschap van een defect door een individu verbonden zouden kunnen worden.

Risico op recidief veneuze thrombo-embolie na een eerste episode

De belangrijkste determinant van het recidief risico is het aanwezig zijn van een uitlokkend moment voor de veneuze thrombo-embolie. Patiënten met een eerste veneuze thrombo-embolie die werd uitgelokt door een passagère risicofactor, bijvoorbeeld chirurgie, hebben een beduidend lager risico op een recidief dan zij bij wie de veneuze thrombo-embolie spontaan optrad, de zogenaamde idiopathische veneuze thrombo-embolie. Hoewel het theoretisch voor de hand lijkt te liggen dat erfelijke thrombofilie een risicofactor voor recidief thrombose is, zijn de studies hierover niet eenduidig. Slechts twee studies hebben kunnen aantonen dat het

recidief risico op veneuze thrombo-embolie bij dragers vergeleken met niet-dragers van de mutatie, significant verhoogd is^[15; 16], terwijl meerdere andere studies dit niet vonden^[17-20]. Door met behulp van meta-analyse technieken deze gegevens te combineren is het mogelijk een schatting te geven van de mate van risicostijging. Voor de factor V Leiden mutatie was deze bijvoorbeeld licht verhoogd (relatief risico 1.4, met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 1.1 tot 1.8, hetgeen wijst op statistische significantie). Voor alle thrombofiliedefecten zijn de thans beschikbare gegevens ten aanzien van het relatieve risico op een recidief veneuze thrombo-embolie samengevat in Tabel 2.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat alle studies beperkt worden door het kleine aantal patiënten dat werd bestudeerd, bovendien zijn sommige uitgevoerd in sterk geselecteerde patiëntenpopulaties, zodat de eventuele gelijktijdige overerving van andere, nog onbekende, thrombofilie-defecten de resultaten kan hebben verstoord.

Het absolute recidief risico in factor V Leiden dragers in de diverse studies wordt vrij consistent geschat op ongeveer 5% per jaar, ongeacht of wel of niet een uitlokkend moment aanwezig is geweest. Dit komt ongeveer overeen met de laagst gevonden incidentie na een idiopathische veneuze thrombo-embolie in gerandomiseerde klinische onderzoeken naar de optimale duur van anticoagulante behandeling. Ofschoon van oudsher wordt verondersteld dat patiënten met antithrombine, proteïne C, of proteïne S deficiëntie een hoog risico op recidiverende veneuze thrombo-embolie hebben, is het absolute recidief risico slechts in 2 retrospectieve studies onderzocht. De resultaten van deze studies vonden uiteenlopende incidenties van een recidief van 4.8% en 10% per jaar^[21; 22]. Concluderend is er thans onvoldoende grond om te

Tabel 2. Geschatte odds ratio voor een recidief veneuze thrombo-embolie bij dragers versus niet-dragers en de gebruikte referenties

Thrombofilie defect	Geschatte odds ratio	Referenties
Antithrombine, proteïne C, of proteïne S deficiëntie	2.5	(21;28;29)
Factor V Leiden mutatie	1.4*	(15-17;20;30-32)
Prothrombine 20210A mutatie	1.4*	(20;31;33-35)
Persisterend verhoogd FVIII:c	6 – 11	(36-38)
Milde hyperhomocysteinemie	2.6 - 3.1	(39;40)
Antistoffen tegen fosfolipiden	2 -9	(41-43)

* gepooled met behulp van de Mantel-Haenszel methode

stellen dat patiënten met een thrombofilie-defect een nadrukkelijk en klinisch relevant hoger risico op recidief veneuze thrombo-embolie hebben, dan patiënten bij wie zo'n defect niet kan worden aangetoond.

Risico's bij homozygote dragers of combinaties van defecten

Doordat met name de factor V Leiden prevalent is (5% van de gezonde Nederlandse bevolking is heterozygoot) komt ook homozygoot dragerschap geregeld voor. Het risico op veneuze thrombo-embolie is groter dan bij heterozygoten, evenals bij personen die combinaties van thrombofilie-defecten hebben^[23-25]. Absolute risicoschattingen zijn bij homozygote dragers aanmerkelijk schaarser en moeten veelal geëxtrapoleerd worden uit de geschatte relatieve risico's en basisincidenties. In een Italiaans familie onderzoek bedroeg de jaarlijkse incidentie van een eerste veneuze thrombo-embolie in een groep van personen met een combinatie van heterozygote factor V Leiden en de prothrombine mutatie 0.42%^[26], dus zeer vergelijkbaar met het Nederlands onderzoek van factor V Leiden dragers. Het Nederlandse onderzoek liet overigens zien dat in thrombofiele families het risico op zwangerschapsgerelateerde thrombose bij vrouwen met homozygote factor V Leiden aanzienlijk was, namelijk zo'n 17%^[27].

Aanbevelingen voor de praktijk

Voor de dagelijks praktijk is het van cruciaal belang om te onderscheiden of een drager van een thrombofilie-defect eerder een veneuze thrombo-

embolie heeft gehad of dat er sprake is van een zogenaamd asymptomatisch dragerschap.

Voor *symptomatische* dragers kan worden gesteld dat het belangrijkste motief voor het verrichten van thrombofilie onderzoek een etiologische interesse betreft. Er zijn op dit moment onvoldoende gronden om patiënten met een veneuze trombo-embolie en thrombofilie langer dan gebruikelijk te behandelen met anticoagulantia.

Zoals uit het bovenstaande kan worden afgeleid, is het op z'n minst onduidelijk of er mogelijke consequenties zijn voor asymptomatische dragers en zo ja, welke. Thrombofilie-onderzoek dient alleen verricht te worden na adequate voorlichting, waarbij de mogelijke consequenties evenals de nadelen aan de orde dienen te komen. Het verdient aanbeveling dit in overleg met een ter zake deskundige internist te doen en eventueel de patiënt hiervoor te verwijzen. Gezien het feit dat dit onderzoeksgebied voortdurend 'in beweging' is, is een consult bij een deskundige geen overbodige luxe.

Conclusies

Ofschoon de toegenomen kennis over thrombofilie de etiologische belangstelling van arts, patiënt en wetenschapper heeft kunnen bevredigen, is goed op de patiënt of cliënt toegespitst onderzoek nog altijd zeldzaam en helaas methodologisch vaak niet vlekkeloos. De kennis van thrombofilie kan derhalve tot grote onzekerheid leiden bij het nemen van beslissingen ten aanzien van behandeling en preventie door behandelaars, maar zeker ook bij de inschatting van risico's van dragerschap door geneeskundig adviseurs.

Reference List

1. Egeberg O. Inherited antithrombin III deficiency causing thrombophilia. *Thromb Diath Haemorrh* 1965; 13:516-530.
2. Heijboer H, Brandjes DP, Buller HR, Sturk A, ten Cate JW. Deficiencies of coagulation-inhibiting and fibrinolytic proteins in outpatients with deep-vein thrombosis. *N Eng J Med* 1990; 323(22):1512-1516.
3. Dahlback B, Carlsson M, Svensson PJ. Familial thrombophilia due to a previously unrecognized mechanism characterized by poor anticoagulant response to activated protein C: prediction of a cofactor to activated protein C. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1993; 90(3):1004-1008.
4. Bertina RM, Koeleman BP, Koster T, Rosendaal FR, Dirven RJ, de Rond et al. Mutation in blood coagulation factor V associated with resistance to activated protein C. *Nature* 1994; 369(6475):64-67.
5. Poort SR, Rosendaal FR, Reitsma PH, Bertina RM. A common genetic variation in the 3'-untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. *Blood* 1996; 88(10):3698-3703.
6. Fermo I, Vigano DS, Paroni R, Mazzola G, Calori G, D'Angelo et al. Prevalence of moderate hyperhomocysteinemia in patients with early-onset venous and arterial occlusive disease. *Ann Int Med* 1995; 123(10):747-753.
7. Koster T, Blann AD, Briet E, Vandenbroucke JP, Rosendaal FR. Role of clotting factor VIII in effect of von Willebrand factor on occurrence of deep-vein thrombosis [see comments]. *Lancet* 1995; 345(8943):152-155.
8. Rosendaal FR, Heijboer H, Briet E, Buller HR, Brandjes DP, de Bruij et al. Mortality in hereditary antithrombin-III deficiency - 1830 to 1989 [see comments]. *Lancet* 1991; 337(8736):260-262.
9. Allaart CF, Rosendaal FR, Noteboom WM, Vandenbroucke JP, Briet E. Survival in families with hereditary protein C deficiency, 1820 to 1993. *BMJ* 1995; 311(7010):910-913.
10. Hille ET, Westendorp RG, Vandenbroucke JP, Rosendaal FR. Mortality and causes of death in families with the factor V Leiden mutation (resistance to activated protein C). *Blood* 1997; 89(6):1963-1967.
11. Nordstrom M, Lindblad B, Bergqvist D, Kjellstrom T. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population. *J Intern Med* 1992; 232(2):155-160.

12. Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation [see comments]. *Lancet* 1994; 344(8935):1453-1457.
13. Middeldorp S, Henkens CMA, Koopman MMW, van Pampus ECM, van der Meer J, Hamulyak K et al. The incidence of venous thromboembolism in family members of patients with factor V Leiden mutation and venous thrombosis. *Ann Int Med* 1998; 128(1):15-20.
14. Simioni P, Sanson BJ, Prandoni P, Tormene D, Friederich PW, Girolami B et al. The incidence of venous thromboembolism in families with inherited thrombophilia. *Thromb Haemost* 1999; 81(2):198-202.
15. Ridker PM, Miletich JP, Stampfer MJ, Goldhaber SZ, Lindpaintner K, Hennekens CH. Factor V Leiden and risks of recurrent idiopathic venous thromboembolism. *Circulation* 1995; 92(10):2800-2802.
16. Simioni P, Prandoni P, Lensing AW, Scudeller A, Sardella C, Prins MH et al. The risk of recurrent venous thromboembolism in patients with an Arg506/Gln mutation in the gene for factor V (Factor V Leiden). *N Eng J Med* 1997; 336(6):399-403.
17. Rintelen C, Pabinger I, Knobl P, Lechner K, Mannhalter C. Probability of recurrence of thrombosis in patients with and without factor V Leiden. *Thromb Haemost* 1996; 75(2):229-232.
18. Eichinger S, Pabinger I, Stümpflen A, Hirsch M, Bialonczyk C, Schneider B et al. The risk of recurrent venous thromboembolism in patients with and without Factor V Leiden. *Thromb Haemost* 1997; 77(4):624-628.
19. Baglin C, Brown K, Luddington R, Baglin T. Risk of recurrent venous thromboembolism in patients with the factor V Leiden (FVR506Q) mutation: effect of warfarin and prediction by precipitating factors. *Br J Haematol* 1998; 100:764-768.
20. Lindmarker P, Schulman S, Sten-Linder M, Wiman B, Egberg N, Johnsson. The risk of recurrent venous thromboembolism in carriers and non-carriers of the G1691A allele in the coagulation factor V gene and the G20210A allele in the prothrombin gene. DURAC Trial Study Group. *Duration of Anticoagulation. Thromb Haemost* 1999; 81(5):684-689.
21. De Stefano V, Leone G, Mastrangelo S, Tripodi A, Rodeghiero F, Castaman G et al. Clinical manifestations and management of inherited thrombophilia: retrospective analysis and follow-up after diagnosis of 238 patients with congenital deficiency of antithrombin III, protein C, protein S. *Thromb Haemost* 1994; 72(3):352-358.
22. Van den Belt AGM, Sanson BJ, Simioni P, Prandoni P, Buller HR, Girolami A et al. Recurrence of venous thromboembolism in patients with familial thrombophilia. *Arch Int Med* 1997; 157:2227-2232.
23. Rosendaal FR, Koster T, Vandenbroucke JP, Reitsma PH. High risk of thrombosis in patients homozygous for factor V Leiden (activated protein C resistance). *Blood* 1995; 85(6):1504-1508.
24. Meinardi JR, Middeldorp S, de Kam PJ, Koopman MMW, van Pampus ECM, Hamulyak K et al. Risk of venous thromboembolism in carriers of factor V Leiden with a concomitant inherited thrombophilic defect. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2001; 12(8):713-720.
25. Lensen R, Bertina RMF, Vandenbroucke JPF, Rosendaal FR. High factor VIII levels contribute to the thrombotic risk in families with factor V Leiden. *Br J Haematol* 2001; 114(0007-1048):380-386.
26. Martinelli I, Bucciarelli P, Margaglione M, De Stefano V, Castaman G, Mannucci PM. The risk of venous thromboembolism in family members with mutations in the genes of factor V or prothrombin or both. *Br J Haematol* 2000; 111(4):1223-1229.
27. Middeldorp S, Libourel EJ, Hamulyak K, van der MJ, Buller HR. The risk of pregnancy-related venous thromboembolism in women who are homozygous for factor V Leiden. *Br J Haematol* 2001; 113(2):553-555.

Chronische klachten van het houdings- en bewegingsapparaat

Prognostische factoren

Dr. A.J.M. Sauter^[1]

Inleiding

Chronische klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunnen een enorme invloed op de kwaliteit van leven hebben. Mensen kunnen hierdoor in een neerwaartse spiraal van fysieke ongeschiktheid, affectieve ontreddeering en sociaal isolement raken.

Hoewel er de laatste jaren meer en meer aandacht komt voor de behandeling van chronische klachten zijn kennis en ervaring nog weinig verbreid binnen de reguliere gezondheidszorg.

Voor patiënten met chronische klachten waarbij er geen duidelijke fysieke aandoening vastgesteld kan worden, is de opvang nog vaak inadequaet. Dit kan te maken hebben met onbekendheid van de complexiteit van de chronische klachten en onzekerheid van behandelaars.

De prognose voor wat betreft hervatting van arbeid hangt van meerdere factoren af, maar onder andere de tijdsduur tussen aanvang van de arbeidsongeschiktheid en adequate opvang is daarbij zeer bepalend. Herkenning van het beeld van chronische klachten waarbij een fysieke aandoening geen of een ondergeschikte rol speelt, is de eerste stap op weg naar een adequate behandeling en een gunstige prognose.

Chronische psychosociale klachten blijken patronen te hebben die uit medisch oogpunt specifiek zijn, maar uit psychosociaal oogpunt wel degelijk specifiek kunnen zijn. Ten einde een beter inzicht te krijgen van chronische klachten wordt een aantal klachten patronen onderscheiden.

^[1] Dr. A.J.M. Sauter, orthopedisch chirurg, verbonden aan instituut Winnock

Van een acuut naar een chronisch klachtenpatroon

Acute pijn is in principe gerelateerd aan weefsel-schade. Het kan gezien worden als een signaal ter bescherming van het lichaam. Overeenkomstig het model van Loeser (1980) gaat het bij acute pijn om nociceptieve prikkels en perceptie, terwijl bij chronische pijn beleving en pijngedrag het beeld bepalen en er meestal geen directe relatie is met weefselschade.

Bij acute pijn is de relatie tussen de prikkel en de waarneming niet lineair. Het signaal wordt niet ongewijzigd doorgegeven. De gate-control-theory van Melzak en Wall (1965) probeert dit te verklaren. De verdienste van deze theorie is dat emotionele en andere psychologische factoren een plaats kregen bij de verklaring van pijn.

Acute klachten kunnen veranderen in chronische klachten en ter verklaring hiervan worden meerdere modellen gebruikt. Bij chronische klachten spelen pathologische afwijkingen geen rol als verklaring, maar dat wil niet zeggen dat er geen fysiologische processen bij betrokken zijn.

Het disuse model (Bortz, 1984) of deconditionerings model (Mayer en Gatchel, 1988) zien verminderde activiteit met als gevolg een verminderde lichamelijke conditie en verminderde spierkracht als begin van een chronisch proces, waarbij er een verhoogde gevoeligheid voor pijn ontstaat. Spierpijn als gevolg van inspanning geeft patiënt het gevoel dat de inspanning te veel is geweest. Dit leidt tot een neergaande spiraal waarbij de activiteit verlaagd wordt.

Het multi-factoriele verklaringmodel ziet het klachtenpatroon als een gevolg van een optelling van biochemische, fysiologische en psychosociale factoren.

Adequate en inadequate klachtenpatronen

Onder het klachtenpatroon wordt verstaan het complex van verbale, non-verbale uitingen, en gedragingen waarmee de patiënt met een klacht zich tot een hulpverlener wendt.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen klachten die berusten op een ziekte of aandoening en klachten waarbij geen lichamelijke afwijking vastgesteld kan worden.

Het klachtenpatroon van de eerste categorie wordt adequaat genoemd als het klachtenpatroon naar de ziekte of aandoening verwijst. Het klachtenpatroon wordt inadequaar genoemd als er geen directe relatie bestaat tussen het klachtenpatroon en een fysieke afwijking of ziekte. Het adequate klachtenpatroon is vanuit medisch standpunt specifiek, het inadequate patroon verwijst indirect naar problemen op psychosociaal gebied. Hier wordt later dieper op ingegaan. Onder adequate klachten vallen zowel somatische als psychosomatische klachten.

Het somatische en psychosomatische klachtenpatroon

Er zijn chronische ziekten en aandoeningen, die klachten kunnen geven. Hoewel de klachten zich over een langere periode kunnen uitstreken, soms levenslang, spreken we niet van een chronische klachtenpatroon indien de presentatie van de klachten en de manier waarop patiënt zich gedraagt door de behandelaar en omgeving als adequaat worden ervaren. Er kan dan een directe relatie gelegd worden tussen de afwijking en de handicap die patiënt ondervindt.

Bij reuma, artrose en bijvoorbeeld de ziekte van Bechterew is dit meestal het geval. In deze gevallen spreken we van een somatisch klachtenpatroon. Bij psychosomatische ziekten wordt ook een lichamelijke afwijking vast gesteld en over het algemeen is er een directe relatie tussen het klachtenpatroon en de symptomen van de aandoening. Maar daarbij wordt een belangrijke invloed van de emotie verondersteld. Het klachtenpatroon zelf is adequaat en specifiek. Het somatisch en psychosomatische klachtenpatroon geeft over het algemeen weinig problemen met herkenning en behandeling. Het reguliere geneeskundige circuit is er opgericht en functioneert voor deze categorie goed. In het kader van dit artikel wordt deze groep verder buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1 PSYCHOSOCIALE KLACHTEN

<i>DISTRESS:</i>	uiting in superlatieven / angst voor pijn / onzeker
<i>COGNITIE:</i>	fixatie op fysieke oorzaak / " ik kan niets" / "ik kan er niets aan doen"
<i>PSYCHISCH:</i>	emotionele controle verminderd / woede / insufficiëntie gevoelens
<i>GEDRAG:</i>	efficiëntie verminderd / verzuimtoename / organiseren slecht
<i>SOCIAAL:</i>	conflicten / isolatie
<i>SOMATISCH:</i>	spieren / slaap / moe / hoofdpijn / maag-darm / spanning

Het psychosociaal klachtenpatroon

Met psychosociale klachtenpatronen worden chronische klachtenpatronen bedoeld die niet of slechts gedeeltelijk door een lichamelijke ziekte of aandoening verklaard kunnen worden. Het klachtenpatroon is inadequaar vanuit biomedisch standpunt. Het psychosociaal klachtenpatroon komt voort uit psychische, sociale en gedragssymptomen (zie tabel 1).

Hierbij wordt uiting gegeven aan distress (Wadell, 1984). De patiënt uit zich vaak in superlatieven en heeft angst voor pijn. Hij is onzeker en is gefixeerd op een fysieke oorzaak van zijn klachten. Hij heeft het gevoel dat hij tot niets in staat is, maar ook niet in staat is daar iets aan te doen.

De emotionele controle is verminderd, en gevoelens van insufficiëntie gaan gepaard met prikkelbaarheid en woede.

Wat betreft het gedrag is de efficiëntie verminderd, is er verzuimtoename en slecht organisatievermogen.

Een en ander leidt vaak tot uitstel van activiteiten.

Op sociaal gebied zijn er vaak conflicten en isolement.

Bij het psychosociaal klachtenpatroon wordt vaak uiting gegeven aan lichamelijke symptomen, klachten van pijnlijke en stijve spieren, van de spijsverteringsorganen, moeheid, hoofdpijn en spanning. Deze kunnen meestal niet als ziekte of aandoening opgevat worden, maar kunnen beschouwd worden als lichamelijke ontregeling.

Pijnstillers, fysiotherapie, manuele therapie en andere behandel vormen hebben dan ook geen of slechts tijdelijk effect.

Er kunnen drie categorieën in het psychosociale klachtenpatroon worden onderscheiden. Herkenning van de verschillende patronen maakt het mogelijk op grond van anamnese en gedrag een zekere uitspraak te doen over de aard van de klachten.

A. Psychosociaal klachtenpatroon met een lichamelijke aandoening

Dit is de groep die weliswaar een lichamelijke ziekte of aandoening heeft, maar waarbij psychosociale factoren een overwegende rol spelen. Weliswaar is er min of meer een relatie tussen handicap en de manier waarop de klachten gepresenteerd worden, maar er zijn op psychologisch gebied uitingen die specifiek zijn voor niet-lichamelijke factoren (Wadell, 1984). Bij de behandelaar wordt de indruk gewekt dat de handicap die wordt ervaren niet in relatie staat met de afwijking.

B. Psychosociaal klachtenpatroon met aanleiding

Bij deze groep kan geen fysieke afwijking vastgesteld worden, en anamnese en presentatie zijn specifiek voor niet-lichamelijke factoren. Door de patiënt wordt er een directe relatie gelegd tussen de klachten en een specifieke aanleiding. Dit kan een ziekte of aandoening, of een traumatisch letsel

zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een whiplash waarbij de klachten door de patiënt als direct gevolg van het ongeval worden ervaren.

C. Psychosociaal klachtenpatroon zonder directe aanleiding

Het klachtenpatroon van deze groep heeft een specifiek psychosociaal karakter, zonder dat er een directe aanleiding is. Patiënt noemt wel veelal een gebeurtenis waaraan de klachten gerelateerd worden. Lage rugklachten zijn dan ontstaan na een verhuizing of lang in de tuin werken.

Zie tabel 2.

De categorieën nader beschouwd.

Allereerst moet vermeld worden dat de afbakening tussen acute en chronische pijn en tussen de verschillende klachtenpatronen niet zo strikt is als hierboven beschreven. Iemand met acute pijn kan dit uiten met kenmerken van een psychosociaal klachtenpatroon. En omgekeerd kan iemand met een chronisch psychosociaal klachtenpatroon pijn hebben op basis van acute weefselschade.

Ad A. Voor de groep met een psychosociaal klachtenpatroon met een lichamelijke afwijking geldt dat de diagnose wat betreft de fysieke aandoening meestal goed te stellen is. De ziekte of aandoening is nog manifest en de klachten hebben betrekking op de fysieke verschijnselen. Het psychosociale aandeel in het klachtenpatroon wordt veelal wel gevoeld door de behandelaars, maar komt onvoldoende aan de orde. Behandelaars weten er geen raad mee en zijn vaak onzeker. Angst om de indruk te geven de klacht niet serieus te nemen, leidt vaak tot een houding die een overdosis aan empathie bevat. De ernst van de klacht wordt zodoende versterkt en het gedrag van de patiënt wordt in feite aangemoedigd. Tijdens de behandel fase van de afwijking waarmee deze patiënten zich melden, hoeft dit alles geen grote problemen op te leveren. Maar daarna is deze categorie moeilijk te beïnvloeden. De cognitie en attributie zijn diep verankerd in het dagelijks functioneren. Zij worden immers regelmatig met hun beperkingen, die voor een deel reëel zijn, geconfronteerd en zijn bevestigd door

Tabel 2: CATEGORIEËN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN

Categorie	KL + AFWIJ KING	KL + AANLEIDING	KL + ?
lich. aandoening	+	-	-
aanleiding	+	+	-
klachten patroon	adequaat??	inadequaat	inadequaat

hulpverleners en omgeving. Als voorbeeld kan dienen een arthroscoopisch vastgestelde kraakbeenbeschadiging in de knie waarbij de klachten een psychosociaal patroon hebben. Patiënt voelt zich gesterkt door de bevindingen bij de kijkoperatie in zijn argumentatie om niet te werken, terwijl de behandelaar daar twijfels over kan hebben.

- Ad B.** De groep met een psychosociaal klachtenpatroon met een aanleiding heeft cognities en attributies die samenhangen met het voorval waarna de klachten manifest werden. Er zijn echter geen aanwijzingen (meer) voor fysieke afwijkingen. De aanleiding zelf heeft vaak een emotioneel karakter gehad. Zo zijn auto-ongevallen en traumatisch verwondingen tijdens het werk e.d. gebeurtenissen die veelal gepaard gaan met grote angst en schrik. De klachten zijn in eerste instantie meestal gelocaliseerd en gerelateerd aan de klachten die optraden na het voorval, maar in een latere fase zijn er veelal ook talrijke vage klachten elders in het lichaam. Het mechanisme hiervan is onduidelijk, maar er lijkt sprake te zijn van ontregelingen die wel of niet fysiek waarneembaar zijn voor een buitenstaander. De emotionele responsystemen, cognities, gedrag en fysiologische activiteit onderhouden de klacht. Openvolgende negatieve ervaringen doen patiënt in een neergaande spiraal terecht komen. De sociale omgeving is vaak direct betrokken bij de traumatische gebeurtenis en kan patiënt versterken in zijn ideeën en gedrag. In het behandelcircuit krijgt patiënt vaak onvoldoende verklaring voor de klacht en dit leidt weer tot grotere onzekerheid en angst (Deyo, 1986). Chronische klachten na een whiplash kunnen als voorbeeld dienen.

- Ad C.** De laatste categorie, de groep met psychosociale klachten zonder directe aanleiding, leeft misschien wel met de grootste twijfel en onzekerheid. Er is immers geen duidelijke oorzaak of aanleiding voor de klacht. Weliswaar wordt er vaak een gebeurtenis als oorzaak genoemd, maar er is vaak geen direct verband met de klachten. Patiënt twijfelt zelf en dit wordt vaak versterkt door omgeving en behandelaars. Deze groep komt snel in een sociaal isolement omdat de omgeving geen reden ziet waarom patiënt niet functioneert.

Bewegings-angst versus bewegings-drang

Er is een opvallend verschijnsel bij patiënten met een chronisch psychosomatisch klachten patroon. Enerzijds is er pijnvermijdend gedrag dat leidt tot een

zekere angst om te bewegen. Anderzijds blijkt de overgrote meerderheid baat te hebben bij bewegen. Lang zitten en staan wordt slecht verdragen. Slenteren verergert de klacht, terwijl doorlopen, mits niet te lang, de klacht vermindert. Patiënten betasten en masseren de pijnlijke gebieden. Een warme douche verlicht veelal tijdelijk de klacht.

Deze verschijnselen passen niet bij een ziekte of aandoening, maar passen bij overactieve spieren en eventueel andere ontregelingen.

Het fenomeen dat dynamische activiteit, mits niet te lang doorgevoerd, de klacht vermindert, en dat statische activiteit de klacht versterkt, vormt een belangrijk gegeven om de patiënt duidelijk te maken dat er geen sprake is van een ziekte of aandoening. Bij veel patiënten is ook het slaappatroon verstoord. De slaap is niet verkwikkend en er zijn direct na het opstaan al klachten van stijfheid en pijn. Dit verschijnsel past eveneens bij verhoogde spieractiviteit in de nachtelijke uren.

Prognostische factoren

Het is bekend dat hoe langer het werkverzuim duurt, hoe slechter de prognose wordt. Vroege herkenning en begeleiding van de patiënten met een psychosociaal klachtenpatroon bepalen dus in belangrijke mate de prognose.

Chronische klachten kan iedereen krijgen, maar er zijn predisponerende factoren.

Uit de psychologische literatuur is bekend dat persoonlijkheidstypes met een groot verantwoordelijkheid gevoel, meer dan gemiddelde toewijding en inzet, maar die weinig flexibel zijn, meer kans hebben om in een chronisch klachtenpatroon terecht te komen. Op psychosociaal gebied zijn factoren zoals depressie, chronische emotionele belasting, gebeurtenissen met een sterk emotioneel karakter, angst en arbeidsgerelateerde problemen belangrijke predisponerende factoren.

Leeftijd en geslacht spelen een rol bij de prognose (Crook e.a. 1994). Naarmate de leeftijd vordert wordt de kans kleiner dat een werknemer weer aan het werk gaat.

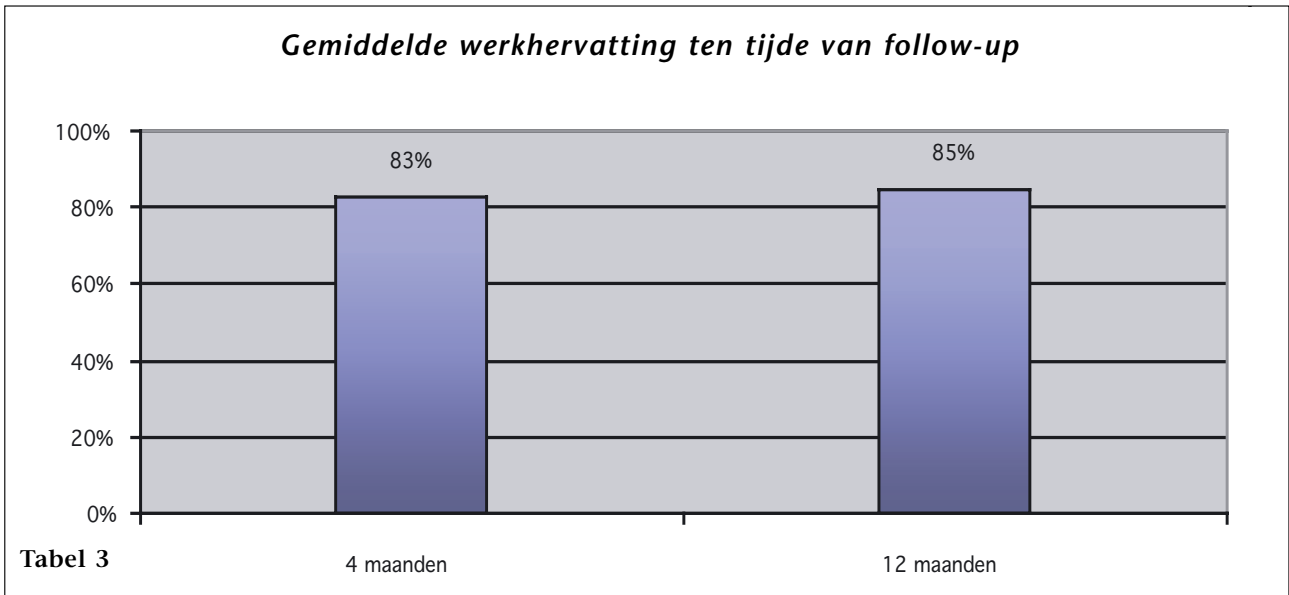
Mannen keren sneller terug in werk dan vrouwen, maar vrouwen hebben een grotere kans om aan het werk te blijven indien zij eenmaal zijn begonnen.

In de lagere sociaal-economische groepen komt chronische rugpijn vaker voor. Dit geldt ook voor zwaar werk, maar voor alle klachten is er geen significante relatie tussen beroep en chronisch verzuim (Turner e.a. 2000). Goede accommodatie op het werk en de realisatie van aanpassingen aan de individuele behoefte hebben een gunstig effect op de prognose (Fransen e.a. 2002).

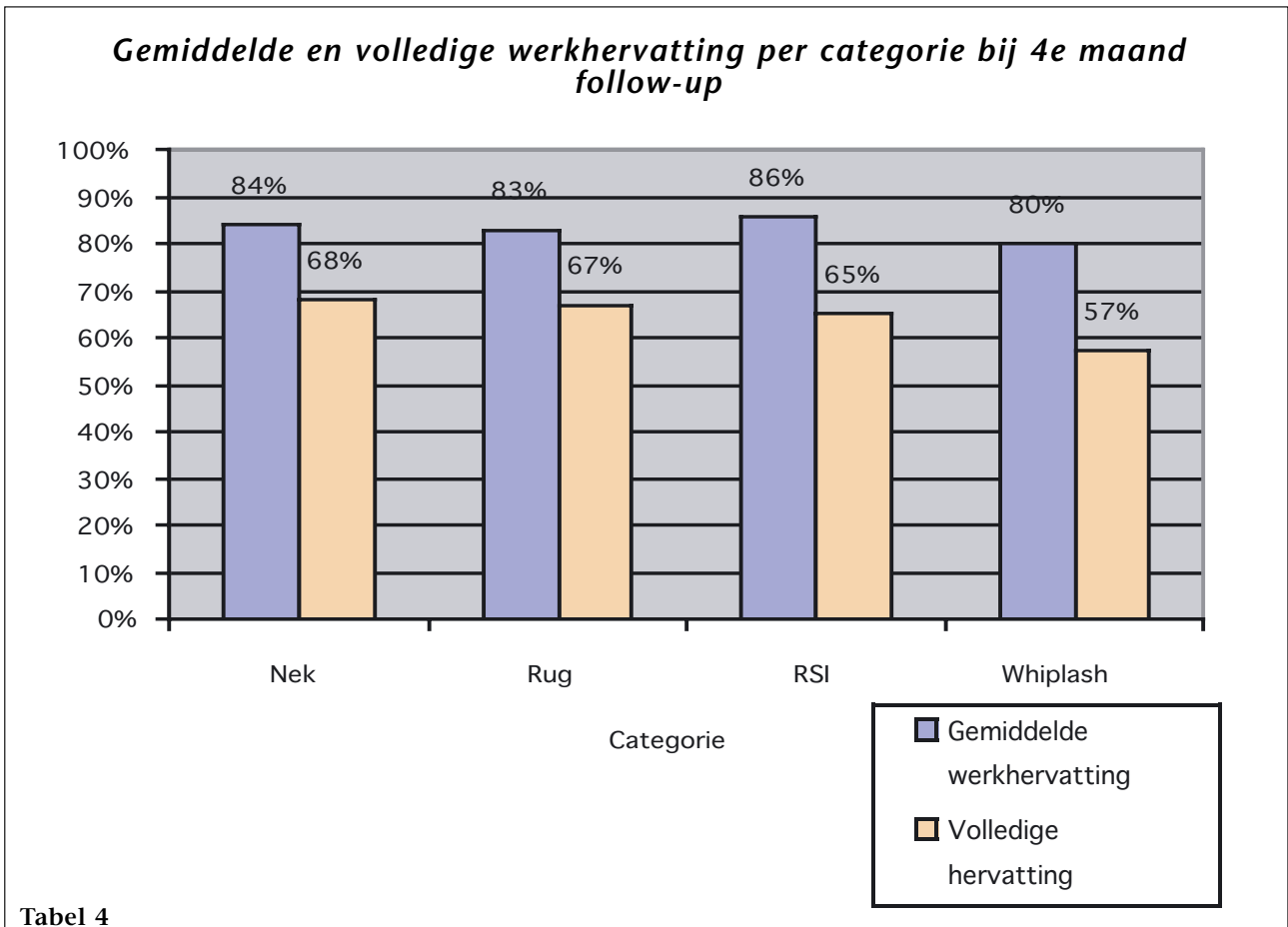
Hoe groter de ernst van het primaire letsel, hoe sterker de pijn die ervaren is, en hoe groter de functionele handicap, hoe ongunstiger de prognose (Abenheim, e.a. 1995).

Bij rugklachten blijkt het aantal medische ingrepen mede de prognose te bepalen (Vendrig, 1999).
Op psychosociaal gebied geldt dat degenen die hun

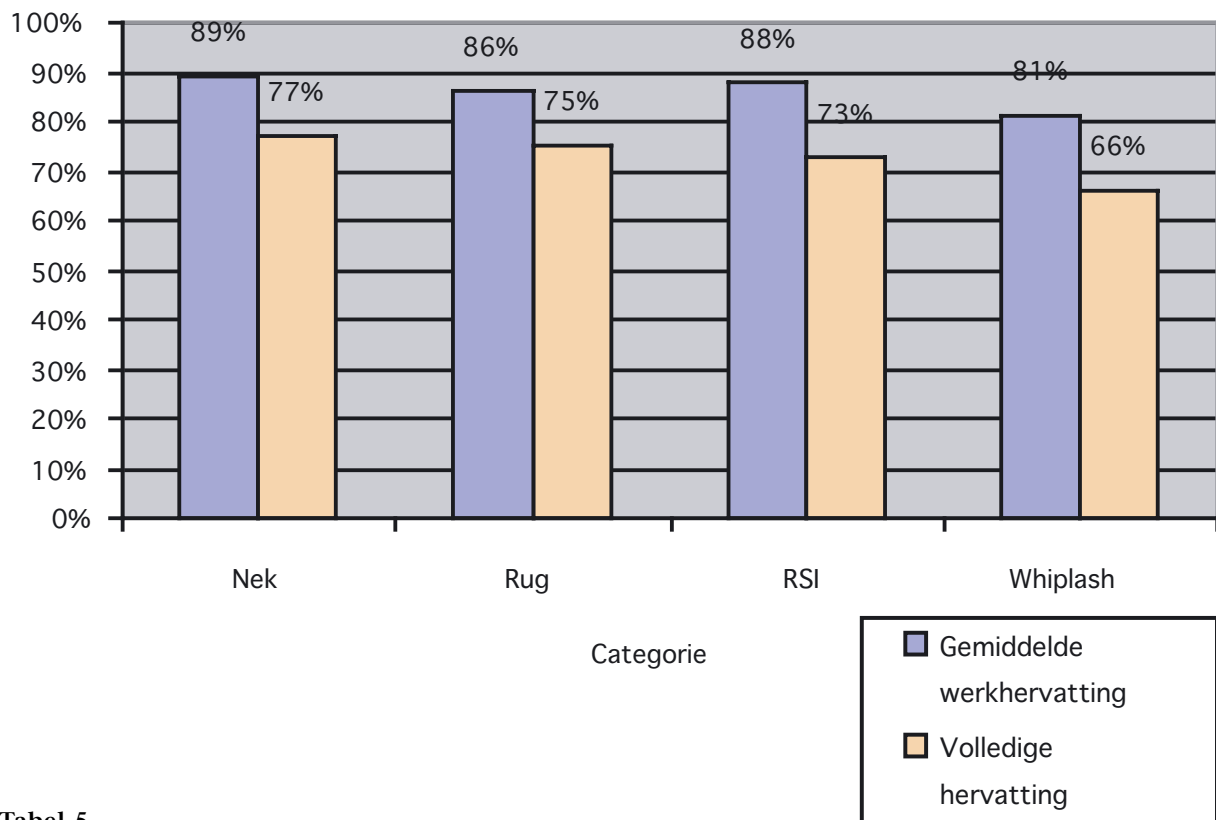
werk verantwoordelijk stellen voor de klachten een slechtere prognose hebben dan diegene die zichzelf verantwoordelijk achten (Hazard e.a. 1996).



Multidisciplinaire aanpak met cognitief gedragmatige trainingsprogramma's blijken effectief (Tulder, 1999). Uit evaluatie van een grote groep patiënten die zo'n programma volgden, blijkt dat de gemiddelde werkhervatting na 4 maanden vrijwel gelijk is na 12 maanden (tabel 3). Er zitten geringe verschillen tussen de verschillende klachten categorieën. Whiplashklachten scoren daarbij het laagst, vooral als het volledige werkhervatting aangaat (tabel 4 en 5, bron Winnock reïntegratiecentra).



Gemiddelde en volledige werkhervatting per categorie bij 12e maand follow-up



Tabel 5

Samenvatting

Chronische psychosociale klachten zijn vanuit psychosociaal oogpunt specifiek. Er kunnen een drietal patronen onderscheiden worden. Psychosociale klachtenpatronen geven uiting aan psychische, gedrag en sociale symptomen. Dit gaat meestal gepaard met talrijke lichamelijke klachten die niet door een afwijking of ziekte verklaard kunnen worden. Belangrijke kenmerken zijn pijnvermijdend gedrag en angst om te bewegen. Meestal is er ook een zekere bewegingsdrang. De klachten verminderen dan bij

dynamische activiteiten mits deze niet te lang doorgevoerd worden.

De prognose wordt gunstig beïnvloed door vroege herkenning en goede begeleiding. Medische voor-geschiedenis, psychosociale en demografische factoren bepalen in mindere mate de prognose.

Multidisciplinaire aanpak is effectief. Daarbij scoort onder de verschillende categorieën whiplash het laagst wat betreft werkhervatting.

Literatuur:

Abenheim, L. Rossignol, M. e.a. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine* 1995, 20:791-795.

Borz, W.M. (1984) The disuse syndrome. *The Western Journal of Medicine*, 141, 691-694.

Cranenburgh, B. Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. *De Tijdstroom*, Lochem 1987.

Crook, J.& Moldofsky, H: The probability of recovery and return to work from work disability as a function of time. *Qual Life Res* 1994,3 Suppl 1:s97-109.

Deyo, R.A. &Diehl, A.K. Patient satisfaction with medical care for low-back pain. *Spine* 1986; 11:28-30.

Fransen, M. Woodward, M. e.a.: Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002, 27:92-98.

Hazard, R.G. Haugh, L.D. e.a. Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine* 1996, 21:945-951.

Loeser, J.D. (1980) A definition of pain. *University of Washington Medicine*, 7,3-4.

Mayer, T.G. & Gatchel, R.J. (1988). *Functional restoration for spinal disorders. The functional restoration approach*. Philadelphia: Lea and Febiger.

- Melzak, R. & Wall, P.D. (1965) Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Tulder, M.W. Malmivaara, A. e.a. *Exercise therapy for low back pain*. Amsterdam:EMGO-Institute, 1999.
- Turner, J.A. Franklin, G.& Turk, D.C.: Predictors of chronic disability in injured workers: A systematic literature synthesis. *Am Journal of Industrial Medicine* 2000, 38:707-722.
- Vendrig, L. *The prediction of outcome in the multimodal treatment of chronic back pain: the role of emotinal distress and personality*. Proefschrift, Kath. Universiteit Nijmegen 1999.
- Vendrig, A. Akkerveeken, P.F. van e.a. Results of multimodal treatment program for patients with chronic symptoms after a whiplash injury of the neck. *Spine* 2000, 25:238-244.
- Wadell, G. & Main, C.J. e.a. Chronic low back pain, psychologic disstress and illness behavior. *Spine* 1984; 9:209-13.

Op 29 september 2004 organiseerde de Münchener Rück een symposium in Utrecht. Hieronder volgen verslagen van een drietal lezingen:

- **Chronic Hepatitis C – an update;**
- **Ondernemerskwaliteiten – een subjectief begrip;**
- **Casuïstiek dyslipidaemieën;**

Chronic Hepatitis C – an update

Dr. Frank Drees ^[1]

Verslag T.W.J.S. van der Helm

Hepatitis C wordt veroorzaakt door een heterogene groep virussen verdeeld in zes genotypen met meer dan 50 subtypen. In de westerse wereld komen alleen genotype 1, 2 en 3 voor. Hepatitis C is een RNA-virus van de familie van de Flaviviridae. Door de replicatie ratio van 1012 per dag treden veel mutaties op. Deze mutaties veroorzaken afwijkingen in de eiwit-envelop, hetgeen leidt tot het omzeilen van het menselijk immuunsysteem en het ontwikkelen van een vaccin bemoeilijkt. Bovendien ontstaat er na genezing van hepatitis C geen bescherming tegen een volgende infectie.

Wereldwijd zijn ongeveer 200 miljoen mensen chronisch geïnfecteerd, hetgeen overeen komt met 3% van de wereldbevolking. Nederland heeft naar schatting 15.000 tot 60.000 chronisch geïnfecteerden. Dit komt overeen met 0,1 tot 0,4 % van de bevolking, hetgeen ook de besmettingsgraad in de andere westerse landen is. HIV co-infectie komt bij 10% van de geïnfecteerden voor. Ruim 85% van de geïnfecteerden blijft zonder symptomen. Icterus treedt bij 15% op. Ongeveer 10% krijgt extrahepatische manifestaties zoals cryoglobulinemie (met neuropathie, nierfunctiestoornis, spier- en gewrichtspijn en huiduitslag, zoals purpura, vasculitis, urticaria), glomerulonefritis of seronegatieve arthritis. Van de acuut geïnfecteerden geneest waarschijnlijk 15% spontaan. Van de chronisch geïnfecteerden krijgt 20% levercirrose en ontwikkelt tot 7% hepatocellulair carcinoom.

Leverenzymen zijn bij 30% van de chronisch geïnfecteerden normaal en bij 40% zeer gering verhoogd. ALAT is meestal sterker verhoogd dan ASAT. AF en GGT zijn meestal normaal. Anti-HCV anti-lichamen zijn tot jaren na de infectie aantoonbaar, met helaas veel vals positieve uitslagen. HCV-RNA kan kwantitatief worden gemeten (viral load) en is van verzekeringsgeneeskundig belang aangezien een lage viral load een grote kans op succesvolle behandeling geeft. Voor de ernst van de infectie is het pathologisch onderzoek van een leverbiopt de gouden diagnostische standaard. Vroege levercirrose is echografisch te onderscheiden van leververvetting maar vereist een ervaren onderzoeker. Hepatitis C kan worden behandeld met PEG-interferon in combinatie met Ribavirine. Bij genotype 1 wordt gedurende twaalf weken op proef behandeld met PEG-interferon en de hoogst mogelijke dosis Ribavirine. Alleen als de viral load duidelijk daalt (99% vermindering in de twaalfde week) wordt de behandeling gecontinueerd tot 48 weken. Bij genotype 2 en 3 word gedurende 24 weken PEG-interferon en een lage dosis Ribavirine gegeven. Ruim 75% van de behandelde krijgt ernstige bijwerkingen en arbeidsparticipatie gedurende de behandeling blijkt meestal niet mogelijk. Bij ongeveer 50% van de met genotype 1 geïnfecteerden en bij ongeveer 75% van de met genotype 2 of 3 geïnfecteerden is na de behandeling geen virus meer detecteerbaar. Ongeveer 1% krijgt een relapse, waarbij geen verdere behandeling mogelijk is. Indien een patiënt twee jaar na de behandeling nog geen relapse

^[1] Dr. Frank Drees, Internist / Hepatoloog

heeft dan is de kans op relapse vrijwel verwaarloosbaar klein.

Verzekeringsgeneeskundige overwegingen:

Bij een voorgeschiedenis van chronische hepatitis C is het van belang de uitslag van de leverbiopsie te krijgen. Leverfibrose is reversibel. Levercirrose is een irreversibele precancereuze toestand. Het resultaat van een medicamenteuze behandeling moet kritisch worden beschouwd. Indien geen behandeling werd gegeven is voorzichtigheid geboden aangezien co-morbiditeit veelal de overweging is om de zeer zware behandeling niet aan te bieden. Co-morbiditeit (HIV) moet worden uitgesloten.

Bij een levensverzekering wordt bij HCV-RNA negatieven één jaar na de behandeling 50% extra mortaliteit overwogen. Wegens het ontbreken van gegevens over de lange termijn effecten van de behandeling met Ribavirine wordt ook bij HCV-RNA negatieven twee jaar na de behandeling geen normale mortaliteit overwogen. Bij HCV-RNA positieven met verder uitsluitend gunstige factoren wordt acceptatie voor een levensverzekering met 150% extra mortaliteit overwogen.

Een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering moet meestal worden afgewezen. Bij goed beloop na behandeling wordt 40% toeslag geadviseerd.

Ondernemerskwaliteiten – een subjectief begrip

Mevrouw A. Roeland ^[1]
Drs. R.J. Heling ^[2]

Verslag drs. R.J. Heling

In toenemende mate worden er hogere verzekerde rentes gevraagd bij aanvragen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Tevens is er een toename van het aantal starters te bespeuren in Nederland. Een derde ontwikkeling is dat er vanuit de overheid steeds minder wettelijke eisen aan het zich vestigen als zelfstandig ondernemer worden gesteld. Een laatste ontwikkeling is dat er meer en meer oudere starters zijn. Veel van deze starters halen echter het 5-jarig bestaan niet. Na 5 jaar zijn 40% van de starters verdwenen van de markt. Er kunnen diverse redenen zijn om te starten als zelfstandig ondernemer. Deze redenen kunnen gebaseerd zijn op vrije motivatie zoals bijvoorbeeld een gat in de markt gevonden hebben, de zelfstandigheid trok, maar ook gebaseerd zijn op dwangmotieven zoals bijvoorbeeld problemen met de werkgever, werkloosheid, het zich bevinden in een uitkeringssituatie. Er kan gestart worden in diverse rechtsvormen zoals de eenmanszaak, VOF, maatschap of BV. De keuze van rechtsvorm is van belang voor wat betreft de aansprakelijkheid van het privé vermogen.

Al deze zaken zijn van belang als het gaat om acceptatie van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hoe kun je nu tijdens het acceptatie proces een beeld krijgen met welke ondernemer je te doen hebt? Om een beeld te krijgen van

de ondernemerskwaliteiten van de aanvrager en zijn/haar motieven zou door de acceptant naar een ondernemersplan gevraagd kunnen worden. In een ondernemersplan moeten diverse zaken aan bod komen over de ondernemer zelf, het marketing plan en een financieel plan. Op basis van een beoordeling van een dergelijk plan kan een beter beeld ontstaan van de ondernemer en zijn/haar plannen en motieven. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van die beoordeling van de aanvraag.

Een andere mogelijkheid om meer informatie met betrekking tot de aspirant verzekerde te verkrijgen kan zijn de inschakeling van een arbeidsdeskundige. Deze kan gevraagd worden op basis van zijn deskundigheid en ervaring een advies te geven over het al dan niet accepteren van de aanvraag. In bepaalde gevallen, indien de acceptant bijvoorbeeld van mening is over te weinig relevante informatie aangaande de ondernemerskwaliteiten te beschikken, kan dit een toegevoegde waarde hebben.

Op grond van bovenstaande kunnen subjectieve zaken rondom de zelfstandig ondernemer objectiever beoordeeld worden en dat draagt bij aan de kwaliteit van het acceptatieproces en kan bijdragen aan het voorkomen van acceptatie van 'slechte' risico's.

^[1] Mevrouw A. Roeland, International Underwriter and Claimhandler, Münchener Rück

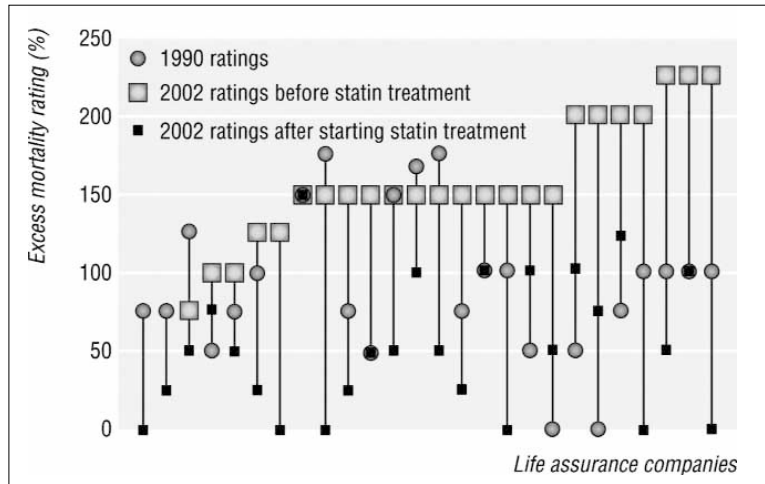
^[2] Drs. R.J. Heling, registerarbeidsdeskundige Heling & Partners

Casuïstiek dyslipidaemieën

Dr. Achim Regenauer ^[1]

Verslag mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf

De lezing over gestoorde vetstofwisseling begon met de vermelding van een onderzoek dat in de British Medical Journal van februari 2004 gepubliceerd is. Het betrof een onderzoek naar de acceptatie door levensverzekeringsmaatschappijen van een kandidaatverzekerde met familiale hypercholesterolaemie. Op verschillende tijdstippen (in 1990 tijdens behandeling met cholestyramine, in 2002 vóór behandeling met statinen en in 2002 tijdens behandeling met statinen) werd onderstaande casus voorgelegd aan verschillende verzekeraars.



Figuur 1: Percentage oversterfte bepaald door levensverzekeringsmaatschappijen in 1990 and 2002, voor en na aanvang van behandeling met een statine (bron: BMJ, Vol. 328, 28 febr. 2004)

Het betrof een 30-jarige man die een levensverzekering wilde sluiten met een looptijd van 20 jaar. Niet-roker, normaal ECG, zijn vader had een (niet-fataal) myocardinfarct op 45-jarige leeftijd. Bevindingen: lengte 174 cm, 66 kg, bloeddruk 120/80 mm Hg, totaal cholesterol (tijdens behandeling met cholestyramine) 11,4 mmol/l, HDL-cholesterol 1,7 mmol/l, LDL-cholesterol 9,1 mmol/l, triglyceriden 1,3 mmol/l. Verder geen bijzonderheden en ook geen xanthelasmata. Diagnose: familiale hypercholesterolaemie. Hij werd behandeld met atorvastatine 80 mg per dag en daarmee daalde het cholesterolgehalte naar 6,2 mmol/l.

Opmerkelijk was dat in 1990 verschillende verzekeringsmaatschappijen met betrekking tot deze casus de gemiddelde oversterfte lager bepaalden dan in 2002 (vóór de behandeling met atorvastatine): in 1990 gemiddeld 89% en in 2002 158% oversterfte. Echter, tijdens de behandeling in 2002 bedroeg de gemiddelde oversterfte 56% (zie figuur). De conclusie van de onderzoekers was dan ook dat het risico tegenwoordig op meer realistische gronden ingeschat wordt waarbij rekening wordt gehouden met de verbeterde prognose van familiale hypercholesterolaemie door een effectievere therapie. Wel viel op dat een grote variabiliteit blijft bestaan in de manier waarop de verschillende verzekeringsmaatschappijen het risico inschatten. In het onderhavige onderzoek bleek het advies van de Münchener Rück zich ongeveer in het midden van de figuur te bevinden.

Vervolgens werd uitleg gegeven over de verschillende vormen van familiair gestoorde vetstofwisseling. Prematuur hart- en vaatlijden kan veroorzaakt worden door een verhoogd LDL-cholesterol-, een verlaagd HDL-cholesterol-, een verhoogd apobetalipoproteïne-, een verhoogd triglyceriden-, een verhoogd lipoproteïne(a)- of een combinatie van deze. Verder waren de volgende mededelingen interessant:

- Polygenetisch bepaalde hypercholesterolaemie is de grootste veroorzaker van vroegtijdig hart- en vaatlijden.
- Bij polygenetisch bepaalde hypercholesterolaemie is het cholesterolgehalte in het algemeen minder sterk verhoogd dan bij hetero familiale hypercholesterolaemie.
- Als het triglyceridengehalte hoger wordt, daalt het HDL-cholesterolgehalte.
- Het roken van sigaretten verlaagt het HDL-cholesterolgehalte.
- Een sterk verhoogd triglyceridengehalte gaat gepaard met een verlaagd HDL-cholesterolgehalte.
- Het triglyceridengehalte is sterk afhankelijk van exogene factoren (o.a. van het wel of niet nuchter bepaald zijn).
- Het totaal cholesterol- en HDL-cholesterolgehalte is onafhankelijk van het wel of niet nuchter bepaald zijn.
- Lipoproteïne(a) is een gemodificeerde vorm van LDL-cholesterol.
- Een verhoogd lipoproteïne(a)-gehalte wordt niet beïnvloed door medicatie of dieet.

^[1] Dr. A.J. Regenauer, Chief Medical Director Münchener Rück

De medisch adviseur en het tuchtrecht

A.H.F.M.Corthals

Na de boeiende bijdragen over dit onderwerp in de vorige nummers van de GAVscoop die voornamelijk van juridische aard waren, nu een casus uit de praktijk.

Deze casus en het beloop van de procedure daarvan zal in grote lijnen worden besproken. Aan het einde van de bijdrage worden enige praktische tips gegeven en doe ik een oproep te komen tot een centraal meldpunt van tuchtrechtzaken..

De casus

De klacht betreft de gevolgde procedure en werkwijze van de medisch adviseur bij de beoordeling van een AOV- claim.

Klaagster, een 47-jarige vrouw, is slachtoffer van een achteroprijding. Betrokkene zat naast de bestuurder in de auto. Zij droeg een autogordel. Er volgt een melding van arbeidsongeschiktheid op basis van de klachten na dit ongeval. Het betreffen de bekende klachten, te weten nek- en hoofdpijn, concentratiestoornissen en geheugenklachten. De claim wordt in de tijd gevolgd door enkele controles via een onafhankelijke huisarts.

Gezien de te verwachten duur van de uitval wordt zij binnen 3 maanden door een arbeidsdeskundige bezocht.

Er speelt ook een WA-zaak. De arbeidsdeskundige adviseert een spoedige beoordeling door een neuroloog. Daar er ook sprake is van onduidelijke heupklachten wordt gekozen voor een gecombineerde expertise door een neuroloog en een orthopedisch chirurg.

Op basis van de geformuleerde beperkingen door beide deskundigen is een beperkingenpatroon opgesteld, voorzien van een toelichting en een FIS-score lijst.

Op grond van dit beperkingenpatroon wordt klaagster, na een hernieuwde beoordeling door de arbeidsdeskundige, 50% arbeidsongeschikt bevonden voor functioneren in arbeid. Zij is het daarmee niet eens.

Omdat alle pogingen tot een vergelijk te komen vastliepen, diende zij uiteindelijk een klacht in. Voorgesteld werd een onafhankelijke medisch adviseur op basis van de deskundigen rapporten een beperkingenprofiel te laten opstellen. Overleg tussen beide medisch adviseurs werd niet toegestaan. Ook overleg op niveau van de arbeidsdeskundige van de jurist en de ingeschakelde arbeidsdeskundige van verzekeraar werd geweigerd. Eveneens werd een nieuw deskundigenonderzoek afgewezen.

De klachten

De klachten in deze tuchtrechtzaak betreffen de volgende:

- De aangewezen onafhankelijke medisch adviseur stelt op basis van onvoldoende medische informatie en zonder eigen onderzoek een beperkingenprofiel op. Hij wekt daarmee de indruk een groot deel van het beperkingenprofiel uit zijn duim gezogen te hebben.
- Daarnaast deelt hij, buiten het doel van zijn inschakeling om, therapeutische adviezen van de medisch deskundigen mee aan de arbeidsdeskundige. Deze dient hij kennelijk met betrokkene te moeten bespreken.

Voor wat betreft de eerste klacht werd verwezen naar een uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege Den Haag 23-12-98 (Medisch Contact 16/07/99,54 nr. 27/28, blz. 1015 e.v.).

Als toelichting bij de tweede klacht het volgende: de ingeschakelde deskundigen gaven het advies een rugtraining te overwegen. Aan de arbeidsdeskundige werd verzocht de motivatie hiertoe bij betrokkene te peilen om zodoende te zijner tijd in samenspraak met de WA-partij een dergelijke training in het kader van activerende reïntegratie zo mogelijk te kunnen opstarten.

Het verweer

Belangrijke algemene aspecten die, behoudens een aantal specifiek op de casus gerichte zaken, bij het verweer zijn ingebracht, werden ontleend aan:

- De beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam bij particuliere verzekeringsmaatschappijen.
- Het schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van het Verbond van Verzekeraars, maart 2001.
- De functie omschrijving van de werkgever, waarin expliciet wordt aangegeven dat het opstellen van een beperkingen- of belastbaarheidspatroon als diens taak wordt gezien.

De uitspraak

Het tuchtcollege kwam tot de volgende uitspraken:

- Bij het opstellen van het beperkingenprofiel is gebruik gemaakt van goed gedocumenteerde rapporten. Eigen onderzoek zou hieraan niets hebben toegevoegd.
- In de praktijk van de verzekeringsgeneeskundige maakt het bevorderen van het herstel c.q. van het herstelgedrag, en daarmee het beperken van de schade, onderdeel uit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering vloeit dit onder meer voort uit de aard en strekking van de polisvoorwaarden.
- Het geven van therapeutische adviezen maakt onderdeel uit van het professioneel handelen van de verzekeringsgeneeskundige. Hiermee is niet alleen het belang van de maatschappij gediend, maar evenzeer het belang van verzekerde vanuit de optiek van herstel van de gezondheid. De medisch adviseur heeft geheel binnen zijn bevoegdheid en taak gehandeld door klaagster een therapeutisch voorstel in overweging te geven.
- Dat de arbeidsdeskundige dit advies aan de orde bracht in een direct contact is, gezien de verhoudingen binnen de functionele eenheid waarvan de medisch adviseur en de arbeidsdeskundige deel uitmaken, in overeenstemming met de algemeen gangbare en aanvaarde uitvoeringspraktijk van particuliere verzekeraars. De arts heeft een adviserende rol. Het is vervolgens de arbeidsdeskundige die het directe contact legt met verzekerde.

Het regionaal tuchtcollege wijst de klachten vervolgens zonder nader onderzoek, als kennelijk ongegrond, af.

N.B.

- In zijn motivering werd door het college expliciet verwezen naar het schadeprotocol van het Verbond van Verzekeraars.
- Partijen werden voorafgaand aan de uitspraak mondeling gehoord.

Hoger beroep

In de hoger beroep procedure werd nog aangevoerd dat een medisch adviseur, die geen opleiding tot verzekeringsgeneeskundige heeft gevolgd, de kennis en kunde mist om een beperkingenprofiel op te stellen.

De redactie sluit zich graag aan bij bovenstaande oproep. Een eerste aanzet word gegeven door het opnemen in GAVscoop van onderstaand tweetal uitspraken.

In het verweer hierop werd uitvoerig aangegeven welke aanvullende cursussen werden gevolgd, waaronder een cursus verzorgd door de toenmalige GMD over het opstellen van belastbaarheidpatronen.

In de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege wordt expliciet verwezen naar de beroepscode voor geneeskundig adviseurs. Het niet zelf beoordelen, na een deskundigenonderzoek, is in overeenstemming met de thans geldende beroepscode. Dat de arts onvoldoende toegerust was, heeft klaagster niet aannemelijk gemaakt. Het hoger beroep werd eveneens verworpen.

De gehele procedure heeft bijna 3 jaar in beslag genomen.

Uit één en ander volgen enkele praktische wenken en opmerkingen, met name voor nieuwkomers in het adviserende werk.

- Zorg voor een goede taakomschrijving van de werkzaamheden. Regel op voorhand wie de kosten van een tuchtprocedure dient te betalen.
- Zorg naast de rechtsbijstand via de werkgever voor een particuliere beroepsrechtsbijstand dekking. Werkzaamheden buiten het dienstverband kunnen ook tot procedures leiden. Ook de overgang van een dienstverband naar een vrij ondernemerschap kan problemen oproepen.
- Uit eerdere uitspraken van het tuchtcollege is eveneens gebleken dat de beroepscode voor geneeskundig adviseurs het erkende kader is waarbinnen de medisch adviseur zijn of haar werkzaamheden verricht.
- In deze zaak is tevens gebleken dat werken conform het schadeprotocol van het Verbond van Verzekeraars van belang is.

Tot slot, het lijkt mij, gezien het toenemende aantal klachtenprocedures, zinvol te komen tot een centraal meldpunt van tuchtrechtzaken.

Daarna kan worden bezien of, conform de werkwijze van Medisch Contact, in het algemeen belang tot publicatie in de GAVscoop besloten wordt.

Medisch tuchtrecht

Onderstaande samenvattingen van uitspraken van het Gerechtshof te 's Gravenhage en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg werden met toestemming overgenomen uit het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. De in GAVscoop 2/2004 ogenschijnlijk afgesloten discussie omtrent het wel of niet onder het medisch tuchtrecht vallen van de handelingen van de medisch adviseur wordt met harde hand opengebroken. Immers, het ter discussie staande handelen van de radiologen en de neuroloog vertoont veel overeenkomst met het handelen van de medisch adviseur. Daarbij komt dat, hoewel er grote overeenkomst is tussen de acties van de radiologen en het optreden van de neuroloog, het handelen van de laatste kennelijk wél onder het medisch tuchtrecht valt, maar het handelen van de eersten zeker niet. Het is duidelijk dat het eind van de discussie niet in zicht is. Red.

2004/57 Reikwijdte tuchtrecht Wet BIG; radiologische beoordelingen en verslaan röntgenfoto's in het kader van leeftijdsonderzoek geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in art. 1 Wet BIG, noch vallend onder de werkingssfeer van art. lid 1 Wet BIG

Gerechtshof te 's-Gravenhage (mrs. Dupain, Boele en Vrij) d.d. 9 september 2004

Drie asielzoekers hebben een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd verzocht tegelijk met het verzoek aan de IND om hun leeftijd vast te stellen door een door de IND aangeboden leeftijdsonderzoek. Het onderzoek is verricht door een antro-pobioloog die daartoe een tweetal radiologen heeft verzocht röntgenfoto's te maken van het handpolsgebied en van het sleutelbeen van de betrokken asielzoekers ter beoordeling van de vraag of het bot ter plaatse is 'uitgerijpt'. De betrokken radiologen hebben hun bevindingen gerapporteerd onder codenummers. Naar aanleiding van deze rapportages hebben de asielzoekers klachten ingediend tegen de radiologen bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven, welk college de klachten niet in behandeling kon nemen omdat de namen van de radiologen niet werden vermeld doch slechts de codenummers. In kort geding vorderen de asielzoekers van de Staat en de antro-pobioloog dat zij de namen van de radiologen vrijgeven. In eerste aanleg wordt die vordering toegewezen. De Staat en de antropobioloog komen van dat vonnis in beroep.

In beroep is de vraag aan de orde of de radiologische beoordelingen en het verslaan van de röntgenfoto's in het kader van leeftijdsonderzoek kunnen worden aangemerkt als handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zoals omschreven in artikel 1 van de Wet BIG alsmede dat het handelen van de radioloog valt onder de werkingssfeer van de tuchtnormen neergelegd in artikel 47 lid 1 van de Wet BIG.

Het hof overweegt dat de handelingen van de radiologen niet onder de Wet BIG (en ook niet onder de WGBO) vallen. Het onderzoek vond uitsluitend plaats met het oog op de vaststelling van de leeftijd van de asielzoekers en was er niet op gericht om eventuele medische afwijkingen op te

sporen. Dat ligt wellicht anders indien bij het onderzoek mocht blijken van medische afwijkingen die door de radioloog aan de opdracht-gever of de asielzoeker worden gerapporteerd. In dat geval is er wellicht aanleiding om aan te nemen dat er alsdan een arts-patiëntrelatie en daarmee een verband met de individuele gezondheidszorg is of kan ontstaan.

*Het gerechtshof overweegt (post alia, red.):
(...)*

Beoordeling van het hoger beroep
In de gevoegde zaken

- 1 Geen grieven zijn aangevoerd tegen de door de voorzieningenrechter als uitgangspunt gekozen feiten, zodat ook het hof daarvan uitgaat. Het gaat in deze zaak kort gezegd om het volgende. De asielzoekers hebben op 5 januari 2003 een aanvraag bij de Staat, de Immigratie- en Naturalisatie-dienst (IND), gedaan tot het verlenen van een verblijfsvergunning asiel voor bepaalde tijd. Gelijktijdig hebben zij ter vaststelling van hun leeftijd aan de IND verzocht om een door de IND aangeboden leeftijdsonderzoek. Dat onderzoek is verricht door A., een antropobioloog, met wie de Staat in februari 1999 een overeenkomst tot het doen van leeftijdsonderzoeken heeft gesloten. Een dergelijk onderzoek houdt in dat van het handpolsgebied en van het sleutelbeen van de betrokken persoon röntgenfoto's worden gemaakt, die door twee, daartoe door A. aangezochte radiologen worden beoordeeld op de vraag of het bot ter plaatse is 'uitgerijpt', dat wil zeggen of het zachte, kraakbenige deel dat zich bij kinderen nog aan de botuiteinden bevindt (de epifyse) is vervangen door bot. Aan de hand van hun bevindingen rapporteren de radiologen vervolgens aan A. of er al dan niet sprake is van uitrijping van het bot ter plaatse als voormeld. De radiologen werken sedert enige tijd in hun rapportage onder codenummers, en wel in deze zaak met de nummers 18 en 30. Op 4 februari 2003 hebben de asielzoekers bij het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Eindhoven een klacht ingediend tegen de twee radiologen die onder deze codenummers hebben gewerkt. Deze klachten konden volgens dat college niet in behandeling worden genomen omdat de persoons-

gegevens van de radiologen niet zijn vermeld. Uit de stukken blijkt verder dat A. op grond van het onderzoek van de radiologen onder dagtekening van 6 januari 2003 heeft gerapporteerd, dat ten tijde van de asielaanvraag X. als meerderjarig is te beschouwen, Y. als minderjarig en dat Z. mogelijk minderjarig is te beschouwen, maar meerderjarigheid niet is uit te sluiten.

- 2 Bij het bestreden vonnis heeft de voorzieningenrechter kort gezegd de primaire (gewijzigde) vordering van de asielzoekers in zoverre toegewezen, dat de Staat en A. (hierna tezamen aan te duiden als:(de) appellanten) werden veroordeeld de namen van de radiologen die in de leeftijdsonderzoeksrapportages d.d. 6 januari 2003 gecodeerd werden aangegeven onder de nummers 18 en 30, binnen veertien dagen na de betekening van het vonnis aan de asielzoekers bekend te maken.
- 3 Met grief 1 komen appellanten op tegen het voorlopig oordeel van de voorzieningenrechter dat niet kan worden uitgesloten dat de tuchtrechter zal oordelen dat de radiologische beoordelingen en het verslaan van röntgenfoto's in het kader van leeftijdsonderzoek kunnen worden aangemerkt als handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, zoals omschreven in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) alsmede dat het handelen van de betrokken radiologen valt onder de werkingssfeer van een van de in artikel 47 lid 1 van die wet neergelegde tuchtnormen.
- 4 Ter toelichting op deze grief voeren appellanten aan, dat in het onderhavige geval de asielzoekers geen patiënt van de radiologen zijn, dat ten aanzien van hen geen diagnose wordt gesteld en geen oordeel over hun gezondheidstoestand wordt gegeven: de radiologen kijken uitsluitend naar het stadium van botrijping van de asielzoekers. De vaststelling van de rijpingsstaat van het skelet in het kader van het leeftijdsonderzoek van betrokke-nen is geen geneeskundig handelen en heeft evenmin ten doel hun gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken. Het handelen van de radiologen valt dus niet onder artikel 1 van de Wet BIG. Voorts wordt door appellanten betoogd dat dit handelen ook niet wordt bestreken door de tuchtnormen van artikel 47 Wet BIG. Van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de radiologen behoren te betrachten ten opzichte van personen met betrekking tot wier gezondheids-toestand zij bijstand verlenen of hun bijstand is ingeroepen (artikel 47 lid 1 onder a sub 1) is geen sprake -de gevallen onder a sub 2 en 3 zijn niet aan de orde, naar het hof begrijpt- en hetzelfde geldt voor de norm van artikel 47 lid 1 onder b, omdat niet is voldaan aan de cumulatieve eis dat gehandeld is door een in de Wet BIG geregistreerde hulpverlener en sprake is van een verband met individuele gezondheidszorg. Met name de laatste eis is hier niet vervuld.
- 5 Bij memorie van antwoord hebben de asielzoekers prealabel naar voren gebracht dat de appellanten geen belang meer hebben bij het hoger beroep omdat zij inmiddels op 16 juli 2003 -naar het hof begrijpt: ingevolge de uitvoerbaar bij voorraad verklaarde uitspraak van de eerste rechter- de namen van de twee betrokken radiologen hebben gegeven en de asielzoekers uitdrukkelijk hebben toegezegd die namen slechts te zullen gebruiken ten behoeve van hun klachten bij het regionaal tuchtcollege en die namen niet aan derden bekend te maken of (anderszins) te gebruiken. Hoewel op dit verweer niet door de appellanten is gereageerd, zal het hof daarop meteen beslissen, omdat ook indien vaststaat wat de asielzoekers omtrent de nakoming van het aangevallen vonnis hebben gesteld, appellanten in elk geval belang behouden bij het hoger beroep wegens de bij dat vonnis tegen hen uitgesproken kostenveroordeling.
- 6 Ter bestrijding van de eerste grief en de daarop verstrekte toelichting stellen de asielzoekers dat de relatie tussen de asielzoekers en de radiologen moet worden beschouwd als een overeenkomst inzake geneeskundige behandeling als bedoeld in de artikelen 7:446 e.v. BW (hierna: WGBO), dat de door de radiologen verrichte handelingen (beoordelingen van röntgenfoto's e.d.) ter uitvoering van die overeenkomst hebben gestrekt en dat die handelingen daarom tevens onder het bereik van de artikelen 1 en 47 Wet BIG vallen, omdat doel en strekking van laatstgenoemde bepalingen meebrengen dat handelingen ter uitvoering van de WGBO onder de Wet BIG vallen en voorwerp van klachten bij een tuchtcollege voor de gezondheidszorg kunnen vormen. Ter adstructie hiervan verwijzen de asielzoekers naar diverse publicaties, waaruit zou blijken dat de Inspectie Gezondheidszorg, de bewindslieden van Justitie, de voogdij-instelling NIDOS en de Nationale Ombuds-man het standpunt innemen dat de WGBO op het onderhavige leeftijdsonderzoek toepasselijk is.
- 7 Het standpunt van de asielzoekers dat de handelingen van de radiologen (zowel onder de WGBO als) onder de Wet BIG vallen wordt voors-hands niet door het hof gedeeld, ongeacht wat daarover -wellicht- in bovenstaande publicaties mocht zijn vermeld of daaruit kan worden afgeleid. Daartoe diene het volgende. Vaststaat dat het onderzoek van de radiologen in eerste instantie uitsluitend plaatsvond met het oog op de vaststelling van de leeftijd van de asielzoekers. Voor zover bij dat onderzoek echter mocht blijken van medische afwijkingen van de betrokken asielzoeker, die door de radioloog aan de opdrachtgever of de asielzoeker worden gerapporteerd, is er wellicht aanleiding om aan te nemen dat alsdan een arts-patiëntrelatie en daarmee een verband met individuele gezondheidszorg als onder 4 bedoeld is of kan ontstaan, maar op het opsporen van zo'n afwijking is het leeftijdsonderzoek niet gericht, zodat deze eventualiteit bij de kwalificatie van de onderhavige handeling van de radiologen zolang niet van een dergelijke afwijking blijkt, geen rol speelt. In het midden kan blijven of het handelen van de radiologen onder het bereik van de WGBO valt, aangezien het niet de WGBO is die recht op toegang tot tuchtrechtspraak toekent maar de Wet BIG en de asielzoekers hun belang bij de gevraagde voorziening met een beroep op de toegang tot de tuchtrechtspraak hebben onderbouwd. In elk geval is naar het voorlopig oordeel van het hof onvol-doende aan-nemelijk gemaakt dat dit handelen, gelet op het (primaire) doel daarvan, is te

beschouwen als een handelen van een geregistreeerde hulpverlener dat door de artikelen 1 en 47 Wet BIG wordt bestreken. Grief I slaagt dus.

- 8 Subsidiair beroepen de asielzoekers zich op artikel 7:464 BW maar zij lichten dit beroep niet nader toe, zodat het, mede gelet op wat omtrent de toepasselijkheid van de artikelen 1 en 47 Wet BIG is overwogen, voorshands onvoldoende aanknopingspunten bevat voor hun vorderingen. Nu geen andere dan de hierboven verworpen grondslagen voor de primaire en subsidiaire vordering zijn aangevoerd, zijn de hierbij gevraagde voorzieningen niet toewijsbaar. De overige grieven kunnen onbesproken blijven en het vonnis zal worden vernietigd. De kosten van beide instanties komen voor rekening van de asielzoekers, met dien verstande dat de Staat en A., nu zij bij het aangevallen (en vernietigde) vonnis tezamen in de kosten zijn verwezen, slechts in een van de gevoegde zaken een kostenveroordeling krijgen en dat de kosten van het incident in de zaak met rolnummer 03/950 zullen worden gecompenseerd.

Beslissing

Het Hof:

In de beide zaken

- vernietigt het bestreden vonnis en opnieuw rechtdoende;
- weigert de gevraagde voorzieningen;

In de zaak met rolnummer 03/950

- verwijst de asielzoekers in de kosten van het geding, tot heden aan de zijde van de appellanten in eerste aanleg bepaald op € 205 aan verschotten en op € 703 voor salaris van de procureur en in hoger beroep bepaald op € 326,16 voor verschot-ten en op € 771 voor salaris van de procureur;
- compenseert de proceskosten in het voegingsincident aldus dat iedere partij de eigen kosten draagt;

In de zaak met rolnummer 03/960

- verwijst de asielzoekers in de kosten van het geding, tot heden aan de zijde van de appellanten in eerste aanleg bepaald op nihil en in hoger beroep bepaald op € 326,16 voorverschotten en op € 771 voor salaris van de procureur.

2004/59 Neuroloog; reikwijdte tuchtrecht Wet BIG; medische expertise betreft handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van art. 1 Wet BIG; recht op inzage van niet geanonimiseerde dossiergegevens:

ongegrond

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (mr. C.L. de Vries Lentsch-Kostense, voorzitter; mr. A.D.R.M. Boumans, mr. H.S. Pruiksma, leden-juristen; dr. M.M. Veering, M.T.L.W. Boersma, leden-beroepsgenoten; mr. H.J. Lutgert, secretaris) d.d.31 augustus 2004.

De neuroloog verricht op verzoek van de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar een medische expertise ter beantwoording van de vraag of en zo ja welke klachten van klager door een verkeersongeval dat klager overkwam, zijn veroorzaakt. De neuroloog verricht het onderzoek aan de hand van de bij de verzekeraar beschikbare medische gegevens van klager waartoe hem het medisch dossier in een niet geanonimiseerde weergave ter hand is gesteld.

Klager verwijt de neuroloog dat hij zonder voorafgaande toestemming van de hem ter beschikkinggestelde niet-geanonimiseerde medische gegevens kennis heeft genomen en zonder medisch onderzoek over hem heeft gerapporteerd. In eerste aanleg is het regionaal tuchtcollege van oordeel dat klager ontvankelijk is in zijn klacht, omdat het optreden van de neuroloog als beoordelaar van klagers gezondheidstoestand valt binnen de reikwijdte van het tuchtrecht van de Wet BIG. Inhoudelijk oordeelt het college de klacht ongegrond. In beroep bevestigt het Centraal Tuchtcollege het oordeel van het college in eerste aanleg met betrekking tot de ontvankelijkheid van klager. Het

college overweegt daartoe dat de neuroloog was gevraagd de actuele gezondheidstoestand van klager te beoordelen in relatie tot het hem overkomen verkeersongeluk. Dat optreden moet, aldus het Centraal College, dan ook zonder meer worden beschouwd als een handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van artikel 1 van de Wet BIG. Het Centraal College verwijst daartoe naar de in de memorie van toelichting op de Wet BIG genoemde voorbeelden van verzekerings- en keuringsartsen. Met betrekking tot het verwijt dat de neuroloog zonder voorafgaande toestemming van klager kennis heeft genomen van medische gegevens van klager en daarover heeft gerapporteerd, overweegt het Centraal College dat het de neuroloog vrijstond om kennis te nemen van die gegevens aangezien hij door op het verzoek van de medisch adviseur van de verzekeraar in te gaan, samen met die medisch adviseur is gaan behoren tot een functionele eenheid van personen die noodzakelijkerwijze betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd c.q. verstrekt en hij gehouden is het medisch beroeps-geheim in achtte nemen. Het feit dat de arts niet heeft afgezien van inzage in het dossier nu dat dossier niet was geanonimiseerd kan hem niet worden verweten. Anonimiseren zou in het onderhavige geval geen enkel redelijk doel hebben gediend, nu in de civiele procedure waarin de neurologische expertise werd verzocht aanstonds duidelijk zou zijn geweest, dat de rapportage de persoon van klager betrof terwijl de neuroloog evenals de medisch adviseur van de verzekeraar gebonden is aan het beroepsgeheim.

Ook het feit dat de neuroloog zijn rapportage aan de geneeskundig adviseur heeft uitgebracht zonder klager persoonlijk te hebben onderzocht, kan hem niet worden verweten nu het verzoek van de geneeskundige adviseur niet meer inhield dan beantwoording van enkele vragen aan de hand van het reeds beschikbare dossier.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg overweegt (post alia, red.):

(...)

2 Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden, zakelijk weergegeven (en voor zover in hoger beroep van belang), het volgende in:

2.1.1 De klacht:

Klager verwijt verweerder dat hij zonder voorafgaande toestemming zijnerzijds van de hem ter beschikking gestelde niet geanonimiseerde medische gegevens van klager heeft kennis genomen en dat hij zonder medisch onderzoek over hem heeft gerapporteerd.

2.1.2 Het verweer:

Klager is niet-ontvankelijk in zijn klacht omdat het handelen van de arts ten aanzien van klager niet valt onder de werkingssfeer van artikel 47 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG c.q. de wet). Daarnaast meent de arts dat hij, gebonden aan zijn beroepsgeheim, desgevraagd een oordeel mocht geven met betrekking tot de aan hem voorgelegde vragen. Hij hoefde daarbij niet zelf na te gaan of toestemming van klager was vereist, en, zo ja, verkregen. Nu hij door het verzoek om advisering tot de zogenoemde functionele eenheid is gaan behoren mocht toestemming van klager worden verondersteld. De arts geeft er de voorkeur aan om de betrokkene zelf te onderzoeken. Indien een dergelijk onderzoek niet heeft plaatsgevonden, brengt hij slechts een rapport of advies uit als hij meent dat dat in dat geval kan. In casu was dat het geval.

2.2 Het Regionaal Tuchtcollege heeft (voor zover in hoger beroep van belang) aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd:

'Met klager is het college van oordeel dat klager ontvankelijk is in zijn klacht. Verweerder is ten aanzien van klager opgetreden als beoordelaar van diens gezondheidstoestand en heeft in het kader daarvan de door E. aan hem voorgelegde, op diens gezondheidstoestand betrekking hebbende vragen beantwoord. In gevolge artikel 1 lid 2 sub a juncto lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg valt dit handelen onder de werkingssfeer van artikel 47 lid 1 b van die wet. Met betrekking tot de vraag of het verweerder tuchtrechtelijk gezien vrijstond kennis te nemen van het niet geanonimiseerde medische dossier betreffende klager is het college van oordeel dat die bevestigend moet worden beantwoord. In dit verband is van belang dat verweerder, evenals E., de plicht tot beroepsgeheim heeft. Voorts kan niet worden gezegd dat verweerder buiten het bereik van de aan hem voorgelegde vragen is getreden. Dat verweerder werd verzocht de vragen te beantwoorden zonder klager te

onderzoeken behoefde hem niet van rapportage te weerhouden.

Uit een en ander volgt dat de klacht niet gegrond is.'

3 Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de volgende feiten en omstandigheden (zoals opgenomen in de bestreden beslissing):

'Verweerder is verbonden aan expertisebureau F. te G. Hij verricht medische expertises ten behoeve van onder anderen verzekeringsmaatschappijen en advocatenkantoren.

Klager heeft op 19 maart 1995 ernstig letsel opgelopen bij een verkeersongeval waarvoor H. Verzekeringen aansprakelijkheid heeft erkend. Tussen klager en H. bestaat verschil van mening over de vraag of en, zo ja, welke huidige klachten en beperkingen van klager zijn veroorzaakt door het ongeval. Het gerechtshof te I. heeft bij beschikking van 12 juni 2001 bepaald dat een voorlopig deskundigenonderzoek door een neuroloog moest plaatsvinden. Klager heeft H. op 15 augustus 2001 doen dagvaarden in kort geding, teneinde een voorschot te verkrijgen op door hem gevorderde schadevergoeding. Bij brief van 17 augustus 2001 heeft de medisch adviseur van H., E., verweerder verzocht om aan de hand van het op dat moment bij H. beschikbare medische dossier van klager een zestal vragen te beantwoorden.

E. heeft verweerder daartoe bedoeld medisch dossier in een niet geanonimiseerde weergave ter hand gesteld. Klager is niet op de hoogte gebracht van het aan verweerder gedane verzoek. Verweerder heeft op 6 september 2001 aan E. gerapporteerd. De belangenbehartiger van H. heeft bij brief van 10 september 2001 het rapport van H. aan de President in kort geding doen toekomen.'

4 Beoordeling van het hoger beroep

In het incidenteel appèl:

4.1 Naar luid van artikel 1, eerste lid, van de wet BIG, juncto het tweede lid, sub a, van die wet, wordt ondermeer als handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg aangemerkt elke verrichting die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheidstoestand te beoordelen. De Memorie van Toelichting bij voormeld wetsartikel (MvT, TK19 522, nr. 3, pagina 86) leert dat behalve de preventieve en curatieve handelingen in de begripsomschrijving van handelingen op het gebied van de geneeskunst ook zijn opgenomen de verrichtingen in het kader van het beoordelen van de gezondheidstoestand van een persoon.

4.3 Over het optreden van de arts in het kader van beantwoording van vragen op neurologisch terrein met betrekking tot klager, kan bezwaarlijk anders worden geoordeeld dan dat de arts, in diens hoedanigheid van door de geneeskundig adviseur van H. geconsulteerde neuroloog, was geroepen tot het

- beoordelen van de actuele gezondheidstoestand van klager in relatie tot het hem in 1995 overkomen ernstige verkeersongeluk. Dat optreden van de arts moet dan ook zonder meer -gezien de tekst en de strekking van de wet BIG- worden beschouwd als handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van artikel 1 van die wet. De in de Memorie van Toelichting genoemde voorbeelden van verzekerings- en keuringsartsen vormen in dat verband een adequate adstructie. De mogelijkheid van tuchtrechtelijke toetsing van het (bekritiseerde) handelen van de arts is daarvan dan het logische gevolg.
- 4.4 Door klager ontvankelijk te achten in diens klacht heeft het Regionaal Tuchtcollege in zoverre op goede gronden een juiste beslissing gegeven.
- 4.5 Het incidenteel beroep moet dan ook stranden. In het principaal appèl:
- 4.6 Vooropgesteld zij dat de arts, door te voorzien in neurologische expertise ten behoeve van beantwoording van vragen op neurologisch terrein ten dienste van de geneeskundig adviseur E., niet de grenzen heeft overschreden van hetgeen een behoorlijke taakvervulling meebrengt. Het stond hem aldus vrij de hem door de arts E. voorgelegde vragen op neurologisch terrein te beantwoorden. De beroepsgroep van geneeskundig adviseurs werkzaam bij verzekeringsmaatschappijen is dezelfde opvatting toegedaan, getuige punt 4, eerste volzin, van paragraaf 2.2 van de Beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam bij particuliere verzekeringsmaatschappijen: 'De geneeskundig adviseur kan een andere arts verzoeken een keuring of ander geneeskundig onderzoek voor hem te verrichten.' Niet is gesteld of anderszins gebleken dat binnen de beroepsgroep neurologie een van het voorgaande afwijkende opvatting zou gelden.
- 4.8 De arts-neuroloog is, door op het verzoek van de geneeskundig adviseur E., die net als hijzelf gehouden is het medische beroepsgeheim na te leven, in te gaan, samen met de arts E. gaan behoren tot een functionele eenheid van personen (als bedoeld in punt 12 van de Beroepscode) die noodzakelijkerwijze betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd c.q. verstrekt. In dat licht is het voor de hand liggend dat de arts-neuroloog kennis heeft genomen van het hem toegezonden medisch dossier inzake klager.
- 4.9 De opvatting van klager dat de arts had behoren af te zien van de inzage (en dus van de opdracht) moet dan ook worden verworpen. Het Centraal Tuchtcollege merkt in dit verband nog op dat de arts, als onderdeel van bovenbedoelde functionele eenheid, er in beginsel vanuit mocht gaan dat de consult vragende geneeskundig adviseur E. conform het bepaalde in de laatste volzin van punt 4 van de Beroepscode correct had gehandeld, zonder dat hem dat overigens op voorhand ontslaat van de verplichting bij E. na te gaan of toestemming door klager was verleend, zeker nu aan hem een volledig doch niet geanonimiseerd dossier werd voorgelegd. De omstandigheid dat de arts dat laatste heeft nagelaten is echter in het totale kader van feiten en omstandigheden van onvoldoende gewicht om daaraan tuchtrechtelijke consequenties te verbinden.
- 4.10 Rest dan de vraag of de arts had behoren af te zien van inzage in dat dossier nu dat niet was geanonimiseerd. Met het Regionaal Tuchtcollege beantwoordt het Centraal Tuchtcollege die vraag ontkennend. Anonimiseren zou immers in casu geen enkel redelijk doel hebben gediend, nu in de civiele procedure waarin de neurologische expertise werd verzocht aanstonds duidelijk zou zijn geweest dat de rapportage de persoon van klager betrof, terwijl de arts, net als de geneeskundig adviseur E., gebonden is aan het medisch beroepsgeheim. Tevens heeft klager in prima te kennen gegeven dat hij hoogst waarschijnlijk toestemming tot inzage door de neuroloog zou hebben verleend indien hem daarom zou zijn gevraagd. Dat alles zo zijnde, behoefde de arts de achterwege gelaten anonimisering van het dossier niet te beschouwen als verhindering van het dossier kennis te nemen.
- 4.11 Dat de arts zijn rapport aan de geneeskundig adviseur heeft uitgebracht zonder persoonlijk klager te hebben onderzocht, levert geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen op, nu het verzoek van de geneeskundig adviseur niet meer inhield dan de beantwoording van enige vragen aan de hand van het reeds beschikbare dossier. Opgemerkt zij dat de arts in het door hem uitgebrachte rapport ook nergens de suggestie wekt dat lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. Integendeel: de neuroloog vermeldt in de aanhef van zijn rapport met zoveel woorden dat wordt gerapporteerd 'naar aanleiding van bestudering van het mij toegezonden dossier'. Overigens bestonden er geen belemmeringen van beroepsmatige of tuchtrechtelijke aard voor de neuroloog om in casu te handelen zoals hij heeft gedaan.
- 4.12 Ook het principaal appèl dient te worden verworpen.
- 5 Beslissing
Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
In het incidenteel appèl:
- verwerpt het beroep;
In het principaal appèl:
- verwerpt het beroep;
- bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Wenken voor auteurs

Lever uw tekst per email of op papier enkelzijdig en een 3,5 inch diskette aan, met vermelding van adresgegevens en telefoonnummer. Soort tekstverwerkingsprogramma (lieft "Word") aangeven, alsmede onder welke naam het digitale bestand is opgeslagen. Houd een marge aan van minimaal 4 cm aan beide zijden. Tekst zo "plat" mogelijk, d.w.z. geen tabs of inspringen. Kopjes niet in hoofdletters. Geef in de tekst de plaats van evt. grafieken, tabellen of formules aan, lever deze als schets (lieft het origineel, voor het geval het nodig is deze schets te moeten scannen) bij. Geef aan of de schets retour moet. Sla een document met de optie "snel opslaan" uitgeschakeld als tekstbestand op, geef het een titel en sluit af met: .TXT. Bijvoorbeeld: Colofon.TXT. Vermeld literatuurverwijzingen als nummer tussen haakjes (niet in superscript) in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Hanteer voor literatuurverwijzing de gebruikelijke gangbare methodiek (Vancouver). Vermeld indien gewenst een correspondentie-adres dat bij het artikel kan worden geplaatst.

Met het inzenden verklaart een auteur dat:

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

* In overleg met de redactie kan hiervan afgeweken worden.

Agenda

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

2005

20 januari

GAV-cursus: Recht en scriptieoverleg. Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.

10 februari

“Het verkeerde been”.

Organisator: Stichting Nascholing Bedrijfsartsen en Verzekeringsgeneeskundigen Noord Nederland

Locatie: de Lawei, Drachten

Info: P.A. Flach, tel. 0595-572986

E-mail: pflach@worldonline.nl

1 februari

Tuchtrecht anno 2005: Wat leren we van recente tuchtzaken in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde?

Organisatie: Benecke N.I.

Locatie: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Kosten: € 361,05

Info: Benecke N.I., tel. 020-6966349, fax 020-6918446

Website: www.benecke.nl

24 februari

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

Organisatie: KSG Gezondheidsrecht, cursus en advies

Locatie: Landgoed de Reehorst, Hoofdstraat 8, 3972 LA Driebergen

Info: KSG Gezondheidsrecht (Shirin Slabbers), tel. 015-3618444/06-54385200,

email: cursus@gezondheidsrecht.com

24-25 maart

GAV-cursus: Communicatie en advisering. Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.

17-20 april

Survival in a changing world of risk management

International Underwriting Congress 2005

Organisatie: LOMA

Locatie: Genève, Zwitserland

Kosten: inschrijving tot 21 maart 2005: leden \$ 775, niet-leden \$ 975, na 21 maart 2005 leden \$ 875, niet-leden \$ 1075

Info: www.loma.org/iuc.asp

Colofon

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringzaken

Redactie

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

Redactieadres

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

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig
Onderzoek.

Druk/Lay-out

Drukkerij Goudkuil, Beekbergen/
HieroSign, Apeldoorn

Abonnementen

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

Auteursrechten

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

ISSN

1387-6082

Agenda (vervolg)

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

2005

12 mei

GAV-cursus: Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.
Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.

8-9 september

**GAV-cursus: Levensverzekeringen, capita selecta en
personenschade.** Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.

10 november

GAV-cursus: Zorg en schriptideoverleg. Zie GAVscoop oktober
2004, pagina 50.

2006

januari

GAV-cursus: De expertise. Zie GAVscoop oktober 2004,
pagina 50.

februari

GAV-cursus: Toets en voordracht scripties. Zie GAVscoop
oktober 2004, pagina 50.

2007

ICLAM

Locatie: Berlijn, Duitsland