December
3
2009

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 13, nummer 3, december 2009

Van de redactie 54

Van het bestuur 54

Risk assessment of coronary hart disease 57
Dr. Karsten Filzmaier

The Course of Whiplash 61
Dr. J. Buitenhuis

Van Leeuwen Convenant 67

Bereken de CHADS2 score voor AF 68
Verslag: K. de Wilde

Blokkeringsrecht 69
mr. E.H.B. van Strien

Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten 75
A.W.A. Elemans

Column medisch tuchtrecht 79
Dr.mr. J.W. Bins

Agenda 80

Colofon 80

Van de redactie

Niet alleen de uren, de dagen, de maanden en de jaren vlieden met Rhijnvis Feith al meer dan twee eeuwen als een schaduw heen, maar ook de decennia snellen henen in het vluchtige, jachtige aardse leven dat de GAV en haar leden niet onbekend is. Juist in het jaar dat het eerste vrouwelijke lid van onze vereniging, de Rotterdamse Bep Jonker, na precies drie decennia haar verenigingslidmaatschap aan de wilgen hing, vindt een nieuwe voorzitter haar weg, haar via, dwars door het glazen plafond dat de GAV al meer dan een eeuw kenmerkte ! Waar is de tijd dat Bep door haar zeventig mannen de garnalenslaatjes werden nagedragen?
Met een State of the Union om 'U' tegen te zeggen heeft Astrid Blaauw zich, als een moderne, linkshandige Karel Martel, in Capelle aan de IJssel ten overstaan van de daar verzamelde leden uiterst strijdvaardig betoond. Haar oratio caerulea, een wijze blauwdruk voor de particuliere toekomst van alle geneeskundig adviseurs, vindt u elders in deze uitgave in haar volle glorie afgedrukt.

Astrid, jij nam op de 24e dezer Slachtmaand het estafettestokje over dat vanuit het grijze verleden door mannen als De Raadt, Van der Giessen, Goddijn, Van Duinkerken, Schuwirth en Israëls door de diverse decennia heen werd gedragen. Niet tot de finish, nee asymptotisch naar de finish, de GAV blijft immers steeds actief en onderweg, vivens in via!
Moge Uw, herstel, jouw oproep tot deelname aan de vele activiteiten die onze GAV het komend decennium heeft te verrichten, vooral gericht aan de jongere leden, en jouw appelleren aan trots en actie binnen ons zo mooie veld van de particuliere verzekeringszaken gehoord en gevolgd worden, juist ook door diezelfde 'Jeugd'.

Als redactie van GAVscoop wensen wij je als eerste vrouwelijke voorzitter van de GAV heel veel succes en vasthoudendheid bij het vervullen van jouw en onze prachtige missie die wij als medici in deze particuliere niche te vervullen weten!

M.L.A. Schotel

Van het Bestuur

Toespraak ter gelegenheid van het aanvaarden van het voorzitterschap van de GAV
Capelle a/d IJssel, 24 november 2009

Geachte leden,

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik het woord tot u te richten. We staan aan de vooravond van belangrijke gebeurtenissen voor onze vereniging en ik leg als dokter graag de vinger op de zere plek. Het kan daarom zijn dat een enkeling zich op een gevoelige plaats geraakt voelt. Dat een heilig huisje hier en daar schade oploopt. Dat is niet mijn bedoeling en daar bied ik dan ook bij voorbaat mijn excuses voor aan. Maar we moeten vooruit en ik hecht aan duidelijkheid en openheid. En dan zijn schrammen misschien onvermijdelijk. U weet dat zachte heelmeesters stinkende wonden maken. Daar heb ik een grote aversie tegen. U begrijpt: ik ben tenslotte niet voor niets medisch adviseur geworden.

Hier mag ik dan het stokje overnemen van Pjotr. Het stokje in de estafette van het voorzitterschap dat niet leidt naar een finish, maar ook in de toekomst door mij weer zal worden doorgegeven. Het stokje dat in meer dan 100 jaar al vele malen is doorgegeven en door iedere voorzitter een nieuwe kleur kreeg. Welke kleur kunt u de komende jaren verwachten?

Het stokje dat mij is overgedragen is een heel speciaal stokje: het zit vast aan de voorzittershamer van onze vereniging, de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken. Voor u staat dus nu een vrouw met een hamer. Gaat dat wel samen, een vrouw en een hamer? Dat vraagt u zich misschien nog sterker af als u weet dat ze linkshandig is….Maar ik hoop dat ik u gerust kan stellen als ik u vertel dat ik deze hamer zal gebruiken als gereedschap om bruggen te bouwen en obstakels uit de weg te ruimen. Dat ik deze hamer, als in een piano, nodig zal hebben om de juiste snaar te raken, de juiste toon te vinden. Dat ik verwacht dat deze hamer mij zal helpen om besluiten te bekrachtigen en wellicht om orde te handhaven. Ik zal hem met beleid ter hand zal nemen.

De eerste vrouwelijke voorzitter van de GAV is een feit. De GAV bewijst hiermee dat het glazen plafond niet bestaat. Het vrouwelijke voorzitterschap is daar slechts één aspect van. De start van de nieuwe opleiding tot verzekeringsarts, de aanzet tot de oprichting van het kenniscentrum en de organisatie van de verzekeringsgeneeskundige dagen in samenwerking met de NVVG tonen aan dat wat we enkele jaren geleden niet voor mogelijk hadden gehouden te realiseren is. Die mijlpalen geven ons vertrouwen dat we onzichtbare

barrières, die worden gecreëerd door gedrags- en organisatorische vooroordelen, te lijf kunnen gaan in de toekomst. Nulla tenaci invia est via. Ook voor de GAV als vereniging zullen we bewijzen dat waar een wil is, een weg is. De mythe van het glazen plafond wordt in stand gehouden door het geloof erin, de overtuiging dat het bestaat. De opvatting dat anderen wegen afsluiten die je wilt betreden, het denkbeeld dat je ondanks eigen kracht je doelen niet kunt verwezenlijken. Daarmee creëer je je eigen glazen plafond.

Ik ben er trots op medisch adviseur te zijn en ik ben er trots op dat ik voorzitter van onze beroepsvereniging mag zijn. Ik voel mij gesteund door het vertrouwen dat u mij zojuist hebt gegeven.

Het imago van de medisch adviseur is echter mager. Te mager. De medisch adviseur bungelt nog altijd onderaan de lijst van aanzien onder medici. Dat is onnodig, onterecht en onaanvaardbaar. Sommigen van u zullen zeggen: 'Nou onderaan ... toch niet helemáál onderaan? Het valt heus wel mee!' Die gedachte is misschien nog wel erger. Met die gedachte bagatelliseert u wat we wel als serieus probleem moeten zien, omdat het consequenties heeft. Omdat dat een plafond creëert. Niet het simpele feit dat we weinig erkenning krijgen voor ons vak is hier het probleem. De angel zit in de oorsprong. Het venijn zit daar waar het ontstaat. Wat doet een medisch specialisme stijgen op de ladder? Snijdend beroep? Veel uren maken, vooral 's nachts? Hoog salaris? Levensreddende kwaliteiten? Ja. Maar minstens van even groot belang is het aannemen van een professionele houding. Professionaliteit is voor een medicus een conditio sine qua non! Vakmanschap, autonomie, creativiteit en verantwoordelijkheid kenmerken de professional. Een professional is zijn vak. Daar moeten we in investeren, want daar ligt onze kracht.

Wie wil er nou de ezel in het Kerstspel zijn? Wie wil de rol van Adje in de show van Paul de Leeuw spelen, wie wil dat dikke jongetje in de klas zijn dat als laatste wordt gekozen? Ik niet. En ik hoop u net zo min. We hébben een prachtig, boeiend, moeilijk vak. Ons werk is uitdagend, belangrijk. Leuk! Niks magers aan. Supervet! Zou mijn dochter zeggen.

Daarom moeten we zorgen dat we zichtbaar zijn en zichtbaar blijven. We moeten ons als topprofessionals gedragen. We mogen geen grijze muis zijn. Ik ga ervan uit dat de leden van onze vereniging zich als professional gedragen met hart voor ons vak, en met trots.
Het cliché luidt: 'Kennis is macht'. Niemand zal dat tegenspreken. Niemand zal om ons heen kunnen, men zal ons voor vol moeten aanzien als we de academisering van ons vak stevig hebben verankerd. Het gezegde luidt: 'Eendracht maakt macht'.
Dat kunnen wij bewijzen. Als we uitstralen en uitdragen dat we als beroepsgroep een eenheid zijn en ongeacht onze opdrachtgever, ongeacht onze persoonlijke belangen, ongeacht onze persoonlijke voorkeuren, ons consequent als professional opstellen, zullen we serieus genomen worden. Een goed team heeft veel stemmen, maar één hart!

Begrijp mij niet verkeerd. Velen van u spannen zich al lange tijd in om dit doel te bereiken en er zijn veel successen geboekt. Het blijkt nog niet voldoende. We hebben een achterstand en die maken we niet in één slag goed. U, leden van de GAV, bent de kern van onze vereniging. Een kern die een sterk bolwerk kan zijn door kennis en eendracht waarmee u het vertrouwen en het aanzien van de buitenwereld kunt winnen. Daarmee zullen onze beïnvloedingsmogelijkheden toenemen. Vooruitstrevend, maar niet roekeloos. Daadkrachtig, maar zonder arrogantie. Met open vizier, maar niet naïef. In zo'n klimaat zal een professional ook kwetsbaar durven zijn, zich toetsbaar op willen stellen en niet bang voor transparantie zijn. We laten zien dat we dat hoog in het vaandel hebben. De nieuwe gedragscode is bijna klaar, we hebben een richtlijn medisch advies personenschade en de richtlijn medische advisering claim bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen landt binnenkort bij u in de mailbox. Mediprudentie staat in de startblokken.
Dit moet onze basis zijn. Vanuit dit stevige fundament moeten we aansluiting zoeken. Ik noemde het al eerder: de samenwerking met de NVVG heeft een vliegende start gemaakt met de organisatie van de verzekeringsgeneeskundige dagen. We hebben grote gemeenschappelijke belangen en we kunnen van elkaar leren. Ik hoop dat we als gelijkwaardige partners samen de belangen kunnen behartigen van de artsen in de verzekeringsgeneeskunde, zowel in de particuliere als in de sociale sector. Het bestuur heeft de afgelopen jaren hele belangrijke stappen in de goede richting gezet en het spreekt voor zich dat we die weg in de komende jaren voortzetten. De successen die zijn bereikt op het gebied van het onderwijsprogramma, de kansen die zijn gecreëerd voor onze RGA's om verzekeringsarts te worden en andersom, de contacten die leiden tot oprichting van het kenniscentrum, de banden met het Verbond, met de NVVG, met de KNMG, met de letselschaderaad, de WAA en de contacten met vele anderen illustreren dat. Maar, er is nog een lange weg te gaan. We zullen voortdurend bij de les moeten blijven. We zullen onze kracht moeten tonen, ons moeten bewijzen, keer op keer.

President Obama zei: "The world has changed and we must change with it". Dat geldt ook voor ons. Wat eens passend en functioneel was, blijkt niet meer opportuun en toereikend. We moeten slagvaardig zijn, anders missen we de aansluiting, van de boot én de trein. Een nieuwe structuur in de vereniging waarbij we sneller en doeltreffender kunnen inspelen op de wereld om ons heen is daarom onontbeerlijk. Modernisering is noodzaak.

U hebt allen specifieke kennis, een grote diversiteit aan ervaring, en veel waardevolle contacten. We zijn een kleine vereniging. Daarom hebben we uw kennis, ervaring en contacten hard nodig bij de belangrijke taak die ons wacht. Nieuwe leden zullen actief worden betrokken. Ik roep u op om uw ogen en uw oren open te houden. Om het bestuur te informeren over wat u ziet. Het bestuur te informeren over wat u ter ore komt. Ik roep u ook op om er gehoor aan te geven als u wordt benaderd een bijdrage te leveren aan de toekomst van de GAV. De toekomst van de medisch adviseur. De toekomst van uw vak! De hamer zal ik in handen nemen, maar er is meer gereedschap nodig.
Ik reken op u.

Rest de vraag welke kleur de steel van de hamer, het stokje, zal hebben de komende drie jaar. Mijn betoog heeft u daar de aanwijzingen voor gegeven. De steel zal een palet aan kleuren zijn. De steel zal groen zijn, als teken van groei en toekomst. Geel als symbool voor wijsheid en creativiteit. Sommige kleuren zullen sterker naar voren komen dan anderen. U raadt het al, ik heb u de hints gegeven. Hij zal voor een belangrijk deel rood zijn. De kleur van passie, pit en power. Voor degenen die zich nu zorgen beginnen te maken: Er is voldoende geel om van rood oranje te kunnen maken. De kleur van saamhorigheid, zelfbeheersing en verbintenis.

Ik heb gezegd.

Astrid Blaauw-Hoeksma
voorzitter GAV

Natuurlijk werd de aftredend voorzitter Pjotr Israëls tijdens de laatste GAV-ledenvergadering ook in het zonnetje gezet. Jan Bronsema, eveneens bestuurslid, hield een vlammend betoog over hetgeen Pjotr in de afgelopen jaren voor de GAV betekend heeft. En dat blijkt heel veel te zijn, met name op het gebied van onderwijs. Het vele werk dat zich vertaald in het thans zichtbare resultaat, de ontwikkelingen op het gebied van registratie en opleiding, heeft zich voor veel leden achter de schermen afgespeeld. De waardering daarvoor is groot.

Pjotr, bedankt!

Symposium Münchener Rück, Utrecht 17 juni 2009

What does better-than-average driving have to do with risk assessment of coronary heart disease? A mathematical proof.

Dr. Karsten Filzmaier*

Most drivers consider themselves much better drivers than the average road user. Amazingly enough, most drivers are absolutely right!
What at first sounds completely illogical can, however, be proven mathematically. Take for example: in the United States of America, the average risk of dying in a road traffic accident is 0.01%.
Does this risk of 0.01% apply to all drivers? No. One-third of all fatal road traffic accidents are caused by drunk driving. In the USA, however, only one in twelve drivers takes the wheel under the influence of alcohol in any one year. This means that the risk of a fatal car accident for those who occasionally drive when over the limit is 0.04%, while the probability is reduced to 0.007% for the vast majority of drivers (AJ Vickers, Medscape, Published online 5/27/2009). So it's true: most drivers really are better than average.

This mathematical model can also be extrapolated to risk assessment. Risk loading for diseases is often based on average mortality figures. This "average" risk loading is set too high for the great majority of applicants, while at the same time it is too favourable for a small group with a poor risk profile. This has direct effects on the life insurance business.
There are many prognostic factors for disease, especially for coronary heart disease (CHD). This makes CHD a prime example for possible "overestimation of the average" for the majority of applicants with this medical condition.
In revising the chapter on CHD in the Munich Re underwriting manual, MIRA, we took three different approaches to minimise these effects.

1 Evidence-based risk assessment

Scientific studies were evaluated to obtain mortality and morbidity data for evidence-based risk assessment. These studies are often concerned with purely clinical objectives. Studies must therefore be evaluated with respect to the data being extrapolated to risk assessment, something referred to as "underwriting-reality". It has to be remembered that the "average patient" investigated in the studies is often very different from the average applicant!

Advancing age, comorbidity (especially diabetes) or past medical history of disease (e.g. multiple heart attacks) are often to be found in patient populations but are not comparable with a population of applicants to be insured.

For the new calculation of basic mortality of CHD, studies were selected for their underwriting reality:

- Mainly population-based studies were used. Controlled trials with randomised double blind inclusion procedures can often not be extrapolated to risk assessment.
- All study participants (a total of 120,000 patients) were enrolled in studies on the basis of a first heart attack.
- The rates of patients with relevant comorbidity (especially diabetes) was either very low or separate data for diabetics and non-diabetics was available.
- Figures for in-hospital deaths and one-year mortality were given separately in the studies.
- All selected studies were published between 1995 and 2007. This means that medical treatment equivalent to today's standards was basically available to all the participants.
- Studies with a follow-up period of less than four years were not used.
- The mean age of participants was less than 75 years.

The individual studies were combined using a mathematical approach to obtain the extramortality for each year between the ages of 35 and 75 (Figure 1). Without a corresponding evaluation of the study data, the real extramortality in the portfolio would be clearly overestimated and too high a premium calculated for the majority of applicants.

* Dr. Karsten Filzmaier, CoC Medical Risks Research & Underwriting Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft

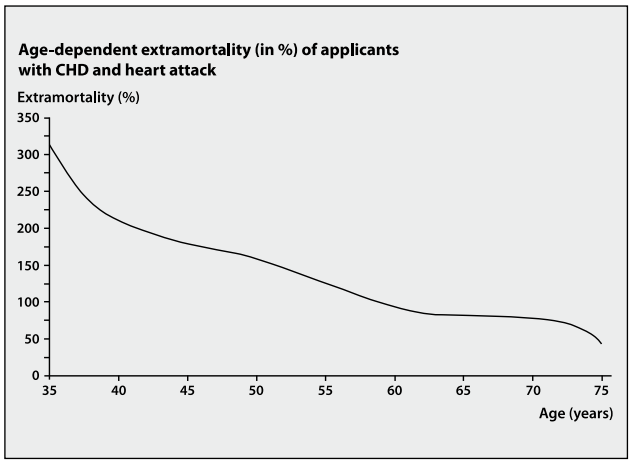

Figure 1
A heart attack is the most common complication of CHD. Applicants with a history of heart attack have an increased mortality in comparison with the population as a whole. The polynomic curve shown here depicts the extramortality calculated for the previous heart attack in the different age groups. The data from which the curve is constructed come from scientific studies with more than 120,000 patients who had had a myocardial infarction.

2 Individualised risk assessment

It is important for each insurance company to identify the good risks and actively bring them into the portfolio with a favourable offer. As the example of drivers showed, one additional prognostic factor is often enough to identify a better-than-average risk. In the case of CHD, several factors have favourable or unfavourable effects on the prognosis:

- Number of coronary arteries affected
- Left ventricular function
- Symptoms (CCS-classification of angina pectoris, i.e. Canadian Cardiovascular Society)
- Results of exercise ECG submitted:
  - presence of ST segment depression
  - heart rate and blood pressure profile
  - maximum exercise capacity
- Cardiac arrhythmias
- Bundle branch blocks
- Smoking
- Treatment (pharmacotherapy, angioplasty, bypass grafts)

After calculation of the evidence-based extramortality in MIRA, an individualised risk assessment is made for each applicant with CHD. At this juncture, the presence of favourable prognostic factors, such as good medication, reduces the risk loading. Should there be unfavourable prognostic factors, the basic mortality is corrected upwards and the risk loading increased accordingly. Those who are good risks therefore do not pay for the poor risks, but rather the risk loading is distributed in a risk-adequate manner.

This procedure is correct from the point of view of insurance medicine and also makes sense from various commercial aspects: the good risks are actively brought into the portfolio because the extra premiums are lower. On the other hand, those who base their rates exclusively on basic mortality are more attractive to poor risks, as their offers are not risk-adequate. This is known as a win-win, lose-lose situation (*Figure 2*). Once again, it shows that a sustainable portfolio can be built up through intelligent risk assessment.

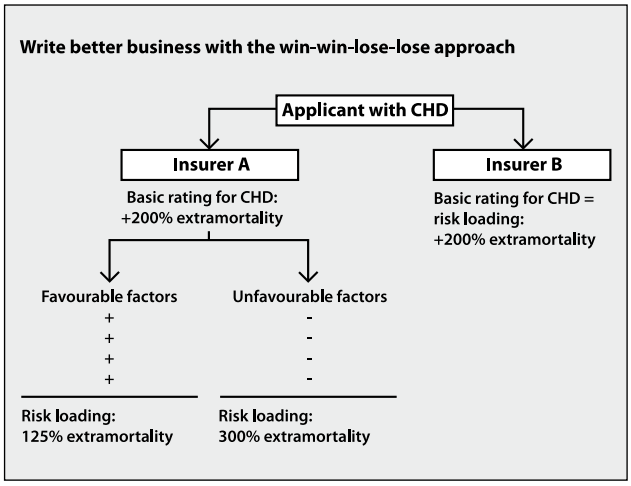

Figure 2
An applicant with CHD obtains offers for life insurance from insurance company A and insurance company B. Both insurers calculate an extramortality of 200% for the underlying disease. Insurer A makes an individualised risk assessment and evaluates the additional favourable and unfavourable risk factors. A much better offer can now be made for a good risk with many favourable factors (e.g. with an extramortality of 125%). In contrast, the extra premium is raised for a poor risk, according to the number of unfavourable factors (e.g. 300%). Applicants who are favourable risks will accept the better offer from Insurer A. Insurance company A is more attractive to good risks and draws them into the company portfolio. Insurer B, on the other hand, attracts the poorer risks, as no individualised risk assessment has been carried out. In addition, Insurer B is not insuring these applicants in risk-adequate manner. Insurer A has created a win-win situation for itself and a lose-lose situation for its competitor.

3 Evaluation of diagnostic testing

False positive and false negative test results are a particular medical challenge for risk assessment. False positives and negatives are also of commercial interest:

- False positive findings lead to risk loading for healthy applicants
- False negative findings lead to the normal acceptance of applicants with medical conditions

These problems have to be faced when developing a standardised rating approach to cardiac testing. For the first time, Bayes' theorem has been introduced into risk

assessment as a mathematical solution. This approach calculates the post-test probability with which a test result really identifies CHD.
Post-test probability depends on three factors:

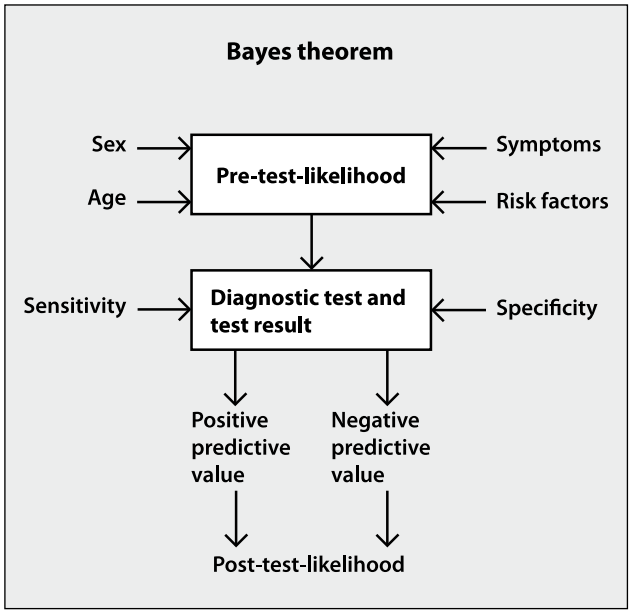

Figure 3
Bayes' theorem shows how one conditional probability depends on its inverse. The theorem expresses the posterior probability (i.e. after evidence E is observed) of a hypothesis H in terms of the prior probabilities of H and E, and the probability of E given H. It implies that evidence has a stronger confirming effect if it was more unlikely before being observed.

Pre-test probability
The following question should be asked before evaluating a test result: How likely is it that the person being tested actually has the disease being looked for? The pre-test probability is obtained from the factors of: age, sex, symptoms and risk factors. A sporty 30-year-old woman without any risk factors has a much lower pre-test probability of CHD than a 50-year-old man who smokes and has atypical chest pain.

Sensitivity and specificity of the test
The probability of the "right" test result (true positive or true negative) depends on the sensitivity and specificity of the test. The sensitivity and specificity of an exercise ECG tend to be poor, whilst those of stress echocardiography are good. The probability of a false positive or false negative result is therefore higher with an exercise ECG than with stress echocardiography.

Test results
Only now is the actual test result evaluated. Many test results are dynamic or fluctuating, and not black or white, "pathological" or "healthy". In an exercise ECG for example, it makes a considerable difference if the ST segment depression is 1 mm or 3 mm, and whether it is seen in three or six leads.
All the points previously mentioned are fed into MIRA for the risk assessment of cardiac testing, so that the post-test probability of CHD can be determined.

This procedure allows a completely new assessment of risks:
- A positive exercise ECG with horizontal ST-segment depression of 2 mm in leads II,III and aVF in a 30-year-old woman with no risk factors is >99% likely to be a false positive result, from which no extramortality arises.
- On the contrary, the same ST depression in a 50-year-old man who smokes and has atypical chest pain almost 100% certainly indicates that there is relevant CHD. In this case there is, of course, significant extramortality.

With the help of Bayes' theorem, the same test results give rise to different ratings, depending on the applicant (or, to be precise, on the pre-test probability): all decisions are possible, from normal acceptance to declining the application.

This innovative approach allows the effects of false positive tests, which are unfavourable to business, to be minimised and the number of future claims caused by false negative results to be limited. In accordance with this principle, the MIRA underwriting manual from Munich Re includes the following cardiac tests:
- Exercise ECG
- Stress echocardiography
- Myocardial scintigraphy
- Cardiac CT (computed tomography of the coronary arteries)

Only an individualised risk assessment is sufficient, in particular for multifactorial diseases that have a large number of prognostic factors. This approach seems absolutely indispensible for CHD and the evaluation of cardiac testing.

Most applicants with CHD probably do think that they're not as severely affected by their condition as the average sufferer. And the good news for the insurance industry is – they are right!

Wat doe je? als je weet dat het verkeer de grootste veroorzaker is van letselschade

Het gebeurt nergens zo vaak als op de weg: mensen die gewond raken en daardoor financiële schade lijden. Gelukkig wordt letselschade in de meeste gevallen gedekt door verzekeraars. Maar het is dan wel belangrijk om precies te weten wat het slachtoffer mankeert. Als medisch adviseur bij Achmea vervul je dan ook een belangrijke rol voor de verzekerde.

Medisch adviseur

Je beoordeelt de medische kanten van een letselschadeclaim en brengt een objectief (schriftelijk) advies uit. Omdat informatie cruciaal is voor de beoordeling, doe je er alles aan om een volledig beeld te krijgen. Daarnaast ben je de aangewezen persoon om het management op de hoogte te houden van de medische ontwikkelingen op het gebied van letselschade.

Wat we vragen

Je hebt een studie geneeskunde afgerond en beschikt over een BIG-registratie. Daarnaast ben je Register Geneeskundig Adviseur (RGA) of bereid om die opleiding alsnog te volgen. Het is een pre als je eerder personenschadeclaims hebt beoordeeld. Vaste eisen voor de functie zijn: het vermogen medische gegevens te analyseren, adviesvaardigheden, overtuigingskracht en enthousiasme.

Wat we bieden

Het salaris en de secundaire arbeidsvoorwaarden zijn prima geregeld. Maar het belangrijkste is toch dat je aan de slag gaat op hoog niveau op een afdeling waar nadrukkelijk geïnvesteerd wordt in innovatieve methoden. De functie is voor 36 uur met standplaats Apeldoorn, incidenteel werk je in Leeuwarden en Tilburg. Maar we bieden je ook de flexibiliteit om een deel van je werk thuis te doen.

Achmea

Het motto van Achmea luidt: Achmea ontzorgt. Om dat waar te kunnen maken, hebben we medewerkers nodig die verder kijken dan hun eigen bureau. Maar vooral: mensen die zich inleven in onze klanten en dat weten te vertalen naar originele oplossingen.

Meer weten?

Neem contact op met Nelleke de Witt, Teammanager Medische Dienst, (06) 51 58 7159. Het uitgebreide functieprofiel en de mogelijkheid om te solliciteren vind je op **www.werkenbijachmea.nl**

AVÉRO ACHMEA
CENTRAAL BEHEER ACHMEA
FBTO
INTERPOLIS
ZILVEREN KRUIS ACHMEA

Ontzorgen is een werkwoord

achmea

Op 3 juni 2009 verdedigde collega J. Buitenhuis zijn proefschrift The Course of Whiplash ter verkijging van het doctoraat in de Medische wetensschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Onderstaand een beknopte samenvatting uit dat proefschrift.

The Course of Whiplash

Its Psychological Determinants and Consequences for Work disability.

Dr. J. Buitenhuis

Introductie

De term whiplash verwijst naar een specifieke beweging van het hoofd na een aanrijding van achteren. Later werd de term gebruikt voor een complex van symptomen. Het hoofdkenmerk van whiplash is nekpijn. Alhoewel veel andere klachten aanwezig kunnen zijn, wordt de aanwezigheid van nekpijn gewoonlijk als voorwaarde voor de diagnose whiplash beschouwd. Een ongeval gaat aan de klachten vooraf, maar is in de loop der tijd steeds breder gedefinieerd. In 1995 introduceerde the Quebec Task Force de term Whiplash Associated Disorder (WAD), om daarmee het gehele complex aan symptomen te beschrijven die tegen die tijd aan whiplash werden toegeschreven.[1] Andere termen die in de literatuur wel worden gebruikt zijn laat- of postwhiplashsyndroom. In de afgelopen tientallen jaren is chronische nekpijn na een ongeval een veel voorkomende klacht geworden.[2]

Alhoewel de meerderheid van patiënten in de eerste maanden na het ongeval spontaan herstellen, kunnen tot 40% van de mensen met acute klachten chronisch klachten houden met naast nekpijn ook vaak cognitieve klachten.[3] Tot op heden is geen lichamelijk letsel gevonden dat de chronische klachten kan verklaren, die daarmee dan ook als medisch onverklaard worden gezien. Dit geeft aanleiding tot veel verschillende visies, onderzoeken en controverses over de mogelijke lichamelijke, psychologische of psychosomatische origine.[4, 5]
Uit onderzoek naar lage rugpijn is bekend dat psychologische factoren een belangrijke rol spelen bij chronische pijn.[6] Gezien het feit dat er in het geval van chronische whiplash ook sprake is van chronische pijn gerelateerd aan het bewegingsapparaat, zonder aanwijsbare lichamelijke oorzaak, lijkt het aannemelijk dat psychologische factoren ook daar een rol kunnen spelen in het ontstaan en persisteren van klachten. De in het proefschrift gepresenteerde studies onderzoeken psychologische factoren in relatie tot de prognose van whiplash klachten en de gevolgen van die klachten voor arbeidsgeschiktheid.

Slachtoffers van verkeersongevallen die een letselschadeprocedure startten bij een verzekeringsmaatschappij werd gevraagd aan onderzoek mee te werken. Zij werden na één, zes en twaalf maanden gevraagd vragenlijsten in te vullen. Deze longitudinale gegevens werden gebruikt om voorspellende karakteristieken te analyseren. Om voldoende response te genereren werden vier verschillende onderzoeken verricht waarmee het totale aantal vragenlijsten per onderzoek klein kon worden gehouden. Voor het onderzoek naar whiplash en arbeidsongeschiktheid konden de vier deel-onderzoeken worden samengevoegd.

Whiplash en Arbeidsongeschiktheid

De kosten van arbeidsongeschiktheid vormt één van de belangrijkste financiële onderdelen van letselschade claims op basis van whiplashklachten. Verder heeft eerder onderzoek duidelijk gemaakt dat de kosten van arbeidsongeschiktheid hoger zijn dan de kosten van medische behandeling, waarmee duidelijk wordt dat arbeidsongeschiktheid van groot belang is bij het onderzoeken van de gevolgen van nekpijn na verkeersongevallen.[7, 8] De resultaten van eerder verrichte onderzoeken naar arbeidsongeschiktheid en whiplash zijn erg heterogeen, voornamelijk als gevolg van kleine onderzoeksgroepen en culturele verschillen in sociale verzekeringen en de definitie van arbeidsongeschiktheid.[9-12]

Om arbeidsongeschiktheid als gevolg van whiplash klachten te onderzoeken werd een prospectieve cohort studie verricht. In deze studie, met meetmomenten één, zes en twaalf maanden na het ongeval, werd in 879 deelnemers de relatie tussen arbeidsongeschiktheid en whiplashklachten onderzocht. Tabel 1 geeft een overzicht van werkkarakteristieken van deelnemers met persisterende arbeidsongeschiktheid. In totaal was 58.8% van de deelnemers arbeidsongeschikt na het ongeval. Na 1 maand was 33.7% nog arbeidsongeschikt en uiteindelijk na 1 jaar nog 12.6%.

	Work-disabled at		
	Q1 N = 247 (33.7%)	Q2 n = 138 (18.9%)	Q3 n = 92 (12.6%)
Paid employement, n (%)	234 (94.7)	129 (93.5)	85 (92.4)
Working hours, mean (sd)	32.6 (11.8)	32.1 (11.9)	33.7 (12.0)
Blue collar, n (%)	152 (65.0)	78 (60.5)	51 (60)
White collar, n (%)	82 (35.0)	51 (39.5)	34 (40)
Unknown, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Self-employed, n (%)	13 (5.3)	9 (6.5)	7 (7.6)
Working hours, mean (sd)	46.5 (9.9)	47.2 (8.7)	45.0 (10.4)
Blue collar, n (%)	10 (76.9)	7 (77.8)	6 (85.7)
White collar, n (%)	2 (15.4)	1 (11.1)	0 (0)
Unknown, n (%)	1 (7.7)	1 (11.1)	1 (14.3)

Tabel 1
Werkkarakteristieken bij deelnemers met persisterende arbeidsongeschiktheid.

Om de relatie tussen onderzochte variabelen na één maand en persisterende arbeidsongeschiktheid na één jaar te onderzoeken vond een multipele logistische regressie analyse plaats. Tabel 2 geeft een overzicht van de resultaten van deze analyse.

	Coefficient (ß)	S.E.	Wald X^2	P value	Odds ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Age	0.028	0.012	5.264	0.022	1.028	1.004	1.052
Neck pain intensity	0.060	0.082	0.541	0.462	1.062	0.904	1.248
Severity of restricted neck movements	-0.082	0.066	1.543	0.214	0.922	0.810	1.048
Radiating pain in arms	0.005	0.065	0.006	0.937	1.005	0.886	1.141
Pareasthesia	0.074	0.064	1.324	0.250	1.077	0.949	1.222
Concentration complaints	0.217	0.049	19.437	<0.001	1.242	1.128	1.368
Headache intensity	0.068	0.060	1.268	0.260	1.070	0.951	1.204
Dizziness	0.446	0.315	2.010	0.156	1.562	0.843	2.895
Use of medication	0.391	0.299	1.718	0.190	1.479	0.824	2.655

Tabel 2
Resultaten van multipele logische regressie analyse. Voorspellende variabelen gemeten na 1 maand, voorspelde variabele: arbeidsongeschiktheid na 1 jaar.

Leeftijd en concentratie klachten na één maand waren onafhankelijke voorspellers van langdurende arbeidsongeschiktheid. Voor de invloed van fysiek belastend werk of opleidingsniveau op de duur van de arbeidsongeschiktheid werd geen bewijs gevonden. Uit de resultaten blijkt dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van whiplash veel voorkomt en waarschijnlijk het meest zal kunnen profiteren van interventies gericht op herstel van cognitieve klachten in plaats van op herstel van fysiek functioneren.

Whiplash en copingstijl

Coping kan worden gedefinieerd als de wijze waarop iemand gedragsmatig, cognitief en emotioneel omgaat met in- en externe stressoren.[13] In onderzoek naar lage rugpijn bleek de copingstijl gerelateerd aan de prognose en de uitkomst van behandeling.[14] Ook in het geval van nekpijn kan de copingstijl een rol spelen. Zowel het ongeval als de pijn nadien kunnen worden gezien als externe stressoren en vereisen daarom copingstrategieën. Disfunctionele copingstijlen kunnen bijdragen aan een slechte prognose als gevolg

van toegenomen pijnbeleving en catastroferende interpretaties van klachten.
Om de relatie tussen copingstijl en de prognose van whiplashklachten te onderzoeken werd een prospectieve cohort studie verricht. In deze studie werd in 363 deelnemers met nekpijn na een auto-ongeval de relatie tussen copingstijlen en het beloop van fysieke en cognitieve klachten onderzocht. De copingstijl werd gemeten met de Utrechtse Copinglijst (UCL).[15] Met behulp van survival analyse technieken werd de relatie tussen de duur van nekklachten en de verklarende variabelen onderzocht. Tabel 3 geeft een overzicht van variabelen die werden geanalyseerd in relatie tot de duur van nekklachten.

Variable	range
Utrecht Coping list, subscales:	
active handling (7 items)	7 to 28
palliative reaction (8 items)	8 to 32
avoidance (8 items)	8 to 32
seeking social support (6 items)	6 to 24
passive reaction pattern (7 items)	7 to 28
expression of emotions (3 items)	3 to 12
reassuring thoughts (5 items)	5 to 20
Neck pain intensity	1 (no pain) - 10 (severe pain)
Headache intensity	1 (no pain) - 10 (severe pain)
Neck stiffness	1 (no stifness) - 10 (severe stiffness)
Severity of restricted neck movements	1 (no restrictions) - 10 (severe restrictions)
Extent of neck pain	1 (no) - 10 (severe extent)
Severity of paresthesia in the arms	1 (no) - 10 (severe paresthesia)
Concentration complaints	1 (no) - 10 (severe complaints)
Dizziness	1 (no) - 10 (severe dizziness)
Use of medication since accident	no / yes
Sleep disturbance	no / yes
Daily duration of pain	1 (always) to 5 (less than 3 hours)
Hours after accident until onset of neck complaints (hours)	
Age (years)	
Gender (male : female)	

Tabel 3
Overzicht van variabelen die werden geanalyseerd in relatie tot de duur van nekklachten.

Uit de resultaten van de Cox regressie bleek dat vrouwen langer nekklachten hielden dan mannen. Verder duurden nekklachten langer bij mensen met een palliatieve copingstijl. Bij mensen met het zoeken van sociale steun als copingstijl duurden de nekklachten juist relatief korter.

Whiplash en kinesiofobie

Het angst-vermijdingsmodel is een geïntegreerd model van risicofactoren geassocieerd met chronische pijn.[6] Centraal in dit model staat het concept van angst voor pijn. Een excessieve negatieve oriëntatie richting pijncatastroferen en bewegingsangst zijn belangrijk factoren in het ontstaan van chronische klachten.[16] Disfunctionele copingstijlen kunnen angst en psychosomatische processen verder versterken. Gezien het belang van angst gerelateerde vermijding, zoals bewegingsangst (kinesiofobie) in andere chronische pijnsyndromen, kan deze mogelijk ook een belangrijke rol spelen bij het in stand houden van whiplash-klachten. Om de relatie tussen bewegingsangst (kinesiofobie) en het beloop van whiplashklachten te onderzoeken werd een prospectieve cohortstudie verricht. In deze studie werd in 367 deelnemers met nekpijn na een auto-ongeval de relatie tussen kinesiofobie en het beloop van fysieke en cognitieve klachten onderzocht. Kinesiofobie werd gemeten met de "Tampa Scale of Kinesiophobia Dutch version" (TSK-DV).[17, 18]

Met behulp van survival analyse technieken werd de relatie tussen de duur van de nekklachten en kinesiofobie en andere fysieke en cognitieve klachten onderzocht. Tabel 4 geeft een overzicht van de resultaten van die analyses. In een regressiemodel zonder fysieke en cognitieve klachten (model 1) bleek vroege bewegingsangst samen te hangen met langer durende nekpijn. Maar wanneer andere klachten, zoals de ernst van de na één maand ervaren nekpijn, aan het model werden toegevoegd, bleek het effect van bewegingsangst niet meer statistisch significant (model 3).
Kortom, meer bewegingsangst na één maand is geassocieerd met langer durende nekklachten. Maar dit heeft klinisch echter beperkte waarde voor het voorspellen van de duur van nekpijn na een auto-ongeval aangezien de ernst van de ervaren nekpijn een sterkere en eenvoudiger te verkrijgen voorspeller is. De resultaten suggereren echter wel dat angst mogelijk een rol speelt bij herstel van whiplash.

Whiplash en Posttraumatisch stresssyndroom

Per definitie worden nekklachten bij whiplash ervaren na een ongeval. Een ongeval is vaak een beangstigende of angstaanjagende ervaring. Posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) is een specifieke angststoornis gerelateerd aan het ervaren van een (levens-) bedreigende gebeurtenis. Post-whiplashsyndroom en posttraumatisch stresssyndroom zijn relatief veel voorkomende beelden na verkeersongevallen.[19] Van het posttraumatisch stresssyndroom is bekend dat deze een hoge psychiatrische en medische comorbiditeit kent.[20] Posttraumatische stressklachten kunnen leiden tot verhoogde angst en gevoeligheid, die vervolgens catastroferende, disfunctionele interpretaties van nekklachten kunnen versterken. Het is daarom te verwachten dat posttraumatische stressklachten zijn gerelateerd aan de ernst van ervaren nekklachten en een rol kunnen spelen in de prognose van nekpijn na auto-ongevallen.

Variable	model 1 HR	P-value	95%-CI	model 2 HR	P-value	95%-CI	model 3 HR	P-value	95%-CI
Gender (M : F)	1.77	0.034	1.04 - 3.02	1.37	0.25	0.80 - 2.33	1.48	0.151	0.86 - 2.55
Age (10 years)	0.78	0.025	0.63 - 0.97	0.87	0.20	0.69 - 1.08	0.86	0.180	0.68 - 1.07
Study period	0.28	0.038	0.09 - 0.93	0.31	0.054	0.09 - 1.02	0.30	0.046	0.09 - 0.98
Delay (days)	0.98	0.025	0.96 - 1.00	0.98	0.029	0.96 - 1.00	0.98	0.030	0.86 - 1.00
Head restraints (N : Y)	3.06	0.021	1.18 - 7.9						
TSK-DV (10 points)	0.47	0.001	0.33 - 0.65				0.73	0.089	0.50 - 1.05
Restricted movements				0.83	0.007	0.73 - 0.95	0.85	0.020	0.74 - 0.98
Radiating pain in arms				0.80	0.003	0.69 - 0.93	0.82	0.010	0.71 - 0.95
Sleep disturbance				2.27	0.007	1.25 - 4.1	2.06	0.019	1.12 - 3.76

Tabel 4
Resultaten van Cox regressie.

Om deze hypothese te toetsen werd een prospectieve cohort studie verricht. In deze studie werd in 240 deelnemers de relatie tussen posttraumatische stressklachten en de ernst en beloop van whiplashklachten onderzocht. Posttraumatische stressklachten werden gemeten met de Self-Rating Scale for post-traumatic stress disorder (SRS-PTSD).[21]

Assesment point (Months after the accident) post-whiplash syndrome	Q1 (1) no	Q1 (1) yes	Q2 (6) no	Q2 (6) yes	Q3 (12) no	Q3 (12) yes
Number of participants	106	134	129	79	128	62
Post-traumatic stress disorder, yes (%)	4 (3.8)	22 (16.4)	4 (3.1)	20 25.3)	5 (3.9)	11 (17.7)
Re-experiencing symptoms, mean (sd)	1.16 (1.442)	2.11 (1.684)	0.63 (1.125)	1.59 1.581)	0.67 (1.102)	1.44 (1.543)
Avoidance symptoms mean (sd)	0.66 (1.004)	1.38 (1.381)	0.50 (0.772)	1.80 (1.409)	0.45 (0.895)	1.77 (1.311)
Hyperarousal symptoms mean (sd)	0.49 (0.928)	1.66 (1.420)	0.42 (0.826)	1.95 (1.440)	0.37 (0.752)	1.79 (1.332)

Tabel 5
Frequenties van ptss klachten bij mensen met wel en geen nekklachten op de drie tijdstippen.

Tabel 5 bevat een overzicht van de frequentie van voorkomen van posttraumatische stressstoornis klachten in mensen met en zonder nekklachten na één, zes en twaalf maanden. Met behulp van multipele logistische regressie werd de relatie tussen posttraumatische stressstoornis klachten en het persisteren van whiplashklachten onderzocht. Uit de resultaten bleek dat posttraumatisch stresssyndroom was gerelateerd aan de aanwezigheid en ernst van gelijktijdig voorkomende whiplash. Met name verhoogde prikkelbaarheid één maand na het ongeval bleek gerelateerd te zijn aan persisterende en meer ernstige whiplash klachten na zes en twaalf maanden. De resultaten suggereren dat posttraumatisch stress gerelateerde verhoogde prikkelbaarheid een nadelige invloed heeft op herstel en ervaren ernst van whiplashklachten na een auto-ongeval.

Pijn catastroferen en causale attributies

Met pijn catastroferen wordt een overdreven negatieve oriëntatie richting actuele of verwachte pijn bedoelt.[22] Het is geassocieerd met grotere invaliditeit bij chronische pijn, onafhankelijk van de mate van fysiek bepaalde invaliditeit.[23]
Causale attributies kunnen worden gedefinieerd als de ideeën die een patiënt zelf heeft over de oorzaak van ervaren klachten, en waar de klachten aan worden toegeschreven. Causale attributies lijken erg relevant bij persisterende klachten zonder aantoonbare somatische oorzaak. Wanneer bij patiënten een aandoening wordt gediagnosticeerd, vormt zich doorgaans een patroon van gedachten en attributies over de aandoening. Deze ziekte percepties of cognitieve representaties beïnvloeden gedragsmatige en emotionele reacties. Causale attributies leiden tot verwachtingen ten aanzien van het beloop van klachten. Negatieve verwachtingen kunnen leiden tot vermijdingsgedrag, zoals het mijden van beweging of lichamelijke activiteit, wat uiteindelijk aanleiding kan geven tot “disuse” en een verhoogde staat van angst.
In de literatuur over whiplash is de invloed van culturele factoren vaak onderwerp van discussie.[24] Het feit dat whiplash alleen voor lijkt te komen in bepaalde landen en bovendien in verschillende

landen een verschillend beloop kent, impliceert dat de culturele context van groot belang is.[25] Maar de feitelijke aard van die culturele context is nog nooit onderzocht. Causale attributies worden gevormd door culturele factoren. De verwachtingen van whiplash blijken tussen landen sterk te variëren en vormen daarmee een culturele parameter met relevantie voor de prognose.[26-28]

Om de relatie tussen catastroferen en causale attributies te onderzoeken werd een prospectief cohortonderzoek, met 140 deelnemers met nekpijn na een auto-ongeval opgezet. In deze studie werd de rol van pijn catastroferen en causale attributies in relatie tot de ernst en het persisteren van whiplashklachten onderzocht. De voorspellende variabelen werden o.a. gemeten met de "Pain Catastrophizing Scale" (PCS) en de "Causale Beliefs Questionnaire – Whiplash" (CBQ-W), die voor deze studie werd ontwikkeld.[22]

Met behulp van multipele regressie-analyse werd de relatie tussen pijncatastroferen en causale attributies en het beloop van whiplashklachten onderzocht. Pijn catastroferen en causale attributies bleken gerelateerd aan de ernst van gelijktijdige whiplashklachten. De ernst van initiële klachten was gerelateerd aan de ernst en persisteren van whiplashklachten. Tabel 6 bevat een overzicht van de resultaten van deze analyse. O.a. het toeschrijven van initiële nekklachten aan whiplash (CBQ-W) bleek gerelateerd aan het persisteren van klachten na 6 (Q2) en 12 (Q3) maanden.

De resultaten suggereren dat causale attributies een belangrijke rol kunnen spelen in ervaren onvermogen en het beloop van whiplashklachten. De bevindingen zijn in overeenstemming met de visie dat een vroege overtuiging dat klachten het gevolg zijn van de medisch-culturele entiteit whiplash een nadelige invloed heeft op het beloop van de klachten.

Conclusie

De resultaten van dit proefschrift suggereren dat een goede therapeutische strategie kan worden gevormd door het veranderen van causale attributies en verwachtingen ten aanzien van de initiële myogene klachten. Het veranderen van verwachtingen is voornamelijk een cultureel proces dat zou moeten worden ingezet op populatie niveau, met behulp van voorlichtingscampagnes en professionele richtlijnen. Het veranderen van causale attributies is meer een individueel proces, wat snel kan worden toegepast met behulp van een cognitief gedragsmatige interventie gericht op het aanpassen van specifieke overtuigingen. Omdat de gepresenteerde resultaten correlationeel van aard zijn kan geen uitspraak worden gedaan over de causale bijdrage van de onderzochte variabelen. Gecontroleerde studies, specifiek gericht op causale attributies en verwachtingen kunnen niet alleen van belangrijke klinische waarde zijn, maar kunnen tevens leiden tot meer definitieve conclusies aangaande de oorzakelijke rol van specifieke psychologische factoren in het herstel van acute whiplashklachten.

Variable	Coefficient (ß)	S.E.	Wald XX^2	P-value	Odds ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Dependent variable: Post-whiplash syndrome at Q2							
Age	-0.03	0.02	1.53	0.216	0.974	0.933	1.016
Gender	0.58	0.57	1.03	0.310	1.792	0.582	5.520
Neck Disability Index	0.18	0.05	12.54	<0.001	1.197	1.084	1.323
CBQ-W Psychological	1.47	0.52	7.93	0.005	4.335	1.562	12.030
CBQ-W Vertebral	1.30	0.47	7.70	0.006	3.686	1.467	9.258
CBQ-W Whiplash	1.23	0.38	10.34	0.001	3.430	1.618	7.272
PCS	-0.12	0.04	8.24	0.004	0.885	0.814	0.962
Constant	-7.29	1.84	15.61	<0.001	0.001		
Dependent variable: Post-whiplash syndrome at Q3							
Age	0.01	0.02	0.09	0.765	1.006	0.966	1.048
Gender	0.53	0.58	0.83	0.362	1.695	0.544	5.276
Neck Disability Index	0.15	0.04	10.86	0.001	1.156	1.061	1.260
CBQ-W Psychological	0.98	0.46	4.63	0.031	2.670	1.091	6.534
CBQ-W Vertebral	0.84	0.44	3.70	0.055	2.307	0.984	5.411
CBQ-W Whiplash	0.98	0.35	7.64	0.006	2.657	1.329	5.314
PCS	-0.06	0.04	7.64	0.097	0.942	0.878	1.011
Constant	-7.19	1.78	16.34	<0.001	0.001		

Tabel 6
Resultaten van multipele logistische regressie analyse.

After backward stepwise elimination, while retaining age and gender. Model 1 (Q2): R^2=.41 (Cox&Snell),.56 (Nagelkerke). Model $XX^2(7)$=61.67. Model 2 (Q3): R^2=.39 (Cox&Snell),.52 (Nagelkerke). Model $XX^2(7)$=52.02. Variables entered at step 1: age, gender, NDI, paresthesia, radiating pain to the arms, CBQ-W Psychological, CBQ-W Severe Injury, CBQ-W Vertebral, CBQ-W Muscular, CBQ-W Whiplash, PCS total score.

Literatuur

1. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. *Spine*. 1995 Apr 15;20 (8 Suppl):1S-73S.
2. Versteegen GJ, Kingma J, Meijler WJ, ten Duis HJ. Neck sprain in patients injured in car accidents: a retrospective study covering the period 1970-1994. *Eur Spine J*.1998;7(3):195-200.
3. Mayou R, Bryant B. Outcome of ‘whiplash’ neck injury. *Injury.* 1996 10 Nov;27(9):617-623.
4. Ferrari R. *The whiplash encyclopedia. The facts and myths of whiplash.* Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.; 1999.
5. Malleson A. *Whiplash and other useful illnesses*. Montreal: McGill-Queen’s University Press; 2002.
6. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med.* 2007 Feb;30(1):77-94.
7. Borchgrevink GE, Lereim I, Royneland L, Bjorndal A, Haraldseth O. National health insurance consumption and chronic symptoms following mild neck sprain injuries in car collisions. *Scand J Soc Med.* 1996 Dec;24(4):264-271.
8. Bylund PO, Bjornstig U. Sick leave and disability pension among passenger car occupants injured in urban traffic. *Spine.* 1998 May 1;23(9):1023-1028.
9. Athanasou JA. Return to work following whiplash and back injury: a review and evaluation. *Med Leg J.* 2005;73(Pt 1):29-33.
10. Gozzard C, Bannister G, Langkamer G, Khan S, Gargan M, Foy C. Factors affecting employment after whiplash injury. *J Bone Joint Surg Br.* 2001 May;83(4):506-509.
11. Holm L, Cassidy JD, Sjogren Y, Nygren A. Impairment and work disability due to whiplash injury following traffic collisions. An analysis of insurance material from the Swedish Road Traffic Injury Commission. *Scand J Public Health.* 1999 Jun;27(2):116-123.
12. Adams H, Ellis T, Stanish WD, Sullivan MJ. Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J Occup Rehabil.* 2007 Jun;17(2):305-315.
13. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986 May;50(5):992-1003.
14. Wessels T, Tulder M.van, Sigl T, Ewert T, Limm H, Stucki G. What predicts outcome in non-operative treatments of chronic low back pain? A systematic review. *Eur Spine J.* 2006 Nov;15(11):1633-1644.
15. Schreurs PJG, Willige G.van de, Brosschot J.F. *De Utrechtse Coping Lijst:UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding.* Swets Test Publishers; 1993.
16. Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol.* 2002 Dec 1;156(11):1028-1034.
17. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinisophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Manage.* 1990;3(1):35-43.
18. Goubert L, Crombez G, Damme Sv, Vlaeyen JW, Bijttebier P, Roelofs J. Confirmatory Factor Analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: Invariant two-factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *Clin J Pain.* 2004;20(2):103-110.
19. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ.* 1993 Sep 11;307(6905):647-651.
20. Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry.* 2001 Aug;158(8):1231-1238.
21. Carlier IV, Lamberts RD, Van Uchelen AJ, Gersons BP. Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med.* 1998 Jan;60(1):42-47.
22. Sullivan MJ, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychol Assess.* 1995;7(4):524-532.
23. Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Weber WE. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clin J Pain.* 2001 Jun;17(2):165-172.
24. Ferrari R, Kwan O, Russell AS, Pearce JM, Schrader H. The best approach to 30 the problem of whiplash? One ticket to Lithuania, please. *Clin Exp Rheumatol.* 1999 May;17(3):321-326.
25. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet.* 1996 May 4;347(9010):1207-1211.
26. Ferrari R, Lang C. A cross-cultural comparison between Canada and Germany of symptom expectation for whiplash injury. *J Spinal Disord Tech.* 2005 Feb;18(1):92-97.
27. Ferrari R, Obelieniene D, Russell A, Darlington P, Gervais R, Green P. Laypersons’ expectation of the sequelae of whiplash injury. A cross-cultural comparative study between Canada and Lithuania. *Med Sci Monit.* 2002 Nov;8(11):CR728-CR734.
28. Ferrari R, Constantoyannis C, Papadakis N. Laypersons’ expectation of the sequelae of whiplash injury: a cross-cultural comparative study between Canada and Greece. *Med Sci Monit.* 2003 Mar;9(3):CR120-CR124.

In het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde werd nog een discussie gevoerd over de interpretaties van de verschillende in het proefschrift gevolgde statistieken, zie hiervoor http://www.ntvg.nl/publicatie/owhiplashattributieo-niet-doorslaggeven/volledig
Red.

Van Leeuwen Convenant

Op 12 november 2009 is het zo genoemde Van Leeuwen Convenant getekend door het Verbond van Verzekeraars en organisaties van patiënten en verzekerden. In het convenant wordt bepaald hoe verzekeraars bij een verzekering waarop de WMK van toepassing is dienen om te gaan met de uitsluitingsclausules. Het blijft mogelijk gebruik te maken van een clausule die het inlooprisico beperkt. Bij de beoordeling of er sprake is van een bestaande of kennelijk te verwachten arbeidsongeschiktheid is het uitgangspunt dat de verzekeraar de WIA-beoordeling van het UWV volgt. Pas als het UWV een beoordeling niet of te laat uitvoert toetst de verzekeraar zelf. Ook de clausule zelf moet worden gewijzigd. De periode waarin de verzekeraar een beroep kan doen op de clausule wordt verkort tot één jaar.
Het Convenant treedt op 1 januari 2010 in werking en heeft ook betrekking op lopende polissen. Hoewel de tekst niet vermeldt of het Convenant ook van invloed is op bestaande arbeidsongeschiktheidsdossiers is de verwachting dat dat wel het geval zal zijn. De rechter en het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) zullen het Convenant waarschijnlijk wel betrekken bij hun beoordeling van zaken.
De volledige tekst van het Convenant is de vinden op de website gavscoop.nl , zie knop "links en downloads".
In de bijlage wordt de uitbreiding van de taak van de toetsingscommissie beschreven, zie hieronder.

Red.

Bijlage Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens

1. Huidige taak Toetsingscommissie

In 1999 is het "Convenant inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens" tot stand gekomen. De betrokken Convenantpartijen zijn Breed Platform Verzekerden en Werk (nu Stichting Welder geheten), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het Verbond van Verzekeraars.
De taak van de commissie is om gevallen van overlijden binnen een termijn van maximaal vijf jaar na het afsluiten/wijzigen van de levensverzekering waarin het overlijden niet een gevolg is van een ongeval en waarbij de verzekeringsmaatschappij verzwijging van gezondheidsgegevens (met inbegrip van een van de dekking uitgesloten risico) vermoedt, te onderzoeken en daarover een uitspraak te doen.

Bij een gerechtvaardigd vermoeden van fraude gaat de toetsingscommissie via de aan deze commissie verbonden arts over tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts om te kunnen vaststellen of er bij het aangaan of wijzigen van de verzekering van fraude sprake is geweest. Onder medische informatie wordt verstaan informatie die betrekking heeft op die gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekeringen die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de verzekeraar. Onder de medische informatie valt niet de medische informatie die bij wet is uitgesloten van informatieverwerving door respectievelijk mededeling aan de verzekeraar.

De Toetsingscommissie komt tot een uitspraak waarin:
1. de beslissingen van de toetsingscommissie met redenen omkleed zijn en waarbij rekening gehouden wordt met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde en diens nabestaanden;
2. de beslissingen van de toetsingscommissie bindend zijn voor de verzekeraar;
3. een beslissing van de toetsingscommissie geen beletsel vormt voor de nabestaanden om de bevoegde rechter ook in dezelfde zaak een oordeel te vragen.

De basis voor de commissie is de `Gezondheids-verklaring' die ingevuld moet worden bij het aanvragen van een individuele levensverzekering. Is de Gezondheidsverklaring niet naar waarheid ingevuld dan kan dit leiden tot de beschuldiging van verzwijging. In dat geval hoeft een verzekeraar een claim niet of niet volledig uit te keren.

2. Taak Toetsingscommissie in het Convenant toegang tot aan arbeid gerelateerde verzekeringen

In dit Convenant gaat het om overlijdensrisico-verzekeringen waarvoor geen Gezondheidsverklaring is ingevuld, omdat de WMK keuring verbiedt.

De taak van de Toetsingscommissie is om op verzoek van de verzekeraar te onderzoeken of in het geval van overlijden binnen één jaar na afsluiting van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding, de gezondheidstoestand van de verzekerde bij het afsluiten van de verzekering zodanig was dat een overlijden binnen een periode van één jaar redelijkerwijs te verwachten was.

Evenals in de huidige taak gaat de toetsingscommissie via de aan deze commissie verbonden arts over tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts om te kunnen vaststellen of het overlijden van de verzekerde te verwachten was bij het aangaan van de verzekering of bij aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding.

De werkwijze van de commissie blijft dezelfde. De aan de Toetsingscommissie verbonden arts vraagt medische informatie aan de desbetreffende behandelende arts:

- die betrekking heeft op die gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten van de verzekering die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak; en
- die niet mag omvatten medische informatie die bij wet is uitgesloten van informatieverwerving door respectievelijk mededeling aan de verzekeraar.

Het reglement van de Toetsingscommissie is van toepassing met die beperking dat de commissie alleen naar de overlijdensgevallen onderzoek doet die binnen één jaar na het aangaan van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding plaatsvinden en die aan haar worden voorgelegd door de verzekeraar. De beperkingen die nu aan de verzekeraar worden gesteld bij het voorleggen van overlijdensgevallen aan de commissie gelden hier niet. De commissie neemt zonder meer alle gevallen voor onderzoek aan die aan haar worden voorgelegd van overlijden binnen één jaar na het aangaan van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding.

Naar aanleiding van het STOA VIII congres Amsterdam 20-21 november 2009

Bereken de CHADS2 score voor AF

K. de Wilde

Er zijn een groot aantal rekenmodules ontwikkeld om uitgaande van bepaalde gegevens inzicht te krijgen in risico's of die gegevens te vertalen in een meer hanteerbaar getal of uitkomst. Een voorbeeld van een dergelijke module is Cockcroft-Gault methode om de GFR te berekenen uit een aantal eenvoudige te verkrijgen gegevens:
GFR (mL/min)= (140-leeftijd) * (G in kg) * (0.85 indien vrouwelijk geslacht) / (72 * Cr in µmol/L)

Een ander voorbeeld is het bepalen van de kans op cerebrale complicaties bij atriumfibrilleren, de zogenaamde CHADS2 score. De gedachte hierachter is het bepalen van de indicatie voor wel of niet behandelen met acenocoumarol, uiteraard na uitsluiten van contra-indicaties.
Het aardige is dat in de genoemde percentages zowel ischaemische infarcering ten gevolge van (uit het atrium afkomstige) embolieën als haemorrhagische ischaemie (ten gevolge van de therapie) is inbegrepen. Overigens is de kans op een bloeding als complicatie van acenocoumaroltherapie zeker een factor tien lager dan de kans om ondanks acenocoumarol een embolus te schieten. Op de website gavscoop.nl is onder 'links en downloads' een verwijzing opgenomen naar een heel scala meer of minder nuttige rekenmodules

CHADS staat voor Congestive heartfailure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke, waarbij de 2 aangeeft dat Stroke voor 2 telt:

Tel het aantal punten op indien van toepassing	
Hartfalen	**1**
Hypertensie	**1**
Leeftijd > 75 jaar	**1**
Diabetes mellitus	**1**
TIA, CVA of systemische embolie in voorgeschiedenis	**2**

	Percentage CVA's per jaar		
CHADS2	**met acenocoumarol**	**geen antistolling**	**NNT**
0	0,25	0,49	417
1	0,72	1,52	125
2	1,27	2,50	81
3	2,20	5,27	33
4	2,35	6,02	27
5 tot 6	4,60	6,88	44

NNT= number needed to treat om 1 CVA per jaar te voorkomen met acenocoumarol.

Go AS et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA 2001;285:2370-5.

Blokkeringsrecht

Dit artikel is een uitgebreide versie op het inzage-, blokkerings- en correctierecht, behorend bij de toelichting op de nieuwe beroepscode.

*Mr. E.H.B. van Strien**

Toelichting art. 7 lid 4 inzake blokkeringsrecht

Op 01-04-1995 is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGO), opgenomen in boek 7 BW (Burgerlijk Wetboek), in werking getreden. De WGBO is bedoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken en bevat dwingende rechterlijke bepalingen.
De wet ziet primair toe op de behandelings-overeenkomst tussen de hulpverlener en de patiënt waarbij in art. 7:446 BW sub 1 aangegeven wordt dat het een overeenkomst betreft "(...) waarbij een natuurlijk persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde (…)"
De aard van deze handelingen wordt vervolgens in art. 7:446 sub 2 onder a nader omschreven.
Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst worden ook verstaan alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en er toe strekken zijn gezondheidstoestand te beoordelen.

In art. 7:446 BW sub 4 wordt nader omschreven wanneer niet van een behandelingsovereenkomst kan worden gesproken: "Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden".

Vervolgens wordt in art. 7:464 BW lid 1 (zgn. schakelartikel) de werking van de WGBO verder uitgebreid. Indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de genezing worden verricht, is de WGBO eveneens van toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.
Hiermede heeft de wetgever beoogd om de rechten voortvloeiende uit de WGBO ook toe te kennen aan personen die in opdracht van een ander aan handelingen op het gebied van de geneeskunde worden onderworpen.
In het bijzonder gaat het hierbij om degene die een keuring in opdracht van een ander ondergaat.

Daarnaast wordt in de WGBO aan de persoon die in opdracht van een ander een keuring ondergaat een inzage- en blokkeringsrecht toegekend.
Dit inzage- en blokkeringsrecht is geformuleerd in art. 7:464 BW lid 2.
Daarin wordt gesteld dat degene die in opdracht van een ander een keuring ondergaat in dat geval in de gelegenheid gesteld dient te worden om mee te delen of hij de uitslag van de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en zo ja, of hij daarvan als eerste kennis wenst te nemen, ten einde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen kan worden gedaan.
Tevens wordt in dit artikel door de wetgever duidelijk aangegeven dat dit blokkeringsrecht niet geldt indien de keuring in opdracht van een ander wordt verricht in het kader van een lopende burgerrechtelijke verzekering.
Voor deze verzekeringen geldt wel een inzagerecht.
De letterlijke tekst van art. 7:464 BW lid 2 sub b luidt per 1 maart 2006 als volgt:

"Lid 2. Betreft het handelingen als omschreven in art. 446 lid 5 dan (...)

b. "wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de handelingen niet worden verricht in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekkingen als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan."

* Mr. E.H.B. van Strien, medisch adviseur RGA

Met betrekking tot een burgerrechtelijke verzekering kan gedacht worden aan een ongevallen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering.
De reden van deze beperking is gelegen in het feit dat een blokkeringsrecht gedurende de gehele looptijd van een dergelijke verzekering zou betekenen dat verzekeraar niet in staat is zijn uitkeringsverplichting te laten vaststellen.
In de afgelopen jaren hebben zich vele onduidelijkheden voorgedaan en is er veel discussie geweest met betrekking tot de toepassing van het inzage- en blokkeringsrecht. Deze discussies hadden met name betrekking op de botsing tussen het recht op privacy zoals vastgelegd in art. 10 Gw (Grondwet) en art. 8 EVRM (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens) alsmede het recht op een eerlijk proces (fair trial) in het kader van een equality of arms beginsel, vastgelegd in art. 6 EVRM.[1)]

In een tweetal arresten, HR 26-03-2004 (LJN-nr. AO1330) en HR 12-08-2005 (LJN-nr. AT3477), heeft de HR (Hoge Raad) een einde gemaakt aan de onduidelijkheden, die tot dan bestonden.
De belangrijkste consequenties van deze uitspraken van de HR zijn de volgende:

- Bij een onderzoek door een door de rechter benoemde medisch deskundige, komt degene die het onderzoek ondergaat, zonder meer een beroep op het blokkeringsrecht toe.
  Betrokkene heeft dus het recht om na totstandkoming van het deskundigenrapport als eerste de uitslag en de gevolgtrekkingen van de medische keuring/het rapport te vernemen en te beslissen of de keuringsuitslag/het rapport mag worden doorgezonden.
- Ook in het kader van een buitengerechtelijk overeengekomen expertise in opdracht van beide partijen komt aan de betrokkene het inzage- en blokkeringsrecht toe.
- Degene die de keuring ondergaat kan voorafgaande aan de expertise/keuringsopdracht geen afstand doen van het inzage- en blokkeringsrecht.
  Aan hem komt uitsluitend de keuze toe van het wel of niet gebruik maken van het inzage- en blokkeringsrecht.
- Uitdrukkelijk wordt door de HR gesteld dat onder "burgerrechtelijke verzekeringen" slechts worden begrepen die verzekeringen waarbij sprake is van een contractuele relatie tussen keurling en verzekeraar.

Uit de uitspraken van de HR wordt echter duidelijk dat aan het uitoefenen van het blokkeringsrecht wel consequenties zijn verbonden:
In gevolge art. 198 lid 3 Rv (Rechtsvordering) is een partij in een civiele procedure verplicht mee te werken aan een door de rechter gelast deskundigenonderzoek.[2)] Wordt aan deze verplichting niet voldaan dan kan de rechter daaruit de gevolgtrekking maken die hij in de omstandigheden van het gegeven geval geraden acht.
Volgens de HR is van een dergelijk niet voldoen sprake indien een partij met een beroep op zijn/haar blokkeringsrecht heeft verhinderd dat van het deskundigenbericht mededelingen worden gedaan aan de wederpartij en de rechter.
De rechter kan dan een bewijsvermoeden ten nadele van de blokkerende partij aanwezig achten.
Een beroep op het blokkeringsrecht brengt dus procesrechtelijke sancties met zich mee in het kader van een door de rechter gelast onderzoek.

Bij expertises buiten rechte in opdracht van beide partijen, is art. 198 lid 3 Rv niet van toepassing. Evenmin als art. 21 Rv ,welk artikel partijen verplicht de voor beslissing van belang zijnde feiten volledig en naar waarheid aan te voeren, bij gebreke waarvan de rechter daaruit de gevolgtrekking kan maken die hij geraden acht.[3)] Niettemin zal ook buiten rechte een beroep op het blokkeringsrecht voor een partij consequenties voor haar bewijspositie hebben.
De uitoefening van het blokkeringsrecht zal tot resultaat hebben dat de juistheid van de betwiste schadeclaim tussen partijen niet vaststaat en derhalve de aangesproken partij niet bereid zal zijn om de ingestelde vordering (ten volle) te voldoen.
Ook in het kader van een buitengerechtelijke expertise zal dit derhalve voor de partij die een beroep doet op zijn/haar blokkeringsrecht problemen met zich mee kunnen brengen in het kader van de bewijsvoering.

Met de uitspraken van de HR zijn echter niet alle onduidelijkheden weggenomen zoals ook door mr. M.H. Elferink in haar zeer lezenswaardige artikel (Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade TVP 2004, pag. 51-8): "Onduidelijkheden rondom uitoefening blokkeringsrecht bij medische expertises" is beschreven.
In de eerste plaats gaat het in wezen om 2 afzonderlijke rechten: het inzagerecht dat er toe leidt dat de keurling kennis kan nemen van het 'concept rapport' en vervolgens, na van de inhoud kennis te hebben genomen, kan de keurling besluiten of hij een beroep wenst te doen op het blokkeringsrecht.
In dit kader dient er op te worden gewezen dat het inzage- en blokkeringsrecht geen correctierecht omvat.

Art. 7:464 BW lid 2 sub b WGBO geeft de keurling niet het recht de deskundige te verzoeken iets aan de rapportage te wijzigen.
Hierop is ook duidelijk gewezen door de advocaat-generaal Wesseling van Gent, in haar conclusie van het arrest HR 26-03-2004.
Door haar wordt gesteld (overweging 3.44) "(…) art. 7:464 BW lid 2 sub b geeft de keurling niet het recht om de deskundige te verzoeken iets aan zijn rapport te wijzigen, zelfs niet aperte fouten. Dit laatste behoort te geschieden bij het opmerkingen maken en verzoeken doen op grond van art. 198 lid 2 Rv, dat wil dus zeggen nadat de keurling het rapport heeft mogen inzien en besloten heeft het niet te zullen blokkeren."

Daaruit blijkt duidelijk dat de advocaat-generaal van mening is dat het niet de bedoeling is dat de betrokkene eerst de gelegenheid krijgt om gebruik te maken van het correctierecht om vervolgens te beslissen over het afgeven van het rapport aan de andere partijen.
Het inzage- en blokkeringsrecht geeft uitsluitend de mogelijkheid het rapport te blokkeren.

Deze opvatting is niet in overeenstemming met de KNMG handleiding voor artsen inzake privacy-wetgeving en het omgaan met patiënten gegevens, noch met de richtlijnen van de beroepsverenigingen (onder meer: 'Richtlijn psychiatrische rapportage' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).
Zowel in de KNMG handleiding als in de 'Richtlijn psychiatrische rapportage' van de NVP is een correctierecht opgenomen.
Dit kan tot problemen leiden voor de deskundige, die, indien hij zich niet aan de richtlijnen van zijn medische beroepsvereniging houdt, mogelijk tuchtrechtelijk verwijtbaar handelt.
In de literatuur wordt er dan ook op aangedrongen dat de beroepsverenigingen hun richtlijnen in overeenstemming brengen met de visie van de HR (zie Elferink TVP 2004, pag. 55).
In het kader van deze problematiek is door de projectgroep medische deskundigen van de VU de volgende tussenoplossing aangeraden:
De keurling mag de gelegenheid geboden worden om tijdens de inzagefase de deskundige te verzoeken om feitelijke onjuistheden (bv. onjuiste persoonsgegevens) die buiten alle redelijke twijfel een verschrijving van de deskundige zijn, te corrigeren.
Daarbij wordt er echter op gewezen dat in het kader van hoor en wederhoor, het voor de wederpartij duidelijk moet zijn welke correctieverzoeken door de onderzochte persoon zijn gedaan en welke correcties zijn doorgevoerd, daar er anders sprake zou zijn van een eenzijdige correctiemogelijkheid hetgeen niet de bedoeling is van het inzage- en blokkeringsrecht.
Aanbevolen wordt om dit zowel toe te passen bij expertises in het kader van gerechtelijke procedures als in het kader van het buitengerechtelijk medisch traject.
In het kader van de buitengerechtelijke procedure is het echter nog lang niet altijd gebruikelijk dat de deskundige een conceptrapport aan partijen aanlevert, waarop zoals in de gerechtelijke procedure beide partijen hun commentaar kunnen leveren en opmerkingen kunnen maken.
Aangeraden wordt ook in het kader van buiten-gerechtelijke expertise zo veel mogelijk dezelfde procedure te volgen als bij het uitbrengen van een deskundigenbericht op verzoek van de rechter.

Tevens zij er hier op gewezen dat ook ten aanzien van keuringen voor levensverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenverzekeringen, die niet vallen onder het keuringsverbod van art. 4 Wet op de Medische Keuringen (WMK) een andere richtlijn geldt.
Voor deze keuringen geldt het Protocol Verzekerings-keuringen waarin onder art. 7 met nadruk staat vermeld dat er sprake is van een recht op correctie.
Indien naar de mening van aspirant-verzekerde niet relevante, onjuiste of onvolledige gegevens dan wel onjuiste interpretaties van gegevens zijn opgenomen in het keuringsdossier bestaat de mogelijkheid voor hem/haar, totdat het contract is vastgesteld en indien overeenstemming is tussen de geneeskundig adviseur en aspirant-verzekerde, de tekst te corrigeren.
Voorts kan de aspirant-verzekerde verlangen dat in het dossier een aantekening wordt gemaakt in de vorm van een eigen verklaring over de mening van de aspirant-verzekerde dat in het dossier bepaalde gegevens niet relevant, onjuist of onvolledig zijn en/of dat er onjuiste interpretaties van gegevens in het dossier zijn opgenomen.
Dat recht geldt zelfs als de gegevens, gelet op het doel van de keuring, onvolledig of niet ter zake doende zijn!
Voor deze keuringen geldt dus ingevolge het Protocol Verzekeringskeuringen een geheel ander regime met betrekking tot het correctierecht.

Een ander belangrijk punt waarover onduidelijkheid bestaat is de vraag in welke fase het correctierecht, inzage- en blokkeringsrecht dient te worden toegepast.
Uit de recente jurisprudentie blijkt dat meerdere rechterlijke instanties van mening zijn dat het inzage- en blokkeringsrecht zowel ten aanzien van de conceptrapportage geldt als ten aanzien van de definitieve versie van het deskundigenrapport (Rechtbank Utrecht 05-07-2006, TVP1006/3 met noot M.H. Elferink, Rechtbank Maastricht 18-10-2006 LJN AZ00717, alsmede instructieblad Rechtbank Amsterdam).
In de literatuur is op deze zienswijze kritiek geleverd. Met name mevrouw Elferink heeft er op gewezen dat dit tot onwenselijke en problematische situaties kan leiden (MH Elferink TVP 2004, nr. 2 pag. 51-8, TVP 2006, nr. 3 pag. 92-4).[4)]

Mevrouw Elferink stelt dat het zelden zal voorkomen dat de definitieve rapportage in belangrijke mate afwijkt van de conceptrapportage.
Bovendien is alle informatie waarover de deskundige beschikt zowel bij onderzochte als bij de wederpartij bekend.
Hetzelfde geldt voor de na de conceptrapportage gemaakte opmerkingen.

Voorts valt uit de eerder vermelde conclusie van de advocaat-generaal Wesseling van Gent bij het arrest HR 26-03-2004 af te leiden dat ook zij de mening is toegedaan dat aan de onderzochte partij slechts eenmaal de gelegenheid dient te worden geboden om het inzage- en blokkeringsrecht toe te passen en wel vóór het maken van opmerkingen en verzoeken en niet meer bij het uitbrengen van de definitieve rapportage.

Mevrouw Elferink pleit ervoor dat slechts een uitzondering zou kunnen worden gemaakt in het geval dat na het tot stand komen van het conceptrapport de deskundige de beschikking krijgt over nieuwe, (nog) niet aan wederpartij bekende medische gegevens over betrokkene, welke hij toevoegt aan zijn definitieve rapportage.
In die situatie lijkt het gerechtvaardigd dat de onderzochte partij andermaal gebruik kan maken van zijn blokkeringsrecht.
Deze situatie zal zich echter slechts zeer zelden voordoen.
Mevrouw Elferink wijst er op dat aangenomen moet worden dat in een dergelijke situatie blijkbaar niet alle medische informatie die ten grondslag ligt aan het deskundigenonderzoek beschikbaar is voor de medisch adviseurs van beide partijen
Een dergelijke handelwijze/werkwijze wordt door de Projectgroep van de VU onwenselijk geacht (MH Elferink TVP 2006 nr. 3 pag. 94).

De geneeskundig adviseur zal bij de aanvraag van een deskundigenbericht en een buitengerechtelijke expertise op verzoek van beide partijen, de deskundige er uitdrukkelijk op moeten wijzen de te onderzoeken persoon in de gelegenheid te stellen, gebruik te kunnen maken van zijn inzage- en blokkeringsrecht.
Daarbij zal de geneeskundig adviseur tevens de deskundige er op moeten wijzen dat het inzage- en blokkeringsrecht geen correctierecht omvat anders dan slechts voor feitelijke onjuistheden en beide partijen op de hoogte gebracht moeten worden van eventueel doorgevoerde wijzigingen.
Afhankelijk van het kader waarin het onderzoek wordt aangevraagd zal in sommige gevallen de deskundige er juist op moeten worden gewezen dat er wel inzagerecht maar geen blokkeringsrecht bestaat.
Voor de keuringen voor levensverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenverzekeringen, niet vallende onder het keuringsverbod van art. 4 WMK, geldt de mogelijkheid tot correctie volgens het Protocol Verzekeringskeuringen.

Uitgaande van de huidige stand van de wetgeving en de jurisprudentie leidt dit tot de volgende stand van zaken:

- Deskundigenonderzoek in het kader van personenschade in gerechtelijke procedure op verzoek van de rechter: inzage- en blokkeringsrecht, correctierecht na uitbrengen van de conceptrapportage.
- Expertise door een deskundige in het kader van personenschade op verzoek van beide partijen: inzage- en blokkeringsrecht, correctierecht uitsluitend met betrekking tot de feitelijke onjuistheden.
- Keuringen in verband met acceptatie voor levensverzekeringen, pensioenverzekeringen, arbeidsongeschiktheidverzekeringen en ongevallenverzekeringen, niet vallende onder het keuringsverbod art. 4 WMK: inzage- en blokkeringsrecht alsmede correctierecht.
- Expertises/keuringen naar aanleiding van claims in het kader van bestaande levensverzekeringen (premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid), arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en ongevallenverzekeringen: geen blokkeringsrecht, wel inzagerecht, correctierecht uitsluitend voor feitelijke onjuistheden.

Noten

1) Art. 10 Gw: “Een ieder heeft behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer”.

   Art. 8 lid 1 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens komt daarmede overeen en luidt als volgt:
   “Een ieder heeft recht op respect voor zijn privé-leven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie”.

   Art. 6 lid 1 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens heeft betrekking op het recht op een eerlijk proces waaruit kan worden afgeleid dat dit met zich meebrengt dat aan ieder van de partijen in een procedure de gelegenheid gegeven moet worden om zijn of haar zaak te verdedigen en te presenteren zonder dat hij of zij daarbij ten opzichte van de wederpartij in een nadelige positie is geplaatst hetgeen tevens betekent dat beide partijen in de gelegenheid gesteld dienen te worden om kennis te nemen en commentaar te leveren op alle van belang zijnde stukken.

   Art. 6 lid 1 luidt: “Bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen of bij het bepalen van de gegrondheid van een tegen hem ingestelde vervolging heeft een ieder het recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak, binnen een redelijke termijn, door een onafhankelijk en onpartijdig gerecht dat bij de wet is ingesteld (...).”

2) Art. 198, lid 3 Rv (Rechtsvordering) luidt als volgt: “Partijen zijn verplicht mee te werken aan een onderzoek door deskundigen. Wordt aan deze verplichting niet voldaan, dan kan de rechter daaruit de gevolgtrekking maken die hij geraden acht”.

   Deze verplichting hangt samen met de verplichting volgend uit art. 21 Rechtsvordering dat luidt als volgt:
   Art. 21 Rv: “Partijen zijn verplicht de voor de beslissing van belang zijnde feiten volledig en naar waarheid aan te voeren.

DE WERELD BESTAAT NIET ALLEEN UIT ANOUKS

Het liefst ziet u natuurlijk dat uw cliënten voldoen aan het ideaalbeeld: jong en kerngezond. Maar de praktijk van iedere levensverzekeraar en tussenpersoon leert dat er heel wat mensen zijn die niet aan dit beeld voldoen. Bijvoorbeeld doordat zij lijden aan diabetes, een hartafwijking, nierziekte of kanker. U zou ze graag helpen maar vindt het risico verzekeringstechnisch te groot. Dossier gesloten?

Via een professioneel samenspel van maatschappij, assurantieadviseur en De Hoop is er in veel gevallen toch een oplossing op maat te vinden in de vorm van een specifieke herverzekering. Op basis van grote expertise, aanpassingen van sterftetabellen en een stevige financiële grondslag kunnen wij ook voor cliënten met een sterk verhoogd medisch risico met een offerte komen. Hoe het precies werkt is minder van belang dan dat het werkt. Inmiddels 100 jaar lang. Staat u voor zo'n vraag, bedenk dan dat het geen onoplosbaar dilemma hoeft te zijn.

DE HOOP
N.V. LEVENSVERZEKERING-MAATSCHAPPIJ

POSTBUS 532, 2501 CM 'S-GRAVENHAGE. TELEFOON (070) 342 13 13.

Niemand is perfect

Wordt deze verplichting niet nageleefd dan kan de rechter daaruit de gevolgtrekking maken die hij geraden acht".
In beide artikelen wordt dus aangegeven dat de rechter naar eigen goeddunken bij een weigering om mee te werken daaraan consequenties kan verbinden hetgeen met zich mee kan brengen dat de rechter een dergelijke weigering in het nadeel van de eiser uitlegt.
De verplichting om mee te werken gaat overigens volgens de rechtspraak van de HR vrij ver: Partijen zijn verplicht om informatie te verstrekken zelfs al zou dit er toe leiden dat zij daarmee bewijs tegen zichzelf verschaffen. Zie art. 21 Rv hierboven.

3) Zo wijst mevrouw Elferink erop dat indien aan de onderzochte partij de gelegenheid gegeven zou worden om 2 maal het blokkeringsrecht uit te oefenen de situatie zich kan voordoen dat de onderzochte het conceptrapport blokkeert, maar nadat de deskundige nota genomen heeft van de opmerkingen van partijen en vervolgens zijn definitieve (gewijzigde) rapport heeft opgesteld, dit vervolgens door de onderzochte wederom wordt geblokkeerd. De wederpartij heeft dan echter al kennisgenomen van de conceptrapportage en beschikt ook over de in de conceptrapportage vermelde medische informatie.
De onderzochte zou vervolgens de concept-rapportage die hem beter uitkomt in een volgende procedure kunnen inbrengen, waarbij de vraag zich voordoet welke waarde aan deze concept-rapportage gehecht kan worden. Uiteraard geldt ditzelfde vice versa.

Literatuur

Elferink, MH. Inzage- en blokkeringsrecht. RB Utrecht TVP 2006 nr. 3.

Jurisprudentieoverzicht inzage- en blokkeringsrecht Projectgroep Medische deskundigen in de rechtspleging (www.rechten.vu.nl).

Toepasselijkheid inzage- en blokkeringsrecht TvGR 2004/33 met noot J.van de Burg ex art 7:464 lid 2 sub b BW.

Blanken, C. Blokkeringsrecht bij buitengerechtelijke medische expertise. PIV bull. 7-10-2005; 4-5.

Elferink, MH. Het blokkeringsrecht bij medische expertises in de letselschadepraktijk: een botsing tussen het recht op privacy en het recht op een eerlijk proces. TVP 2003 nr. 2 : 33-9.

Elferink, MH. Medische informatie en privacy. Rechtspraak TVP 2003, nr. 4 130-4.

Elferink, MH. Onduidelijkheden rondom uitoefening blokkeringsrecht bij medische expertises. TVP 2004 nr.2 51-8.

Elferink, MH. Aanbeveling voor de procedure voor een medisch deskundigenbericht. TVP 2005 nr. 2, 40-7.

Wervelman EJ et al. Misverstanden en oplossingen rondom het inzage-en blokkeringsrecht in civiele zaken; enkele praktijkvoorbeelden. TvGR 2005, 5, 383-98.

Medische aansprakelijkheid Jurisprudentie aansprakelijkheid (JA 2005/94).

HR 12-08-2005 met noot M.Elfering LJN-nr AT3477.

Elferink MH. Inzage- en blokkeringsrecht Rb Utrecht 05-07-2006. TVP 2006 nr. 3, 92-4.

Karrenbeld, R. Het blokkeringsrecht bij expertises in de letselschaderegeling. PIV bulletin 2003 (6) pg 4-8.

Protocol Verzekeringskeuringen (richtlijnen).

De door de Gezondheisraad op verzoek van de Minister van SZW opgestelde verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijke ondersteuning te bieden aan het verzekeringsgeneeskundig handelen in de context van de Nederlandse wetgeving, die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving bij arbeidsongeschiktheid.
Hoewel de protocollen dus bij uitstek het werkgebied van de verzekeringsartsen bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten betreffen, lijkt het de redactie toch opportuun aandacht te besteden aan de problematiek die de verzekeringsarts in sociale verzekeringszaken kan ervaren bij de toepassing van deze ook politiek bepaalde en beladen protocollen, juist bij een controversieel onderwerp als het Chronisch Vermoeidheid Syndroom.

Red.

Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten

*A.W.A. Elemans**

Verzekeringsartsen kunnen niet goed uit de voeten[1] met het verzekeringsgeneeskundige protocol chronisch vermoeidheidssyndroom[2] (hierna: CVS) omdat dit volgens hen ten aanzien van de uitleg van het begrip botst met de vaste rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB) en het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten[3] (hierna: Schattingsbesluit) met betrekking tot de vraag wanneer klachten een uiting zijn van ziekte.
Het protocol stelt dat wanneer klachten aan de hand van de CDC-94-criteria van de Amerikaanse Centres for Disease Control[4] tot de diagnose CVS leiden, deze klachten een uiting zijn van ziekte.
Als vervolgens betrokkene ook beperkingen en participatieproblemen rapporteert, is er volgens het protocol sprake van arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten.
In deze bijdrage zal aan de hand van een vergelijking van het protocol met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit, de houdbaarheid van het protocol op dit punt worden onderzocht.

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelde de Gezondheidsraad in verband met de op 17 februari 2006 in werking getreden Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten, tien verzekeringsgeneeskundige protocollen op voor tien diagnosen waarop in 2004, afgaand op toenmalige WAO-instroomcijfers, een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek was terug te voeren.
De eerste twee protocollen traden op 6 maart 2006 in werking. Het protocol CVS is het achtste protocol en is vanaf 1 januari 2008 van kracht. De verzekeringsarts dient vanaf dat moment bij WAO, WIA, WAJONG en WAZ-beoordelingen toepassing te geven aan het protocol[5].
De verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijk gefundeerde ondersteuning te bieden van het verzekeringsgeneeskundig handelen[6]. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen.
De verzekeringsgeneeskundige protocollen bevatten wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid op grond van de verschillende arbeidsongeschiktheidswetten kunnen ondersteunen. Van de protocollen kan gemotiveerd worden afgeweken.
Waar in jurisprudentie wordt gesproken over *ziekte*, wordt in het protocol gesproken over *stoornis*.

* A.W.A. Elemans, verzekeringsarts, Remédis verzekeringartsen, Postbus 176, 1180 AD Amstelveen, e-mail: elemans@remedis.nl

CDC-94-criteria

Bij het CVS bestaan er over het ontstaan van de aandoening enkel hypothesen en er is geen overeenstemming over het ziektemechanisme. CVS is om die reden geen ziekte in de biomedische betekenis van het woord, maar voldoet volgens het protocol wel aan de definitie die de WHO voor ziekte hanteert, te weten: "een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en participatieproblemen".

Voor aandoeningen waarvan het ontstaan en de oorzaken wetenschappelijk onduidelijk zijn en bovendien de klachten variabel en weinig specifiek en waarvoor ook geen eenvoudige diagnostische tests bestaan, biedt een *casusdefinitie* (dit is een op consensus gebaseerde omschrijving van een aandoening) uitkomst.
Er zijn verschillende casusdefinities beschreven. Een internationaal erkende casusdefinitie voor CVS wordt gevonden in de CDC-94-criteria.

Deze casusdefinitie is uitgewerkt door de Amerikaanse Centres for Disease Control (CDC) in 1994 en bedoeld voor wetenschappelijke doeleinden[4]. In het protocol CVS wordt de diagnose CVS gesteld aan de hand van de CDC-94-criteria.
In tegenstelling tot de Canadese Consensus Panel Criteria van 2003[7] die bepalen dat ook sprake moet zijn van neurologische, neuro-cognitieve, neuro-endocriene, disautonome (bijvoorbeeld orthostatische intolerantie) en immuniteitsstoornissen, zijn de CDC-94-criteria voor het grootste gedeelte opgebouwd uit een lijst met klachtpresentaties. De diagnose CVS wordt gesteld als de CVS-klachten van een betrokkene voorkomen op de lijst.
Volgens de CDC-94-criteria wordt CVS gekenmerkt door ernstige vermoeidheid die voordien niet aanwezig was, die met inspanning aanzienlijk in hevigheid toeneemt, niet aanzienlijk vermindert door rust en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. Als bijkomende klachten kunnen onder andere hoofd-, spier- en gewrichtspijnen, cognitieve problemen (geheugen, concentratie) en slaap- en herstelproblemen aanwezig zijn. De klachten moeten zes maanden of langer bestaan en het dagelijks functioneren aanzienlijk beperken. Volgens het protocol kan in het individuele geval ook sprake zijn van CVS als de klachten en symptomen niet geheel overeenkomen met deze criteria.

"Stoornis" en "arbeidsongeschikt" volgens het Protocol CVS

Uit het protocol CVS volgt dat het stellen van de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria inhoudt dat de klachten een uiting zijn van een stoornis. Als naast klachten ook beperkingen in het functioneren en participatieproblemen worden gerapporteerd, dan is sprake van arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten, aldus het protocol. Voorts wekt het protocol de indruk dat het stellen van de diagnose CVS aan de hand van CDC-94-criteria automatisch inhoud dat iemand geïnvalideerd of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is.
Dat zal worden geïllustreerd aan de hand van de volgende citaten uit het protocol:

1. Pagina 46: "Omdat CVS een aandoening is die, per definitie, het functioneren ernstig beperkt (zie 4.3), is de vaststelling dat inderdaad van CVS sprake is (volgens de CDC-94-criteria A.E.), voor de boordeling van de functionele mogelijkheden, van groot belang".
2. Pagina 46: "Bij de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van een werknemer met CVS geeft het protocol de verzekeringsarts houvast door, aansluitend bij het Gezondheidsraadadvies over CVS, vast te stellen dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is of, in de woorden van de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer: "een weliswaar onverklaarde, maar toch ernstige aandoening […], die serieus genomen moet worden".
3. Pagina 45: "Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.
   Opmerking A.E.: De eerste taak van de verzekeringsarts aan de poort van de WIA wordt hier buiten beschouwing gelaten: namelijk de beoordeling of de door betrokkene verwoorde klachten/beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek. Kennelijk wordt er in het protocol van uit gegaan dat CVS klachten per definitie als stoornis opgevat kunnen worden en per definitie leiden tot arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken.
4. Pagina 45, paragraaf 6.1: "Bij het CVS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de stoornis, de behandeling en de begeleiding.
   Opmerking A.E.: hier wordt er kennelijk vanuit gegaan dat de verzekeringsarts bij CVS-klachten zich een oordeel vormt over de aard en de ernst van de stoornis en niet óf er überhaupt sprake is van een stoornis.
5. Pagina 35, paragraaf 4.2, anamnese: "Het aantal symptomen dat de patiënt noemt, wordt sterk bepaald door de gesprekstechniek van de arts en is geen criterium voor de ernst van de stoornis".
   Opmerking A.E.: Dit citaat suggereert dat het CVS per definitie een stoornis is in de zin van de Wet.

6. Pagina 17, paragraaf 6.2: "Indien de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van CVS, dan betrekt hij in zijn overwegingen dat dit een reële en invaliderende aandoening is".
   Opmerking A.E.: Dit citaat wekt, althans in samenhang met het overige gestelde in het protocol, de indruk dat als de verzekeringsarts aan de hand van de CDC-94-criteria de diagnose CVS heeft gesteld er automatisch sprake is van invalidering c.q. dat sprake is van (gedeeltelijke) ongeschiktheid om te werken ten gevolge van een stoornis of gebrek veroorzaakt door ziekte, aandoening of ongeval[8].
7. Pagina 40, paragraaf 4.5.1: "Op die manier worden de stoornis en het proces van maatschappelijke marginalisatie in stand gehouden".
   Opmerking A.E.: Dit citaat suggereert dat CVS per definitie een stoornis in de zin van de Wet is.

"Stoornis" en "arbeidsongeschikt" volgens vaste rechtspraak

Waar in de jurisprudentie wordt gesproken van ziekte wordt, net zoals in het protocol CVS, ook in het schattingsbesluit gesproken over stoornis. Meer precies is ziekte in de zin van de arbeidsongeschiktheidswetten geoperationaliseerd als *stoornis*.
Arbeidsongeschikt is degene die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, met arbeid gewoonlijk verdienen (art. 18 WAO).
Arbeidsongeschikt als objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte is in het Schattingsbesluit geoperationaliseerd. Kort gezegd worden beperkingen in het beroepsmatig functioneren (door de verzekeringsarts) aangenomen wanneer deze een uiting zijn van ziekte. Er is sprake van arbeidsongeschiktheid (lees: inkomensverlies) als verzekerde beperkingen heeft in het beroepsmatig functioneren als uiting van een stoornis, en verzekerde door deze beperkingen minder kan verdienen dan hij deed ten tijde van zijn ziekmelding. Of sprake is van Arbeidsongeschiktheid en zo ja, in welke mate, wordt vastgesteld door de arbeidsdeskundige aan de hand van de door de verzekeringsarts aangenomen beperkingen in het functioneren, die deze in het beperkingenformulier heeft beschreven.

Beperkingen in het beroepsmatig functioneren worden aangenomen als:
- de klachten van betrokkene een uiting zijn van een stoornis[9];
- én er naast klachten ook beperkingen in het functioneren zijn alsmede participatieproblemen;
- én als beperkingen en participatieproblemen logisch uit de stoornis voortvloeien;
- én er een consistente relatie is tussen de stoornis, beperkingen en participatieproblemen.

Uit het bovenstaande volgt dat de verzekeringsarts bij de claimbeoordeling onderzoekt of de door betrokkene gestelde beperkingen in het functioneren objectief medisch vast te stellen gevolgen van ziekte zijn. *Medisch* wil zeggen, op in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde wijze. Dit vereist dat onderzoeksmethoden worden toegepast die onder artsen en paramedici algemeen geaccepteerd zijn. Daarmee wordt geborgd dat *het vaststellen* verifieerbaar is.
Onder meer met het oog op de uitkeringsvolume-beperkende maatregelen van de overheid sinds de invoering van de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) in 1993, is dat vereiste ook logisch. Het accepteren van een niet verifieerbare onderzoeksmethode (bijvoorbeeld aurameting of het visueel waarnemen van energieblokkades in het lichaam) zou immers willekeur in de hand werken en daarmee het rechtszekerheid- en rechtsgelijkheidsbeginsel ondermijnen. Het toetsen van klachten aan de CDC-94-criteria is weliswaar een verifieerbare onderzoeksmethode, maar deze is enkel gebaseerd op het klachtenverhaal van betrokkene. Daarmee voldoet deze wijze van vaststellen niet aan het objectiveringsvereiste[10].

Van onvoldoende objectivering is naar vaste rechtspraak onder meer sprake:
- als de conclusie van de deskundige uitsluitend is gebaseerd op de klachten van betrokkene (RSV 1995/42; RSV 1996/162);
- als de CVS-klachten voldoen aan de daarvoor opgestelde internationale criteria (RSV 1999/7);
- verwezen wordt naar het feit dat de diagnose CVS is opgenomen in de ziekte classificatie van de World Health Organisation (RSV 1999/162);
- als de klachten al jaren bestaan (RSV 1999/7);
- als het klachtenverhaal reëel en consistent is (CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732 en RSV 1996/162);
- als de artsen, die betrokkene hebben onderzocht, hebben geconstateerd dat geen sprake is van simulatie (RVS 1999/7);
- als uit het dagverhaal blijkt dat betrokkene op grond van haar aandoening CVS met een energieprobleem kampt (RSV 1999/7);
- als de door betrokkene gestelde klachten voldoen aan de criteria voor de diagnose CVS volgens de definitie van het Diagnostisch Kompas 2003 (CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732);
- als arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen slechts op grond van betrokkenes aangifte van vermoeidheidsklachten en de daardoor ondervonden beperkingen in lichamelijk en sociaal functioneren (RSV 1996/162).

In de jurisprudentie van de Raad is tot uitdrukking gebracht dat in bijzondere gevallen kan worden aangenomen dat klachten een uiting kunnen zijn van ziekte of gebrek (stoornis) ook al is niet geheel en al duidelijk aan welke ziekte het onvermogen om arbeid te verrichten valt toe te schrijven.

In die gevallen wordt ook wel gesproken van moeilijk objectiveerbare aandoeningen.
In die bijzondere gevallen stelt de Raad dan wel als (minimum-)eis dat bij (de door de rechter benoemde) onafhankelijke medische deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde opvatting bestaat dat ongeschiktheid voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of gebrek de onduidelijkheid valt toe te schrijven, of indien zij zelfs tot zekere hoogte verschillen omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling niet zonder meer geheel kan worden uitgesloten.
De CRvB is in zijn jurisprudentie niet snel geneigd om een uitzondering aan te nemen. Sinds de CRvB in 1986 voor het eerst een uitzondering aannam (het zogenaamde Oerarrest) heeft hij voor zover bekend slechts in enkele gevallen een uitzondering aangenomen[11].
De uitzonderingsjurisprudentie van de CRvB maakt duidelijk dat het gaat om gevallen waar een aantal gerenommeerde medische specialisten met gebruikmaking van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden tot het oordeel is gekomen, hoewel dat niet substantieel kan worden gemaakt, dat er wel degelijk sprake is van onvermogen als gevolg van ziekte of gebrek. Doorslaggevend daarbij is steeds dat de deskundigen hebben voldaan aan het objectiveringsvereiste.

Het eerder vermelde betekent overigens niet dat de verzekeringsarts bij de claimbeoordeling kan volstaan met de mededeling dat hij de uitgangspunten van het protocol CVS niet volgt, omdat die uitgangspunten strijdig zijn met de in het Schattingsbesluit neergelegde objectiveringseis[12].
Uit art. 3 en 4 van het Schattingsbesluit volgt immers dat de verzekeringsarts zich een medisch verantwoorde opvatting vormt op de vraag of de gestelde klachten als uiting van ziekte of gebrek aangemerkt kunnen worden. Per individueel geval moet dit worden beoordeeld aan de hand van alle medische en feitelijke gegevens in onderling verband beschouwd[13].

Conclusie

Uit de vergelijking van het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit volgt dat in het protocol ten onrechte wordt gesteld dat CVS klachten als stoornis opgevat kunnen worden als deze voldoen aan de CDC-94-criteria.
Uit de vergelijking blijkt tevens dat het protocol ten onrechte stelt dat sprake is arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten als de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria is gesteld en betrokkene tevens beperkingen en participatieproblemen rapporteert.

Het verschil tussen het protocol CVS en de vaste rechtspraak en het Schattingsbesluit, zit in de wijze waarop een stoornis c.q. ziekte vastgesteld dient te worden. Volgens het protocol zijn CVS-klachten een uiting van een stoornis als deze voldoen aan de casusdefinitie van CVS, de CDC-94-criteria.
Omdat op grond van de CDC-94-criteria de diagnose CVS gesteld kan worden louter en alleen op grond van de door een betrokkene gestelde klachten, voldoet deze onderzoeksmethode niet aan het objectiveringsvereiste.

Aanbeveling

Ten aanzien van de eerste taak van verzekeringsartsen bij de claimbeoordeling (in het kader van de Ziektewet/WAO/WIA/WAJONG/WAZ) - namelijk het beantwoorden van de vraag of de door betrokkene verwoorde klachten en beperkingen een uiting zijn van ziekte op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten - is het protocol geen ondersteuning, maar juist een beperking.

De commissie van het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS zou er daarom goed aan doen om in de eerste herziening van het protocol expliciet de koppeling te maken met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit ten aanzien van het CVS.

Literatuur

1. Uitnodiging voor de NVVG Voorjaarsledenvergadering van 22 april 2009.
2. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/12.
3. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000.
4. K. Fukuda, S. E. Straus, I. Hickie, M.C. Sharpe, J.G. Dobbins, A. Komaroff. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. The Chronic Fatigue Syndrome : A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. Annals of Internal Medicine, Vol. 121, December 15, 1994, pp. 953-959).
5. CRvB 3 april 2009, LJN BI0056.
6. Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten. 31 januari 2006, Stcrt. 2006, 33.
7. B.M. Carruthers, A.K. Jain, K.L. De Meirleir, D.L. Peterson, N.G. Klimas, A.M. Lerner, A.C. Bested, P. Flor-Henry, J. Pradip, A.C.P. Powles, J.A. Sherkey, M.I. Van de Sande. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome : Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols.
   A Consensus Document. Journal of Chronic Fatigue Syndrome, Vol. 11 (1), 2003, pp 7-115.
8. Zie de betekenis van invalidering: van Dale Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal 13e uitgave 1999.

9. Een stoornis wordt in medische kringen en het Schattingsbesluit opgevat als een vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie. Een stoornis is niet hetzelfde als een ziekte. Een stoornis is een uiting van ziekte (in de medische betekenis van dit woord) c.q. een manifestatie van de onderliggende pathologie.
10. Over het objectiveringsvereiste zie onder meer: RSV 1996/42; CRvB 4 juli 1997, LJN AA8502; RSV 1999/162; CRvB 15 maart 2005, LJN AT2406; CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732; CRvB 10 november 2006, LJN AZ 3375; CRvB 8 juni 2007, LJN BA7131 en CRvB 8 augustus 2000, 97/7292 AAW, RSV nr. 2000/206 met aantekening van A.J.V. Bockting.
11. Zie bijvoorbeeld: RSV 1986/201; RSV 1996/161; RSV 2000/226; USZ 2001/3.
12. Rechtbank Zutphen 24 juni 2009, LJN BJ0693.
13. Noot van mr. A.V.J. Bockting bij CRvB 16 augustus 2000, 98/151 AAW/WAO, RSV 2000/ 229.

Column medisch tuchtrecht

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam vonnis 1 oktober 1990

Mocht de medisch adviseur (hierna: MA) de diagnose verklappen?

Klager K. heeft bij maatschappij A. een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. In de polisvoorwaarden (art. 16) staat dat geen uitkering wordt verleend terzake van ongeval en/of arbeidsongeschiktheid welke is ontstaan, bevorderd of verergerd door overmatig gebruik van alcohol c.q. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift.
Klager meldde zich ziek en kreeg het verzoek zich te laten keuren. De keuringsarts vermeldde in zijn rapport: "fors gestoorde leverfunctie – eiwitspectrum ten gevolge van hepatitis alcoholica".

MA heeft met machtiging van K. inlichtingen opgevraagd bij zijn huisarts. Die berichtte: "32-jarige man, fobische premorbide persoonstructuur, onder werkdruk gedecompenseerd en door alcohol gecompliceerd ziektebeeld. Na staken alcohol snel herstel van leverfuncties. Verwezen naar psycholoog".

Naar aanleiding van dit bericht heeft de MA zijn maatschappij geadviseerd geen uitkering te verstrekken omdat klagers arbeidsongeschiktheid was ontstaan door overmatig alcoholgebruik. De maatschappij berichtte aan de verzekeringstussenpersoon van K. dat ze niet tot uitkering zou overgaan, omdat: "... onze MA van mening is dat de gezondheidsklachten van K. zijn ontstaan en bevorderd door overmatig gebruik van alcohol."

Hierover klaagt K.: "dat de MA onzorgvuldig jegens hem heeft gehandeld door zonder voldoende onderzoek tot een diagnose te komen en zijn geheimhoudingsverplichting jegens hem heeft geschonden door inlichtingen over hem aan A. te verstrekken."

Het college oordeelde allereerst dat de MA voldoende informatie had ontvangen om tot zijn diagnose te komen, daarvoor hoefde hij geen nader onderzoek te doen. Het college betreurt dat de MA zich hier in zijn mededelingen naar anderen niet heeft beperkt tot de opmerking dat zich hier één van de situaties van art. 16 van de polisvoorwaarden voordeed, maar precies heeft aangegeven welke uitsluitingsgrond in casu van toepassing was. Het enkel doorgeven van de diagnose rechtvaardigt echter geen tuchtrechtelijke maatregel. Dat A. vervolgens de diagnose bericht aan de tussenpersoon kan aan MA niet verweten worden.
De klacht wordt afgewezen.

Noot JWB
De MA kruipt hier door het oog van de naald. Als hij deze gevoelige diagnose niet had prijsgegeven (en daar draait het toch om bij het medisch geheim), dan was de brief naar de tussenpersoon niet zo compromitterend geweest. Zou de huisarts met patiënt overlegd hebben welke diagnoses hij doorgaf?

JWB

Colofon

GAVscoop
Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken

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
F.S.L. Schmidt
M.L.A. Schotel (secretaris)
Mw. G.A. van Strien
K. de Wilde (hoofdredacteur)

Redactieadres
Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek
p/a Busselterweg 13
7973 KN Darp
email: GAVscoop@GAVscoop.nl
internet: http://www.GAVscoop.nl

Uitgave
Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Druk/Lay-out
HieroSign, grafisch servicebureau, 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 rekeningnummer 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

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

2010

28 januari	**KAMG:** Congres: 50 jaar sociale geneeskunde Locatie: Domus medicus, Utrecht Kosten: niet-leden € 175,- Info en opgave: www.kamg.nl
4 februari	**Kring NoordNederland**: Studiedag. Info: volgt.
7 - 10 februari	**ICLAM:** XXIIIe Congres Locatie: Kaapstad, Zuid-Afrika Inlichtingen: www.iclam.org
9 maart	**GAV**: Ledenvergadering. Info: volgt.