

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 15, nummer 3, december 2011

Van de redactie	58
Van het bestuur	58
GAV-lustrum 29 september 2011 <i>Verslag K.H. Harmsma</i>	59
GAVscoop, 15 jaar <i>N.W.M. van Cappellen-de Graaf</i>	61
Opiniecolumn GASTscoop: Verzekeringen: een slecht imago <i>S. Knepper</i>	63
Diploma-uitreiking RGA's <i>M. Tolsma-Piegza</i>	64
De variabelen van de bloeddrukmeting <i>J.G. Woudstra</i>	65
Whiplash revisited <i>E.M.H. van den Doel</i>	69
Basiscursus Mortaliteitsanalyse <i>Verslag G.A. van Strien</i>	75
Voor u gelezen <i>Successen van preventie</i> <i>S. Knepper</i>	75
<i>Diepteanalyse naar toepassing Gedragscode Behandeling Letselschade</i> <i>T. Ostendorf</i>	76
Sociale arbeidsongeschiktheidsverzekeringen medio 2011 <i>S. Knepper</i>	78
Agenda	80
Colofon	80

Van de redactie

Nomen est Omen

Vanuit de redactie, die juist op 26 september haar 15e verjaardag vierde, lijkt het goed om nog eens stil te staan bij de naamgeving van haar particuliere geesteskind.

Tijdens de redactievergadering bij Levob op 20 augustus 1997 vond niet alleen de eerste bestuurswisseling plaats, ook werd die dag de naam gekozen voor het op dat moment nog tijdschrift i.s.n. Van het twintigtal door de redactieleden na een zomerlang nadenken voorgestelde namen zijn meerdere het memoreren meer dan waard.

Geïnspireerd op de drie al decennialang gezichts-bepalende letters GAV werd nagenoeg de helft van de namen hierop gebaseerd: GAaV, GAVer, De (GAV)wijzer, GAV-line, Gavisie en zelfs het GAVveltje en, opnieuw, GAV-Bulletin.

Meer medisch waren namen als Mediprudentia, het NTV Verzekeringsgeneeskunde, NTV Particulieren, Tijdschrift voor particuliere geneeskunde respectievelijk NTV Geneeskundig Adviseurs, 't Magazine en natuurlijk 'Ons Orgaan'.

Als te verzekeringsachtig werden geduid: (Het) Advies, De Raadgever, De Advies Wijzer en Advisie. Snel was ook de naam TGV uit het beeld verdwenen.

De meeste stemmen zouden gelden en Mediprudentia, dat de meeste stemmen vergaarde, leek daarmee de voorbestemde naam voor het spoedig verschijnende blad. Toch werd door de acht leden van de redactie, bijgestaan door de medisch secretaresse Door van ons huidige erelid Kees, uit de ingezonden voorstellen en voorkeuren voor het blad gekozen voor 'GAVscoop', met als subtitel 'tijdschrift voor geneeskundig adviseurs bij verzekeringsmaatschappijen'. GAVscoop werd gezien als de meest aansprekende en serieuze naam voor het nieuwe blad. Bovendien een naam met een knipoog naar het meest gebruikte instrument tijdens onze eerdere carrière als curatieve dokter.

De opvolger van het GAV-Bulletin zag in november 1997 als jaargang 1 nummer 1 het levenslicht.

Nu, bij het verschijnen van de 46e uitgave, kan geconstateerd worden dat de GAVscoop een gevestigde naam is geworden en bijgedragen heeft aan de verdere professionalisering van ons officium nobile in het particuliere veld. Dit nomen is geworden tot het omen, het voorteken, als papieren boegbeeld van de in rap tempo digitaliserende wereld van en voor de medisch adviseur.

Nadat gedurende een jaar het concept als N.N. door de redactie uitgewerkt was kreeg ons blad zo haar naam, met een heus ISSN-nummer.

In die naam kwam ook de verhouding, met een zekere mate van zelfstandigheid, van de Stichting tot de GAV terug. Want zoals op die memorabele septemberdag in 1997 verder werd genotuleerd: "Een vereniging, zoals de GAV, heeft leden, een blad heeft lezers".

Moge GAVscoop nog tot in lengte van jaren dienen als bindmiddel en platform voor de GAV en haar leden.

Menno Schotel

Van het bestuur

"Jij bent echt geen prater" zegt mijn vrouw me met enige regelmaat als ze via via iets hoort dat ik niet verteld heb omdat ik het zo vanzelfsprekend of triviaal vond dat het het vertellen niet waard was. Mijn eerste gevoel bij het idee een 'Van het bestuur' te verzorgen was dan ook: "Heb ik dan iets te melden na twee weken in het bestuur, waarvan één vakantieweek?"

Toch zijn er dingen waarvan ik vind dat ze niet vanzelfsprekend zijn en waar dus best even bij stilgestaan mag worden.

Ten eerste natuurlijk GAVscoop zelf. We gaan er al te makkelijk vanuit dat GAVscoop 'gewoon' verschijnt, maar zo maar gewoon is dat niet. Ik heb grote bewondering voor de redactie van GAVscoop en de auteurs van de diverse artikelen, die ook dit keer weer een bijzonder interessant tijdschrift verzorgd hebben. Een redactie van actieve GAV-leden bedenkt, zoekt, vergaart, selecteert, spoort aan, rappelleert en corrigeert. Een enorme klus, waar ik als nieuwkomer in het bestuur graag op deze plek een waardierend woord over uitspreek!

Ten tweede wil ik even terugkomen op het pleidooi van de voorzitter in het juli-nummer om meer "JA" te zeggen. Zij schreef dit met name in verband met de opvolging van Max Hendriks, de toenmalige secretaris. Omdat er indertijd nog geen kandidaten waren voor het GAV-secretariaat sloot ze af met de woorden: "Zeg maar nee, want dan krijg je er twee ..."

Het doet me genoegen u te kunnen melden dat die voorspelling is uitgekomen. Voor diegenen die de ALV van 11 oktober jl. gemist hebben: ik heb "JA" gezegd en mij bereid verklaard het GAV-secretariaat te gaan beheren. Aangezien echter diverse omstandigheden niet toelaten dat ik nu direct het volledige secretariaat overneem, zal Marjan Erkamp voorlopig een deel waarnemen. Niet één secretaris dus, maar twee.

Rogier Dick
(‘aspirant’-)secretaris GAV-bestuur

GAV-lustrum 29 september 2011

Verslag K.H. Harmsma



Het leek een mooie dag te worden, die vrijdag de 30e september 2011, de dag waarop de GAV haar 22e lustrum vierde. De zon scheen, de temperatuur was aangenaam en de locatie Congresshotel Mooirivier was werkelijk schitterend. Midden in de natuur met prachtig uitzicht op de Vecht. Het hotel zelf was modern (verbouwd), goed geoutilleerd en met een voortreffelijke organisatie (mevrouw Bettineke Boezelmans) en prettige bediening. En het wérd een mooie dag. Vanaf 9.00 uur konden de GAV-leden en hun partners (in totaal meer dan 110 personen) zich inschrijven. Zij werden voorzien van een programma-boekje, een deelnemerslijst, een evaluatieformulier en uiteraard koffie of thee.



Na een kort openingswoord van de voorzitter van de GAV Astrid Blaauw en de dagvoorzitter prof. Visser kwam prof. Van Lieburg als eerste spreker met een enthousiaste lezing over 'Water in de geschiedenis van de Geneeskunde'. Het begrip water werd ruim genomen, van oedeem tot ascites en van vruchtwater tot urine. Collega Van Lieburg nam ons in zijn boeiend betoog mee door de eeuwen heen en oogstte een enthousiast applaus.

Hierna kwam prof. Dequeker, emeritus hoogleraar reumatologie aan het woord. Hij was in alle vroegte afgereisd uit Leuven. Zijn lezing ging over het diagnosticeren van ziektes in de schilderkunst. Verschillende portretschilderingen werden geanalyseerd en door goed kijken en redeneren van een diagnose voorzien. Zijn lezing was niet alleen zeer boeiend maar ook zeer leerzaam omdat bleek dat door goed kijken met klinische blik vaak al een (waarschijnlijkheids-) diagnose te stellen is zonder laboratorium, CT-scan etc. Ook prof. Dequeker oogstte veel applaus na afloop van zijn lezing. Hij is overigens auteur van een zeer fraai en interessant boek over dit onderwerp, dat in de boekhandel verkrijgbaar is.



Na dit zeer geslaagde, ook voor onze partners interessante programma, was het tijd voor de lunch. Deze was uitstekend verzorgd met belegde broodjes en zelfs 'goudgele jongens' (koosnaam onder medisch adviseurs voor kroketten). Men kon zich nu ook aanmelden voor de hotelkamer waar een verrassing klaar lag die door velen zeer gewaardeerd werd. Een blijvende herinnering aan het lustrum met het thema water.



Na de lunch die door vrijwel iedereen genuttigd werd op de terrassen en in de fraaie tuin van hotel Mooirivier begon het wetenschappelijk middagprogramma. De partners die zich daarvoor hadden aangemeld konden 's middags deelnemen aan een boottocht op de Vecht of een koffiemanifestatie. Ook het middagprogramma was boeiend en van hoog gehalte.

Geopend werd door prof. Swinkels, hoogleraar psychiatrie in Amsterdam, met een zeer interessante lezing getiteld 'Wat beïnvloedt de koers'. In zijn boeiend betoog legde hij de nadruk op vroegtijdige behandeling van al dan niet ingebeelde psychische klachten, zodat geen 'hard wire' kon ontstaan die niet meer te verwijderen was.

Vervolgens legde de heer Wilke ons uit hoe zijn maatschappij Hannover Life Re met gebruik van digitale technieken het acceptatieproces wist te vereenvoudigen en te versnellen.

Na een korte pauze besloot nefroloog Ablij de middag met een lezing over nierziekten, diagnose, behandeling en de verschillende indicaties voor dialyse en/of transplantatie. Hiermee werd het symposium, dat met strakke doch vriendelijke hand werd geleid door collega Visser, besloten.

Er was voldoende tijd om na te praten, zich op te frissen en te verkleden voor het aperitief en het diner dat om 20.00 uur begon.

Over het diner kan ik kort zijn. Het op het oog eenvoudige menu bleek voortreffelijk, evenals het wijnarrangement en de bediening. Het was zó gezellig, mede dankzij de 'voortekening' op de verschillende tafels, dat de Memory Lane er bijna bij inschoot. Onder begeleidende zang en muziek van Monique Tolsma en Jan Buitenhuis werden vele foto's uit het verleden en heden vertoond, waarop verschillende leden en oud-leden van de GAV in veelal uitbundige stemming te zien waren.

Hierna begaf men zich naar het Grand Café waar het lustrum werd besloten met een spetterend feest tot diep in de nacht (nou ja, tot 01.00 uur). Tevoren was de stemming al tot een hoogtepunt gestegen door een enthousiaste toespraak van onze voorzitter Astrid die tot haar vreugde constateerde dat de GAV dankzij de inzet van haar leden is uitgegroeid tot een volwassen vereniging waarin ieder zich goed thuis kan voelen.



Daarna liet de dj van zich horen met aanstekelijke muziek die vooral bij de jonge garde in de smaak viel. Hij liet zich met moeite overreden muziek uit de jaren '60 en '70 te draaien, maar het naastgelegen terras met overvloedige drankjes en hapjes maakte veel goed, zodat iedereen tevreden was en wij kunnen terugkijken op een leuk slotfeest en een geslaagd 22e lustrum van de GAV.

Niet onvermeld mag blijven dat dit geslaagde lustrum, met voor de GAV-leden bijna vooroorlogse kosten, voor een groot deel ook geslaagd is dankzij onze sponsors. De lustrumcommissie heeft veel positieve reacties gekregen en rekt erop dat bij het 23e lustrum de opkomst nog groter zal zijn.

GAVscoop, 15 jaar

N.W.M. van Cappellen-de Graaf

Niet alleen de GAV had dit jaar iets te vieren, ook GAVscoop heeft een lustrum. Zij het dat 110 jaar net iets meer is dan 15 jaar. Maar beide leeftijden zijn prijzenswaard, ieder in een andere context. Ik wil hierbij dan ook stilstaan bij de geschiedenis van GAVscoop en het GAV-bulletin, het tijdschrift dat daaraan vooraf ging. Een en ander werd in het kort ook al beschreven in het artikel van Kees de Wilde in het jubileumnummer '10 jaar GAVscoop' van oktober 2006.

Het startsein tot het eerste GAV-bulletin, dat in 1984 uitkwam, was een discussienota van het toenmalige bestuurslid Jan Kappers dat er binnen de GAV behoefte ontstond om een eigen blad uit te geven. Phons Schröder vormde jarenlang in zijn eentje de redactie maar - wat een luxe! - de lay-out en de verzending werden door het Verbond van Verzekeraars verzorgd. Pas in 1992 kwamen er redactieleden bij om Phons te ondersteunen.

Opvallend is dat hij, vanaf de eerste uitgave, moeite had om voldoende kopij te verzamelen. Herhaaldelijk roept hij de GAV-leden op om mee te denken over kopij, zelf te schrijven of anderen daartoe aan te zetten. Helaas geldt dit na 27 jaar nog steeds: het kost heel veel energie om het tijdschrift een aantal malen per jaar te vullen, het zou heel prettig zijn als de redactie daarvoor wat steun van anderen zou krijgen.

Maar terug naar Phons. In 1996 - tijdens het voorzitterschap van Huib van der Giessen - werd de gedachte steeds sterker dat het tijdschrift professioneler moest worden vanwege de veranderende tijden. Dit resulteerde in een vergadering op 26 september 1996 waarbij de Stichting tot Bevordering van Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek nieuw leven werd ingeblazen.

Het doel van de SBVO was drieledig: het initiëren, begeleiden en publiceren van wetenschappelijk onderzoek, het medeverantwoordelijk zijn voor het wetenschappelijk deel van de ledenvergaderingen van de GAV en het uitgeven van een verenigingsblad. Al bij de eerste vergadering werd besloten om prioriteiten te stellen en zich vooral bezig te houden met het verenigingsblad.

Daarmee kwam een einde aan het GAV-bulletin. In het laatste nummer, van december 1996, schreef Phons een afscheids'brief' waarin hij de nieuwe redactie veel succes wenste.

Niet gehinderd door enige ervaring - zoals Kees de Wilde schreef - lukte het de nieuwe redactie een eerste nummer uit te geven in november 1997. Zoals elders in deze GAVscoop te lezen is heeft het nogal wat voeten in aarde gehad om tot die naam te komen.

Dit eerste nummer werd tijdens de ledenvergadering van 27 november 1997 door de GAV-voorzitter, Peter Goddijn, gepresenteerd.

Het jaar 1997 was ook het jaar waarin de verenigingsregistratie tot stand kwam, waarmee de kwaliteit van geneeskundig adviseurs bij verzekeringsmaatschappijen vastgelegd werd en de noodzaak om die te bewaken. GAVscoop kon daaraan een belangrijke bijdrage gaan leveren, aldus Peter.

Sindsdien is GAVscoop in het algemeen driemaal per jaar uitgekomen, een enkele keer viermaal. Ook waren er twee themanummers: het jubileumnummer in oktober 2006 en het themanummer medisch tuchtrecht in juli 2010.

In de loop van de tijd is het tijdschrift geëvolueerd, professioneler geworden. Niet alleen door de ervaring van de redactieleden maar ook door voortschrijdende technische mogelijkheden.

De lay-out is aan de eisen van de tijd aangepast en soms worden er enkele pagina's in kleur uitgevoerd. Naast het uitgeven van GAVscoop heeft de SBVO zich toch ook bezighouden met andere wetenschappelijke doelen.

In april 1999 werd zij door de GAV benaderd om een sprekerscommissie in te stellen ten behoeve van het GAV-lustrum van 2001. Aan dat verzoek heeft de Stichting met plezier gehoor gegeven, resulterend in een uitstekend wetenschappelijk programma met onder andere Dr. Renckens en de hoogleraren Spielman, Van Lieburg en Van Ommen.

Een ander onderwerp waar de SBVO zich mee bezig gehouden heeft is het opstellen van de criteria voor de Dr. Evert Boschprijs, die inmiddels driemaal uitgelooft is. De laatste maal aan een van haar redactieleden, mooier kan het niet!

GAVscoop heeft sinds 2006 een eigen website, aanvankelijk beheerd door Kees de Wilde (ja, ook dat nog) en sinds zijn vertrek eind 2010 door Frits Schmidt.



September 2011

Het is opmerkelijk dat de samenstelling van de redactie in al die jaren heel weinig wisselingen heeft ondergaan, hetgeen te danken is aan de prettige onderlinge verhoudingen en het enthousiasme waarmee altijd gewerkt wordt. Helaas heeft juist het afgelopen jaar een substantieel deel van de 'werkers van het eerste uur of bijna eerste uur' afscheid genomen of is voornemens dat op korte termijn te doen, zoals Kees de Wilde, Wim Fontein, Menno Schotel en Juul Meulenkamp. Gelukkig blijven er enthousiaste leden over, hoewel versterking nog steeds toegejuicht wordt. Tekenend voor de goede onderlinge sfeer is het jaarlijkse 'GAVscoopuitje' dat al sinds 1996 in ere gehouden wordt.

Wim Schuwirth met zijn vooruitziende en scherpe blik schreef in oktober 2006 al in het jubileumnummer: "Ik voorspel u dat onze vereniging er over vijf jaar fundamenteel anders uit zal zien dan in het decennium dat achter ons ligt. Met nimmer aflatende inspanning streven we naar de status van een erkende specialisatie. Thans wordt het fundament gelegd voor een nieuwe opleiding tot verzekeringsarts, die zowel het publieke als het private terrein omvat. Een ieder die wetenschappelijke inzichten voor het voetlicht wil brengen kan die bij de redactie inleveren. Het is een blad van hoog wetenschappelijk gehalte geworden. We kunnen er trots op zijn."

En dat laatste geldt nog steeds.

GASTscoop

Verzekeringen: een slecht imago

Door de ogen van ...
S. Knepper



Je kunt op een feestje beter niet zeggen dat je voor een verzekeraar werkt. Laatst kreeg ik onomwonden te horen dat dit criminele organisaties zijn die hun zakken gretig spekken met premies, maar niet thuis geven als het op betalen aankomt. Menig verzekerde reageert precies zo op slecht nieuws. Net als de roker is de verzekeraar een vrijplaats waar mensen al hun in het leven opgehoopte agressie risicoloos kunnen spuwen. Dat negatieve imago straalt op iedereen af die voor verzekeraars werkt, maar in het bijzonder op medisch adviseurs en verzekeringsartsen. Zij horen mensen immers te helpen. Een schrale troost is dat de sociale verzekeraar er niet beter afkomt, zij het meer vanwege het odium van logge bureaucratie dan van winstbejag. Maar sommigen zien het kwaad alleen in de particuliere verzekeringen. Een vooraanstaand bestuurder van een vakbond presteerde het onlangs verzekeraars ervan te beschuldigen arbeidsongeschikten af te schepen door hun werk voor te houden dat zij alleen in theorie kunnen doen. Zijn eigen organisatie heeft die constructie jaren geleden voor de sociale verzekering helpen bedenken om uitkeringen te beperken. Een goed geheugen is in sommige beroepen alleen maar een handicap.

De vakbond reageerde op een lezenswaardig rapport van de AFM - de Autoriteit Financiële Markten - over arbeidsongeschiktheidsverzekeringen: *Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen, AFM wijst verzekeraars op gebreken arbeidsongeschiktheid-verzekeringen, AFM Amsterdam, juni 2011*. Daaruit blijkt dat maar ongeveer de helft van alle zelfstandigen is verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. Velen ervaren die verzekering als (te) duur. De AFM deed hier onderzoek naar bij negen verzekeraars. De verzekeraars blijken 'dankzij' ICT-technologie zelf niet te weten welk deel van de premie uitgekeerd wordt aan schade, vermoedelijk 60-70%. Nog eens ongeveer 18% gaat naar provisie voor adviseurs, de rest bestaat uit kosten en marge.

De resultaten staan onder druk door toenemende schade vanwege de economische crisis en tegenvallende beleggingen. Constructies om klanten

met een wel betaalbare premie binnen te halen - zogenoemde budget-aov's - leiden tot paradoxale verzekeringsvormen. Bijvoorbeeld categorale uitsluiting van psychische stoornissen bij stressvolle beroepen, uitsluitingen van kanker bij verzekeringen tegen gevolgen van ernstige ziekten, of zulke hoge drempels dat het zelden tot uitkering zal komen. De AFM vindt het niet meer van deze tijd om psychische stoornissen uit te sluiten. Verzekeraars blijken veel waarde te hechten aan een zorgvuldige afhandeling van claims. Maar zij stellen geen eisen aan de kwaliteit van de deskundigen die zij daarvoor inschakelen. Het proces prevaleert boven kwaliteit, verzekeraars hebben voornamelijk oog voor snelheid van rapporteren. De AFM ontwaart 'perverse prikkels' bij adviseurs die vanwege de provisie in verleiding gebracht worden te dure of onnodige verzekeringen te verkopen. Verzekeraars nemen nauwelijks verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van deze adviseurs. Geen van hun brochures vermeldt alle kenmerken van de verzekering correct, ook de polisvoorwaarden zelf zijn vaak onduidelijk door gebruik van vage termen en jargon. De belangrijkste conclusie is dat de verzekeraars hun informatieverstrekking aan klanten moeten verbeteren, zodat daar geen verkeerde verwachtingen gewekt worden.

Het Verbond van Verzekeraars liet weten dat het zich herkent in de hoofdconclusie van het rapport dat er geen tekortkomingen zijn gebleken bij het vaststellen en betalen van uitkeringen. Met de beste wil ter wereld valt niet te lezen dat dit de hoofdconclusie was. Maar waarschijnlijk zou het bestuur van uitkeringsfabriek UWV net zo reageren.

Er zijn meer overeenkomsten met de sociale verzekering. Die polisvoorwaarden zijn een vernuftig compromis tussen verdelende rechtvaardigheid (dominee) en zuinigheid (koopman). Dit resulteert in complexe aanspraken op uitkering die alleen specialisten doorgronden. Een brochure met alle fitnesses zou de omvang van een statenbijbel krijgen. Maar het scheelt natuurlijk wel dat de 'klant' niet hoeft in te stemmen omdat de verzekering verplicht is. Bij de uitvoering prevaleert het proces ("tijd is ook kwaliteit", "een sesje is genoeg"). Kort geleden verdween een ICT-project van tientallen miljoenen in de prullenbak inclusief alle beloften over inzicht en beheersbaarheid. Wellicht zou de AFM eens kunnen narekenen welk aandeel van de premie daadwerkelijk aan uitkeringen wordt besteed. Zou de 70% gehaald worden?

Het blijft nog wel even tobben met het imago van verzekeringen, waarin veel aspecten van het menselijk tekort samen lijken te vallen. Laat dat het plezier in ons moeilijke maar boeiende vak niet vergallen.

Erratum

In GAVscoop 2 van 2011 is helaas een storende fout geslopen: als schrijver van GASTscoop op pagina 34 wordt H. Reinders vermeld. Dit moet J. Bronsema zijn.

Diploma-uitreiking RGA's

M. Tolsma-Piegza

In het najaar van 2010 ging de laatste opleiding tot RGA van start. Inmiddels heeft bijna de gehele groep deelnemers deze met succes afgerond. Helaas was er één uitvaller. Eén cursist hoopt de opleiding dit jaar alsnog af te ronden. Tijdens de ledenvergadering werden de aanwezige kersverse RGA's even in het zonnetje gezet en verrast met een presentje.



Van links naar rechts: Dennis van der Heijden, Monique Tolsma, Paul Draaijer, (Carlien Hutchinson, onderwijscommissie), Laurens Jan Buisman, Marije van der Spek, Alma Hermans, Jessika Pietersen en Sandra Tan.

De variabelen van de bloeddrukmeting

J.G. Woudstra

Bloeddrukmeten luistert zeer nauw. Het percentage onjuiste metingen is hoog en meerdere variabelen hebben hun weerslag op de correcte uitkomst. Lichamelijke activiteit, houding, positie maar ook psychische factoren spelen een belangrijke rol. Naast nationale richtlijnen behoeven ook internationale richtlijnen meer aandacht om de diagnose hypertensie te kunnen vaststellen.

De Nederlandse richtlijnen van het NHG en het CBO voor de juiste manier van bloeddrukmeten werden geraadpleegd.^{1,2} Aan de hand van deze richtlijnen zijn de volgende variabelen vastgesteld.

1. De invloed van de positie van de arm bij de bloeddrukmeting.
2. De invloed van de houding op de bloeddruk.
3. De invloed van de omvang van de manchet op de bloeddruk.
4. 'Witte jassen hypertensie'.
5. Het bloeddrukverschil tussen de rechter- en linkerarm.
6. Fouten van de waarnemer.
7. Het aantal bloeddrukmetingen.
 - Het aantal bloeddrukmetingen in de tijd.
 - Het aantal bloeddrukmetingen per keer.
8. De invloed van lichamelijke activiteit op de bloeddrukmeting.
9. De invloed van psychische factoren op de bloeddrukmeting.

Met behulp van een zoekactie in PubMed werd zoveel mogelijk wetenschappelijke onderbouwing geselecteerd. De conclusies daarvan worden in dit artikel weergegeven.

1. De invloed van de positie van de arm bij de bloeddrukmeting

De positie van de arm is van belang bij het meten van de bloeddruk. De juiste houding is zittend met de manchet ter hoogte van het midden van het sternum. Ook het ondersteunen van de arm is van belang, maar de invloed hiervan is kleiner. Over de precieze plaats van de manchet rond de bovenarm werden ook na een aanvullende zoekactie geen onderzoeksgegevens

gevonden. De richtlijnen adviseren dat de onderrand van de manchet twee tot drie cm boven het punt van de pulsatie van a. brachialis moet zijn.

2. De invloed van de houding op de bloeddruk

Het advies luidt om bloeddruk te meten bij de zittende persoon. Het is goed dat de onderzoeker zich realiseert dat de houding van grote invloed kan zijn en dat er wat dat betreft grote onderlinge verschillen bestaan tussen personen. De overgang van liggen naar zitten geeft gemiddeld ongeveer 6 tot 8 mm Hg stijging van de systolische bloeddruk.

3. De invloed van de omvang van de manchet op de bloeddruk

Een te kleine manchet kan verschil veroorzaken in de gemeten bloeddrukwaarde: die kan een aantal mm Hg te hoog uitvallen. Een te grote manchet geeft bij dunne armen een te lage tensiewaarde. Om deze reden is in de Europese richtlijnen een advies opgenomen voor drie maten van blaasomvang in de manchetten in navolging van de *British Hypertension Society*.³ In de Nederlandse richtlijnen is dit advies overgenomen.

- Een standaard manchet met een afmeting van de blaas in de manchet van 12x26 cm voor het merendeel van de armen van volwassenen.
- Een grote manchet met een afmeting van de blaas van 12x40 cm voor dikke armen (omvang >33 cm).
- Een kleine manchet met een afmeting van de blaas van 12x18 cm voor dunne armen bij volwassenen en bij kinderen (omvang <23 cm).

Overigens adviseert de *American Heart Association* vier manchetten met andere maten. De manchet moet tenminste 80% van de bovenarm omvatten en niet meer dan 100%.

4. 'Witte jassen hypertensie'

'Witte jassen hypertensie' is de situatie waarbij personen met een normale bloeddruk hypertensie krijgen bij meting door de dokter, maar een normale bloeddruk hebben buiten de medische omgeving.

¹ NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement. November 2006.

² CBO richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement. 2006.

³ O'Brien E, Petrie J, Littler W A, et al. Blood pressure measurement: recommendations of the British Hypertension Society. 3rd edn. 1997.

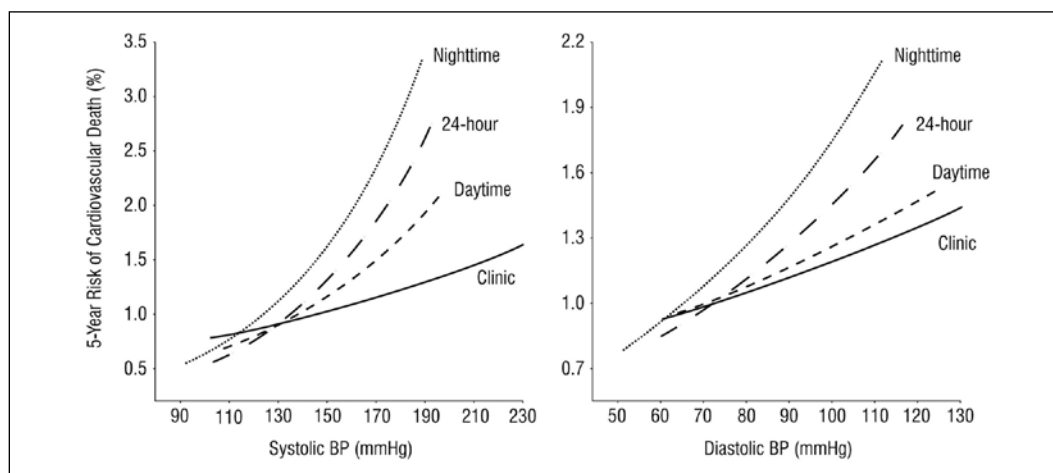
‘Witte jassen hypertensie’ komt frequent voor: naar schatting bij 25% van de personen bij wie met conventionele meting hypertensie wordt vastgesteld. Ambulante 24-uursbloeddrukmeting is een betere voorspeller van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit dan de conventionele bloeddrukmeting. In de literatuur bestaat geen eenduidigheid over de consequenties van ‘witte jassen hypertensie’. Een aantal onderzoeken laat bij ‘witte jassen hypertensie’ geen verhoogd cardiovasculair risico zien en een aantal onderzoeken toont wel een licht verhoogd cardiovasculair risico.

Wat de conclusie ook is, het cardiovasculaire risico bij ‘witte jassen hypertensie’ is veel kleiner dan bij daadwerkelijk aangetoonde hypertensie. Dit pleit voor het vaker inzetten van ambulante 24-uursbloeddrukmeting bij nieuw gediagnosticeerde hypertensie. Dit kan overbehandeling en medicalisering voorkomen. De 24-uursbloeddrukmeting blijkt betrouwbaarder dan de thuis-bloeddrukmeting.

De thuis-bloeddrukmeting lijkt bruikbaar om ‘witte jassen hypertensie’ vast te stellen, maar is minder goed in het voorspellen van het cardiovasculaire risico en daarmee minder bruikbaar voor het diagnosticeren van hypertensie. Voor controle van bloeddrukbehandeling lijkt thuis-bloeddrukmeting goed bruikbaar. Verder onderzoek naar de langetermijnresultaten van thuis-bloeddrukmeting zal meer duidelijkheid moeten verschaffen.⁴⁻¹⁰

5. Het bloeddrukverschil tussen de rechter- en linkerarm

Op dit moment is er te weinig bewijs om in richtlijnen te adviseren over het opsporen van links-rechtsverschillen met behulp van indirecte bloeddrukmetingen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast is niet bekend wat de klinische consequenties zijn van een eventueel gevonden interarmbloeddrukverschil. Praktisch wordt gesteld: is het verschil tussen 10 en 20 mm Hg dan moet bloeddruk aan de arm



Figuur 1

Adjusted 5-year risk of cardiovascular death in the study cohort of 5292 patients for CBPM (eenmalige klinische bloeddrukmeting) and ABPM (24-uurs bloeddrukmeting). Using multiple Cox regression, the relative risk was calculated with adjustment for baseline characteristics including gender, age, presence of diabetes mellitus, history of cardiovascular events, and smoking status. The 5-year risks are expressed as number of deaths per 100 subjects. Bron: Hypertension 2005;46

- 4 Myers MG. Current status of ambulatory blood pressure monitoring. Can J Cardiol. 2004;20:1424-8.
- 5 Omvik P, Gerhardsen G. The Norwegian office-, home-, and ambulatory blood pressure study (NOHA). Blood Press. 2003;12:211-9.
- 6 Cesar CV, Victoria PR, Rogelio TS. Loaned self-measurement equipment model compared with ambulatory blood pressure monitoring. Blood Press Monit. 2003;8:63-70.
- 7 Shimbo D, Pickering TG, Spruill TM, et al. Relative utility of home, ambulatory, and office blood pressure in the prediction of end-organ damage. Am J Hypertens. 2007;20:476-82.
- 8 Staessen JA, Byttebier G, Buntix F, et al. Antihypertensive treatment based on conventional or ambulatory blood pressure measurement. A randomized controlled trial. Ambulatory Blood Pressure Monitoring and Treatment of Hypertension Investigators. JAMA. 1997;278:1065-72.
- 9 Hond ED, Celis H, Fagard R, et al. THOP investigators. Self-measured versus ambulatory blood pressure in the diagnosis of hypertension. J Hypertens. 2003;21:717-22.
- 10 Sergiou GS, Skeva II, Baibas NM, et al. Diagnosis of hypertension using home or ambulatory blood pressure monitoring: comparison with the conventional strategy based on repeated clinic blood pressure measurements. J Hypertens. 2000;18:1745-51.

met de hoogste bloeddruk worden gemeten. Is het bloeddrukverschil bij herhaling groter dan 20 mm Hg dan is het raadzaam om eenmalig te verwijzen naar een vaatspecialist voor verder onderzoek.

6. Fouten van de waarnemer

Fouten van de waarnemer komen frequent voor. De fout van de waarnemer is van beperkte omvang als de meting volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd. Er moet actief worden gezorgd dat deze fout zo klein mogelijk blijft.

Bij de bloeddrukmeting met behulp van auscultatie zorgt het horen van de Korotkoff-tonen voor een extra foutenbron.

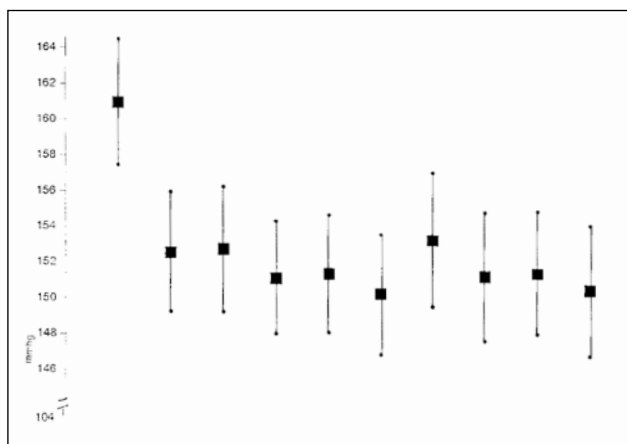
Het gebruik van een automatische bloeddrukmeter neemt een groot deel van de waarnemerfouten weg, maar heeft een aantal andere bezwaren.

Voor het meten van de bloeddruk moeten er duidelijke richtlijnen zijn, die goed bekend zijn bij degene die de bloeddruk meet. De richtlijnen voor het meten van de bloeddruk moeten met regelmaat onder de aandacht worden gebracht. Verder dient het aanbeveling internationaal dezelfde richtlijnen te hanteren.

7. Het aantal bloeddrukmetingen

- *Het aantal bloeddrukmetingen in de tijd*

Hiermee wordt bedoeld: de bloeddrukmeting tijdens verschillende spreekuurcontacten.



Figuur 2

In Maastricht werd door Brueren c.s. onderzoek verricht bij 99 patiënten met een verhoogde systolische of diastolische bloeddruk. Na de eerste meting volgden over een periode van zeven maanden nog negen metingen. Bij de systolische bloeddruk bleek dat er alleen een significant verschil was tussen de eerste en de tweede meting
Bron: Family Practice 1997;14¹¹

Om tot een betrouwbare systolische bloeddrukwaarde te komen in relatie tot het aantal metingen over een bepaalde periode is de tweede meting in de tijd een betrouwbare uitgangswaarde.

- *Het aantal bloeddrukmetingen per keer*

Hiermee wordt bedoeld: de bloeddrukmeting tijdens één spreekuurcontact.

De onderzoeksgroep in Zwolle deed een onderzoek naar de mogelijke verschillen in bloeddruk die gemeten worden tijdens één consult met behulp van verschillende meetmethoden.¹² Bij 223 personen met diabetes mellitus werd de bloeddruk bij iedere patiënt volgens vier methoden bepaald.

- Eén meting.
- Het gemiddelde van de eerste twee metingen, dit is volgens de richtlijn van het NHG.
- Minimaal vier metingen waarvan het gemiddelde van de laatste drie metingen wordt bepaald indien de variatiecoëfficiënt van de laatste drie metingen minder is dan 15%.
- Het gemiddelde van twee aansluitende metingen die maximaal 5 mm Hg van elkaar verschillen.

Er werden significante verschillen gevonden. Hier worden alleen de systolische verschillen weergegeven. Tussen methode A en B: 1,6 mm Hg, tussen B en C: 5,7 mm Hg, tussen B en D: 6,2 mm Hg, tussen A en C: 7,3 mm Hg en tussen A en D: 7,9 mm Hg.

Bij methode D - in het verleden door het CBO geadviseerd - kan bij 43% van de patiënten worden volstaan met twee metingen. Om aan deze richtlijn te voldoen waren gemiddeld drieënhalve metingen nodig.

Bij het gemiddelde van twee bloeddrukmetingen volgens de NHG richtlijn is systolisch ongeveer 6 mm Hg verschil met de methode waarbij het gemiddelde wordt genomen van twee aansluitende metingen die minder dan 5 mm Hg verschillen.

8. De invloed van lichamelijke activiteit op de bloeddrukmeting

Lichamelijke activiteit geeft een stijging van de bloeddruk. Een beperkte mate van activiteit kan een stijging van de bloeddruk veroorzaken van gemiddeld 10 mm Hg systolisch. De invloed van lichamelijke activiteit blijkt per persoon sterk te verschillen. Het advies enige minuten rust te nemen voorafgaand aan de bloeddrukmeting is juist.

¹¹ Brueren MM, Petri H, Weel C van, et al. How many measurements are necessary in diagnosing mild to moderate hypertension? Fam Pract. 1997;14:130-5.

¹² Houweling ST, Kleefstra N, Lutgers HL, et al. Pitfalls in blood pressure measurement in daily practice. Fam Pract. 2006;23:20-7.

9. De invloed van psychische factoren op de bloeddrukmeting

Hoewel weinig artikelen werden geselecteerd waarin de reactie op de bloeddrukmeting als gevolg van psychische belasting werd gekwantificeerd, is het duidelijk dat forse bloeddrukstijgingen kunnen voorkomen op psychische belasting. Er bestaat een gedeeltelijke overlap met het 'witte jassen effect'. In een Deens onderzoek blijkt dat de bloeddrukstijging na belasting op psychische stress na een rustperiode van acht minuten nog niet is genormaliseerd.

Gevalideerde bloeddrukmeter

Een uitgebreide beschouwing van bloeddrukmeters is geen onderwerp van dit artikel. De bloeddrukmeter kan echter wel een belangrijke bron van fouten zijn. Voor de bloeddrukmeting kan worden gebruikgemaakt van een methode met behulp van auscultatie, zoals bij de kwikbloeddrukmeter en de veermanometer. De conventionele kwikbloeddrukmeter verdwijnt uiteindelijk uit de huisartspraktijk, omdat hij in Nederland niet meer mag worden verkocht. De elektronische (semi-)automatische bloeddrukmeters maken gebruik van een oscillometrische techniek waarbij met behulp van een algoritme een systolische en diastolische druk wordt afgeleid. Hierbij is dus sprake van een berekende systolische en diastolische bloeddruk.

Vingerbloeddrukmeters worden afgeraden, polsbloeddrukmeters kennen een grote foutenbron in de positie van de bloeddrukmeter. Bloeddrukmeters om de bovenarm met een juiste maat van de blaas (manchet) verdienen de voorkeur.

Voor alle bloeddrukmeters is het belangrijk dat ze zijn gevalideerd en regelmatig worden geijkt.

Raadpleeg de website van de *Britse Hypertensie Society* voor gevalideerde bloeddrukmeters: www.bhsoc.org.

Conclusies

De positie van de arm is van invloed op de gemeten bloeddruk, de grootte van de afwijking ligt in de orde van 5 tot 10 mm Hg. De houding bij het meten van de bloeddruk is eveneens van belang, verandering van houding kan grote verschillen geven die per individu zeer sterk kunnen wisselen.

De juiste manier van meten is bij de zittende persoon met ondersteunen van de arm waarbij de manchet zich ter hoogte van het midden van het sternum bevindt. De onderrand van de manchet moet twee tot drie cm boven het punt van de pulsatie van a.brachialis zijn.

Ook de grootte van de manchet is van belang. Bij een omvang van de bovenarm > 33 cm moet de manchet worden aangepast.

- Een standaard manchet met een afmeting van de blaas in de manchet van 12x26 cm voor het merendeel van de armen van volwassenen.

- Een grote manchet met een afmeting van de blaas van 12x40 cm voor dikke armen (omvang > 33 cm).
- Een kleine manchet met een afmeting van de blaas van 12x18 cm voor dunne armen bij volwassenen en bij kinderen (omvang < 23 cm).

De manchetten moeten gemakkelijk voorhanden zijn en eenvoudig met aansluitstukjes verwisselbaar zijn. Houd een centimeter bij de hand om de omvang van de bovenarm te meten.

'Witte jassen hypertensie' komt bij ongeveer 25% van de personen voor, bij wie hypertensie wordt gediagnosticeerd. De 24-uursbloeddrukmeting is een goede manier om 'witte jassen hypertensie' op te sporen. De 24-uursbloeddrukmeting is een betere voorspeller van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit dan conventionele bloeddrukmeting en thuis-bloeddrukmeting. Een ruimere toepassing van 24-uursbloeddrukmeting kan onnodige medicalisering en overbehandeling voorkomen.

Thuis-bloeddrukmeting kan worden gebruikt om 'witte jassen hypertensie' op te sporen en voor controle van bloeddrukbehandeling. Thuis-bloeddrukmeting is minder nauwkeurig dan 24-uursbloeddrukmeting.

Het zowel links als rechts meten van de bloeddruk heeft geen meerwaarde.

Fouten van de waarnemer komen frequent voor en vormen een belangrijke bron van onjuiste bloeddrukwaarden. De fouten blijven beperkt als de waarnemer zorgvuldig de richtlijnen volgt. Een automatische bloeddrukmeter beperkt een aantal van deze fouten, maar kent ook weer andere bezwaren.

Wat betreft het aantal metingen in de tijd - tijdens verschillende spreekuurcontacten - kan worden aangenomen dat de tweede meting meestal voldoende betrouwbaar is om als uitgangspunt te dienen. Bij een eenmalige bloeddrukmeting, tijdens één spreekuurcontact, wordt in 29% van de gevallen onterecht hypertensie vastgesteld. De meting volgens de NHG richtlijnen - gemiddelde van de eerste twee metingen - valt gemiddeld ongeveer 6 mm Hg hoger uit dan de meting waarbij het gemiddelde van twee aansluitende metingen met minder dan 5 mm Hg verschil, wordt gehanteerd.

Lichamelijke activiteit geeft een stijging van de bloeddruk. Een beperkte mate van activiteit kan een stijging van de bloeddruk veroorzaken van gemiddeld 10 mm Hg systolisch. De invloed van lichamelijke activiteit blijkt per persoon sterk te verschillen.

Door spanningsfactoren kan de bloeddruk stijgen met 30 mm Hg of zelfs meer, en varieert sterk per individu.

Beschouwing

Er zijn veel factoren die de bloeddruk en bloeddrukmeting beïnvloeden. Zorgverleners moeten zich hiervan bewust zijn. De NHG zou dit vaker onder de aandacht van de beroepsgroep moeten brengen. Een praktijkposter zoals de *British Hypertension Society* aanbiedt zou hieraan kunnen bijdragen.¹³ Periodieke scholing van zorgverleners voor een zo belangrijke praktische medische handeling zou niet meer dan logisch zijn. De bloeddrukmeting waarbij het gemiddelde van twee metingen met minder dan 5 mm Hg verschil wordt gehanteerd is eenvoudig toe te passen en geeft een meer betrouwbare bloeddrukwaarde. Bij nieuw ontdekte hypertensie zou plaats moeten zijn voor aanvullende diagnostiek door middel van 24-uursbloeddrukmeting om de diagnose hypertensie

vast te stellen en 'witte jassen hypertensie' uit te sluiten. Er is beperkt plaats voor thuis-bloeddrukmeting bij uitsluiten van 'witte jassen hypertensie' en bij controle van de bloeddrukbehandeling. Het standpunt dat behandelen van degenen die niet daadwerkelijk hypertensie hebben, ook nog voordelen oplevert, staat haaks op de beleidslijn dat medicalisering en overbehandeling moeten worden voorkomen. Het is belangrijk dat de internationale richtlijnen gelijk zijn en dezelfde methode van bloeddrukmeten wordt gehanteerd. Hypertensie is slechts een van de cardiovasculaire risicofactoren en bepaalt hooguit voor een deel het cardiovasculaire risico. Cardiovasculaire factoren zijn verantwoordelijk voor ongeveer 30% van de totale sterfte.

Whiplash revisited

AMA-6 en de neuroloog: is alles eindelijk opgelost?

*E.M.H. van den Doel**

Inleiding

De diagnose 'whiplash' blijft tot discussie aanleiding geven bij de afwikkeling van letselschade. Algemeen bekend is geworden dat de richtlijnen voor het vaststellen van functieverlies bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) geen mogelijkheid meer bieden tot het vaststellen van een percentage functieverlies bij deze diagnose. In dit artikel wordt besproken of andere richtlijnen, in casu de 6e editie van de richtlijnen van de American Medical Association (AMA-6) deze mogelijkheid wel bieden en op welke wijze hiermee moet worden omgegaan.

Hoe zit het ook alweer met whiplash?

In het algemeen wordt whiplash gebruikt voor klachten die samenhangen met nekpijn na enige vorm van trauma, waarbij geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden die een verklaring geven voor de klachten. Hierbij dient gewaakt te worden voor een Catch-22-

constructie, waarin bij whiplash-achtige klachten niet verder hoeft te worden onderzocht omdat immers toch niets zal worden gevonden, terwijl de definitie juist is dat er na gericht zoeken niets wordt gevonden. Elk geval van nekklachten na een ongeval dient zorgvuldig te worden beoordeeld; bij klachten die een aandoening op neurologisch vakgebied suggereren, zoals uitstralende pijn, gevoelstoornissen, tintelingen, loopproblemen, concentratiestoornissen, hoofdpijn en dubbelzien moet onderzoek door de neuroloog worden gedaan. Er zijn gelukkig voldoende richtlijnen in ons land die een duidelijk handvat bieden bij de evaluatie en behandeling van posttraumatische nekklachten.

Whiplash, of, bij het langer bestaan van de klachten, chronische whiplash, is eigenlijk een merkwaardig begrip waarbij een (verondersteld) ongevalmechanisme als diagnose wordt gebruikt, waarbij dan zelfs van 'whiplashletsel' wordt gesproken, terwijl de essentie nu juist is dat geen letsel wordt gevonden. Het volgende, wellicht wat gechargeerde voorbeeld moge dit illustreren.

¹³ www.bhsoc.org.

* Dr. E.M.H. van den Doel, neuroloog Meander Medisch Centrum, Baarn

Stel wij noemen alle armklachten na een val met de fiets 'fietsvalklachten' en, wanneer deze langer dan zes maanden bestaan 'postfietsvalklachten' of 'chronische fietsvalklachten'. Wanneer uitgebreid medisch onderzoek nu geen specifieke oorzaak van de klachten kan aantonen gaan wij spreken van 'fietsvalletsel'. Wij onderbouwen het bestaan van dit letsel met de volgende argumenten: 1) de val met de fiets staat vast 2) er zijn consequente, persisterende klachten 3) het slachtoffer heeft op grond van die klachten activiteiten nagelaten en, last but not least 4) het is gedocumenteerd dat er heel wat slachtoffers zijn die met de fiets zijn gevallen die wel bewezen letsels hebben, zoals gebroken armen en zenuwletsels. Met name bij slachtoffers die overlijden na een fietsval worden ernstige letsels gevonden.

De lezer zal voelen dat dit een niet erg wetenschappelijke benadering is en dat men na een val met de fiets een duidelijker diagnose zal willen nastreven teneinde klachten te verklaren. Bij whiplash is dit echter niet het geval daar door velen wordt aangenomen dat 'whiplash' een diagnose is die geen nadere explicatie behoeft. Door sommigen wordt consequent over 'whiplashletsel' gesproken, waarbij het letsel bewezen wordt geacht op grond van de klachten en het feit dat zij ontstaan na een ongeval of enige vorm van geweldsinwerking.

In feite weten medici niet wat whiplash is. Algemeen geaccepteerd is dat het een pijnsyndroom van de nek is, waarbij vele factoren een rol spelen. Bij verzekeringstechnische en juridische afwikkeling van whiplash speelt dan ook voor de beoordeelend medicus het probleem van de kwantificering van pijn. Zowel in de richtlijnen voor de bepaling van functieverlies bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie als in de AMA-guides wordt pijn bij de meeste aandoeningen verrekend bij die aandoening zelf. Er blijft dan een aantal pijnsyndromen over waarvoor geen duidelijk lichamelijk 'substraat' aanwezig is. Dit wil niet zeggen dat deze pijnklachten niet bestaan, verre van dat, maar het is moeilijk ze aan iets specifiek toe te schrijven. Het bekendste voorbeeld is lage rugpijn. Soms is het evident waar rugpijn vandaan komt, zoals een ingezakte wervel bij iemand met botontkalking, maar in de meeste gevallen is dit niet het geval. De toenemende populariteit van 'preventief scannen' op commerciële basis maakt daarbij in toenemende mate duidelijk dat in de bevolking anatomische afwijkingen van de rug, zoals hernia's, frequent voorkomen zonder dat zij klachten hoeven te geven. Dit en het feit dat rugklachten in grote mate voorkomen maken het daarbij lastig een verband te leggen tussen rugklachten, afwijkingen aan de wervelkolom en een ongeval.

In de richtlijnen van de NVN is tot op heden steeds benadrukt dat het chronisch whiplashsyndroom wordt gezien als een realiteit. Het zou ook vreemd zijn dit te

ontkennen. De vraag was en is of het een realiteit is die berust op een aandoening op neurologisch vakgebied.

Het sedert 2007 door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie gehanteerde standpunt is dat er bij klachten die als 'chronic whiplash' worden omschreven op neurologisch vakgebied geen functieverlies is en dat er dus door de neuroloog geen beperkingen kunnen worden vastgesteld. De neuroloog kan slechts pijn kwantificeren waarvoor een algemeen geaccepteerd substraat op neurologisch vakgebied aanwezig is. Hierbij dient te worden bedacht dat dit algemeen geaccepteerde neurologische substraat in een aantal gevallen is gebaseerd op consensus binnen de beroepsgroep. Zo kan men beargumenteren dat bij bijvoorbeeld trigeminusneuralgie in een groot aantal gevallen geen specifiek substraat kan worden aangetoond; toch wordt dit door neurologen gezien als een neurologisch pijnsyndroom dat kan worden gekwantificeerd.

Er resteert in het geval van whiplash dus het probleem van de kwantificering van een chronisch pijnsyndroom dat niet aan een specifiek letsel kan worden toegeschreven. Is hier in AMA-6 een wezenlijke verandering of zelfs verbetering in gekomen?

Wat was de positie van AMA-5?

De 5e editie van de AMA-guides bevatte voor het eerst een apart hoofdstuk over pijn. Hierin gaan de auteurs in op de moeilijkheid van het objectiveren van pijn, terwijl de AMA-guides juist zijn opgezet op basis van te objectiveren aandoeningen. Meestal wordt de pijn verrekend bij het evalueren van specifieke delen van het lichaam, er zijn echter aandoeningen waarbij niet of nauwelijks sprake is van een verstoring van een lichaamsdeel terwijl er wel forse pijn kan zijn. AMA-5 biedt de mogelijkheid bij bepaalde aandoeningen het percentage functieverlies op grond van bijkomende pijn te verhogen met maximaal 3%. Daarbij dient de deskundige drie vragen te beantwoorden:

- komen de symptomen en/of lichamelijke verschijnselen van de onderzochte overeen met een bekende medische aandoening?
- zijn de klachten en bevindingen ('presentation') bij de onderzochte kenmerkend voor deze aandoening?
- is bij de vastgestelde aandoening sprake van algemene overeenstemming bij medici wat betreft de pathofysiologische basis? (AMA-5, pagina 572).

In het geval van whiplashklachten kan men accepteren dat er sprake is van de punten 1 en 2, maar zeker niet van punt 3. Volgens AMA-5 kan er dan geen sprake zijn van 'pain-related impairment'.

Chronische whiplashklachten dienen dus geëvalueerd te worden aan de hand van het hoofdstuk 'de wervelkolom', dit is hoofdstuk 15. Hiervoor staan dan twee werkwijzen ter beschikking: de DRE-methode

(Diagnosis Related Estimate, gradering aan de hand van de diagnose) en de ROM-methode (Range of Motion, gradering aan de hand van de beperking van de beweeglijkheid, bijvoorbeeld van een gewricht). Deze laatste methode wordt geadviseerd wanneer geen sprake is van een specifiek letsel, zoals bij arthrose, of wanneer er sprake is van letsels op meerdere plaatsen in de wervelkolom. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft deze methode afgeraden en in AMA-6 wordt deze methode verlaten, aangezien deze te onbetrouwbaar is.

In 'The Guides Newsletter', een tijdschrift inzake 'expert advice, practical information and current trends on impairment evaluation', uitgegeven door de AMA, van mei-juni 2007 gaan de vier auteurs in op de behandeling van 'cervical whiplash' en de evaluatie van whiplash volgens AMA-5. Drie van deze auteurs behoren tot de Reviewers van AMA-5. De auteurs stellen dat de behandeling van de epidemische groei van chronische whiplash-pijnklachten in de Verenigde Staten is mislukt omdat deze zich concentreert op het biologisch model in plaats van het biopsychosociale model. Zij beschrijven 'the prevalent and pernicious whiplash culture in the United States and Western Countries'. Benadrukt wordt dat het een eenvoudig probleem is, met een 'sprain or strain' die in enkele weken moet herstellen.

Bij de bespreking van de 'impairment rating' volgens AMA-5 wordt dan gesteld dat de DRE-methode moet worden gebuikt omdat er sprake is van een 'distinct injury'. Dit wekt bevreemding, gezien de eerder verhandeling.

Indien er uitsluitend sprake is van pijn en gevoeligheid ('tenderness') is er geen functieverlies. Als er sprake is van echte bevindingen, zoals spierspasmen, asymmetrie in de beweging van de nek en/of 'niet verifieerbare radicaire pijn' dan valt betrokkene in categorie twee en is er sprake van 5-8% functieverlies.

Dit betekent dat ieder slachtoffer waarbij de diagnose 'whiplash' is overwogen en waarbij sprake is van pijnklachten in de nek en tintelingen in de eerst drie vingers zonder enige verdere afwijkende bevinding volgens de auteurs op grond van AMA-5 in aanmerking komt voor minstens 5% functieverlies. Dit lijkt een moeilijk verdedigbare positie en het is een standpunt dat de NVN uiteindelijk ook heeft verlaten. Het feit dat het maximum percentage in AMA-6 in ieder geval is verlaagd van 8 naar 3% geeft ook aan dat de auteurs van het hoofdstuk The Spine in AMA-6 er moeite mee hebben gehad.

Wat is de positie van AMA-6?

In de AMA-guides 6e editie wordt bij de bepaling van functieverlies uitgegaan van de diagnose, gebaseerd op de ICD-10 (International Classification of Diseases, opgesteld door de Wereld Gezondheids Organisatie in 1990). Deze diagnose wordt vervolgens gewogen,

onder andere aan de hand van de mate van verstoring van het dagelijks leven, de beroepsuitoefening en de vrije tijdsbesteding. Een andere wegingsfactor is de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek. Tenslotte dienen de bevindingen bij aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek te worden meegewogen. Al deze wegingsfactoren moeten door de beoordelend deskundige op hun betrouwbaarheid worden getoetst. Wanneer een van deze factoren als onbetrouwbaar wordt gezien, dient deze terzijde te worden geschoven. Van verschillende zijde is opgemerkt dat het woord whiplash in de 6e editie voor het eerst wordt gebruikt. Gesuggereerd is dat dit een doorbraak in duidelijkheid zou zijn. Het is de vraag of dit zo is.

Whiplash valt in de visie van AMA-6 onder de chronische nekklachten zonder structurele afwijkingen. Dit is een frequent voorkomende aandoening die ook, zonder voorafgaand trauma, onder verschillende diagnosen wordt gerangschikt (cervicale arthrose, nekverstuiking etcetera). Dezelfde systematiek wordt gehanteerd bij de lage rug, waar deze klachten ook worden omschreven als 'chronic sprain or strain', symptomatische degeneratief discuslijden, facetgewrichtpijn, SI-gewricht-dysfunctie etcetera. In vorige edities van de Guides werd bij dergelijke klachten zonder enige vorm van objectieveerbare afwijking, geen percentage functieverlies toegekend. In de 6e editie kan 1 tot 3% worden gegeven, waarbij 2% de 'default value' is, dat wil zeggen de waarde die gegeven wordt bij functieverlies en bevindingen bij lichamelijk en aanvullend onderzoek die qua ernst in overeenstemming zijn met de diagnose.

De auteurs komen hier op verschillende wijze in de knoop.

In het hoofdstuk 'pain related impairment' wordt uitgelegd hoe te werk te gaan bij pijnsyndromen die niet te classificeren zijn volgens de overige hoofdstukken van AMA-6. Daarbij dient de grondslag te zijn dat de pijn een 'reasonable medical basis' dient te hebben, dat wil zeggen dat de pijn beschreven kan worden volgens algemeen geaccepteerde medische syndromen. Vervolgens dient de 'Pain Disability Questionnaire' te worden ingevuld, waarin wordt gescoord hoe de pijn met het leven van de onderzochte persoon interfereert. Hoewel hiermee de indruk wordt gewekt dat dit een bron van objectivering is, kan hier natuurlijk bij een dergelijk schaal niet volledig sprake van zijn. Het is een vastlegging van de belevenis van het slachtoffer van de pijn. Aan de hand van deze schaal kan betrokkene dan een percentage functieverlies van 1 tot 3% worden gegeven. Hierbij speelt een rol of de beoordelaar de onderzochte betrouwbaar vindt. Ook dit is moeilijk te objectiveren. In het hoofdstuk over de halswervelkolom wordt in table 17-2 'chronic whiplash' als een van de diagnosen genoemd bij chronische nekklachten. Dit wil niet

zeggen dat dit ziektebeeld in de visie van AMA-6 nu ineens 'bestaat', het erkent alleen dat chronische nekklasten wel van deze diagnose worden voorzien. AMA-6 gaat immers van de diagnose uit. Over causaliteit wordt hier vanzelfsprekend niet gesproken.

Wanneer er sprake is van het ontbreken van objectieve bevindingen bij onderzoek is er 0% functieverlies. Dit wordt geïllustreerd in example 171 op pagina 583-584 ('whiplashtype neck injury'). Het wordt ingewikkelder wanneer er sprake is van 'continued complaints of axial and/or non verifiable radicular complaints', waarbij 'similar findings' zijn vastgelegd bij vorige onderzoeken en daarbij aanwezig zijn tijdens het betreffende onderzoek.

Dit is een ambigue formulering. Men kan immers de vraag stellen: zijn klachten hetzelfde als bevindingen? Men kan klachten over de bewegingsproblemen moeilijk als objectief gegeven interpreteren. Wel is deze benadering in overeenstemming met die bij chronische pijn zoals die is omschreven in hoofdstuk 3, maar deze klachten hadden dan beter daar kunnen worden ondergebracht.

De toelichting in hoofdstuk 17 maakt het er niet duidelijker op (paragraaf 17.2). Aan het begin van deze paragraaf wordt duidelijk gesteld dat 'subjectieve klachten zonder objectieve fysieke bevindingen of klinische afwijkingen' in klasse 0 worden ondergebracht en geen functieverlies met zich meebrengen (pagina 561). Op pagina 563 wordt gesteld: algemene aandoeningen die verband houden met degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom (populair 'slijtage') zoals discusscheuringen, artrose van de facetgewrichten en discussdegeneratie correleren niet goed met symptomen, klinische bevindingen of 'causation analysis (bedoeld wordt het verband tussen bevindingen en klachten) en zijn niet classificeerbaar. Dit wekt verwarring als in tabel 17-2 staat dat facetgewrichtspijn met 'axiale klachten' wel classificeerbaar is en 1-3% functieverlies geeft. Even verder staat op pagina 563 dat er een categorie patiënten is die persisterende pijn heeft en niet te verifiëren radiculaire pijn (pijn in het gebied van een zenuwwortel) die herhaaldelijk zijn gedocumenteerd na een 'identifiable injury'. Bij deze patiënten is er geen sprake van objectiveerbare afwijkingen en deze kunnen op grond van de methodologie van AMA-6 dan 1-3% functieverlies krijgen. Blijkbaar speelt hier de 'identifiable injury' een rol. Er wordt echter niet gedefinieerd wat dit is. Dit beweegt zich in dezelfde richting als de criteria die de NVN tot 2007 heeft gehanteerd met als omschrijving 'een begrijpelijk mechanische geweldsinwerking op de nek'. Dit laatste bleek uiteindelijk onwerkbaar, omdat zelfs het geringste trauma werd gezien als een 'begrijpelijk geweldsinwerking'. Het maakt een inconsequente indruk klachten die zonder ongeval zich voordoen 'non ratable' te noemen en diezelfde klachten na een ongeval 1 tot 3% te geven.

Dit blijkt bovendien ook samen te hangen met de gestelde diagnose. In 'The Guides Newsletter', van juli-augustus 2008 gaat de hoofdredacteur van de AMA-guides 6e editie, Christopher Brigham, in op een aantal Case Exercises. Beschreven wordt een 26-jarige vrouw die met lage snelheid van achteren wordt aangerezen. Hierna ontstaan klachten van pijn in de nek en pijn in de lage rug. Betrokkene wordt eerst door haar huisarts behandeld en daarna achtereenvolgens onderzocht door een orthopedisch chirurg, een neuroloog en een neurochirurg, maar er worden geen afwijkingen vastgesteld. De klachten blijven echter. Tien maanden na het ongeval stelt een reumatoloog de diagnose 'fibromyalgie'. Beschreven wordt dat betrokkene noch op grond van de 4 en 5e editie van de AMA-guides, noch op grond van de 6e editie enig percentage functieverlies heeft. In de discussie wordt ingegaan op de aandoening fibromyalgie en gesteld wordt dat dit een controversiële diagnose is. Er is dus geen 'redelijke medische basis, die kan worden omschreven in algemeen geaccepteerde medische syndromen, er is geen bewegingsbeperking, dus er is geen functieverlies'. So far, so good zou men denken. Wat zou er nu zijn gebeurd als een van de behandelaars voorafgaand aan de reumatoloog de klachten zou hebben omschreven als 'whiplash'? Dan zou betrokkene ineens in tabel 17-2 terecht zijn gekomen, blijkbaar omdat de samenstellers van AMA-6 'chronic whiplash' wel een geaccepteerde diagnose vinden en 'fibromyalgie' niet. Dit lijkt me voor discussie vatbaar. Fibromyalgie staat in de ICD-10, de lijst van diagnoses waar AMA-6 zich op baseert. Daarnaast gaan de auteurs ook nog in op de causaliteitsvraag. Zij stellen dat het onzin is op grond van het juridische argument 'post hoc ergo propter hoc' te stellen dat de klachten die als fibromyalgie worden omschreven door het ongeval komen. Wederom rijst de vraag: en als het 'whiplash' was genoemd?

De auteurs van AMA-6 brengen zichzelf dus in dezelfde positie als die waarin de Richtlijnen van de NVN tot 2007 hebben verkeer. De 'begrijpelijke geweldsinwerking op de nek' van de NVN wordt de 'identifiable injury' van de AMA, het nalaten van activiteiten van de NVN uit zich in de ingevulde 'Pain Disability Questionnaire' en de gestoorde nekbeweging van de NVN uit zich in een verhoogde Grade Modifier (wegingsfactor). Het verschil is dat in AMA-6 op basis van de diagnose 'chronic whiplash' 1% functieverlies kan worden toegekend bij normale nekbewegingen. Men kan dit toch niet zien als een fundamentele doorbraak.

Daarbij dient te worden bedacht in hoeverre dit percentage functieverlies tot het opleggen van beperkingen leidt. Ook in AMA-6 wordt benadrukt dat functieverlies niet automatisch moet worden vertaald in beperking. Het lijkt mij de vraag of alle discussies in letselschadezaken worden opgelost door het toekennen van 1% functieverlies op grond van de criteria van AMA-6.

Vragen die resten

Gaan richtlijnen in de Verenigde Staten boven Nederlandse Richtlijnen?

Als aan de hand van AMA-6 wordt beoordeeld, wie gaat dit dan doen?

Vaak heerst het misverstand dat de AMA-guides internationale richtlijnen zijn die uitgaan boven nationale richtlijnen, zoals die van de NVN. Hiervan is geen sprake. De AMA-guides zijn richtlijnen die zijn opgesteld voor gebruik in de Verenigde Staten, deels rekening houdend met de wetgeving aldaar. De richtlijnen van de AMA-guides zijn gebaseerd op expert opinion en consensus en niet altijd op onfeilbare wetenschappelijke inzichten. Dit wordt alleen al geïllustreerd door het feit dat, op basis van een veranderde methodologie, het percentage functieverlies in AMA-6 bij veel aandoeningen gewijzigd is ten opzichte van AMA-5. Indien men in de Verenigde Staten afsprekt de methodologie te wijzigen, wil dit niet zeggen dat wij dat in Nederland moeten volgen. Het zou erop neer komen dat wij onze belastingwetgeving zouden moeten wijzigen als men dat in de VS ook zou doen, omdat dat immers een groter land is waar men het beter weet. Het is vanzelfsprekend anders wanneer er duidelijke wetenschappelijke argumenten zijn die niet kunnen worden genegeerd. Het moge uit het bovenstaande duidelijk zijn dat dit bij 'chronic whiplash' niet het geval is.

Dit neemt niet weg dat de AMA-guides wel voorloper zijn geweest bij de standaardisatie van de kwantificering van functieverlies. In veel verzekeringspolissen is dan ook van oudsher afgesproken dat geëvalueerd wordt 'volgens de laatste editie van de AMA-guides', waarbij men impliciet accepteert dat een Nederlandse verzekeraar een Amerikaanse visie volgt. Indien dit contractueel is vastgelegd kan men er niet omheen. Bij 'chronic whiplash' rijst dan de vraag wie op betrouwbare wijze chronische nekkklachten kan evalueren met al dan niet gestoorde nekbeweging.

Daar het bij deze aandoening evenzeer gaat om het uitsluiten van afwijkingen op neurologisch vakgebied die vaak de nekkklachten begeleiden, lijkt het mij voor de hand te liggen dit door de neuroloog te laten doen. Deze kan dan tot de conclusie komen dat er geen sprake is van een aandoening op neurologisch vakgebied en dat er dus op neurologisch vakgebied geen sprake van functieverlies is, maar dat aan de hand van AMA-6 op grond van een chronisch pijnsyndroom dat als 'chronic whiplash' te omschrijven is wel een percentage functieverlies kan worden toegekend. Het is aan de aanvrager te bepalen of men dit wenst. Wellicht is het voor verzekeraars te overwegen bij het opstellen van polissen in de toekomst er over na te denken of men zich wil conformeren aan Amerikaanse Standaarden of een Nederlandse.

Tenslotte

Terwijl medisch deskundigen worstelen met de objectivering en kwantificering van pijnsyndromen gaat de jurist soms zijn eigen weg. In een aantal uitspraken, zoals die van het Gerechtshof Leeuwarden van 10 augustus 2010 (200.006.331/01) lijkt de rol van de medisch deskundige beperkt tot het vaststellen van het feit dat de klachten reëel, niet voorgewend en niet overdreven zijn. Indien de klachten dat niet zijn en voor het ongeval niet bestonden en na het ongeval wel is er sprake van causaliteit en schade.

Bedacht dient te worden dat de medicus op grond van zijn vakgebied uiterst voorzichtig zal zijn met de mening dat klachten niet reëel zijn of, nog erger, voorgewend. Men kan immers niet voelen wat de ander voelt. In een visie als boven omschreven wordt voorbijgegaan aan vele factoren die een invloed kunnen hebben op ervaren pijnklachten, anders dan mechanische. Wanneer het hof dan formuleert dat 'niet is vereist dat pijnklachten worden aangetoond met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden en overeenkomstig de door de desbetreffende medische beroepsgroep vastgestelde standaarden en richtlijnen' dan is men geneigd in die richting ook maar geen moeite meer te doen. Het Hof accepteerde op genoemde gronden bevindingen van een arts die met manueelgeneeskundig onderzoek een rugletsel had vastgesteld dat op andere wijze niet was aangetoond. Op grond van deze formulering kan ook de mening van de magnetiseur en de iriscopist worden gevolgd.

Voor de neuroloog als deskundige lijkt de juiste weg bij postwhiplashklachten het uitsluiten van een aandoening op neurologisch vakgebied. Volgens de eigen standaard van de beroepsgroep is er dan geen sprake van functieverlies op neurologisch vakgebied. Desgewenst kunnen de klachten worden getoetst aan de criteria van AMA-6, waarbij bedacht dient te worden dat deze voor verschillende interpretatie vatbaar zijn. Er kan dan nog eens strijd worden gevoerd of een functieverlies door nekpijn moet leiden tot beperking. Zo dit al het geval mocht zijn dan zijn deze beperkingen beperkt.

Wellicht dat de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) een rol kan spelen bij de 'strijd der deskundigen'. De NVMSR heeft als doelstelling de bevordering van de deskundigheid van haar leden en het toezien op het naleven van de standaarden van de beroepsgroep overeenkomstig de wens van de overheid, die is gekomen tot de instelling van het register Gerechtelijke Deskundigen. Wanneer uitsluitend nog gecertificeerde deskundigen worden ingeschakeld kan vermeden worden dat een juridische instantie tot een oordeel komt op grond van een deskundigenbericht dat voor de jurist plausibel klinkt maar medisch-wetenschappelijke grondslag mist.



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.

Basiscursus Mortaliteitsanalyse

Verslag G.A. van Strien

Op 14 en 15 april 2011 heeft in Congrescentrum Engels in Rotterdam de basiscursus Mortaliteitsanalyse plaatsgevonden, verplicht onderdeel voor het behalen van de RGA-registratie. Met de 24 cursisten was het maximum aantal deelnemers bereikt.

De docenten, Dr. Tom Ashley uit Newark en Dr. David Winsemius uit Boston, waren speciaal vanuit de VS ingevlogen voor deze cursus. Tevoren hadden de deelnemende cursisten opdrachten uit een werkboek gemaakt, om vertrouwd te raken met basisbegrippen en werkwijzen voor het samenstellen van een sterftetafel ten behoeve van een mortaliteitsanalyse.

Op de cursusdagen zelf werden diverse methoden van mortaliteitsanalyse, de interpretatie van een mortaliteitsanalyse en statistische procedures nader toegelicht.

Er was ruime gelegenheid voor discussie en het stellen van vragen. Tot slot was er een klassikale toets.

Tijdens de cursus zijn ook drie GAV-docenten opgeleid, zodat de cursus Mortaliteitsanalyse in de toekomst door GAV-docenten kan worden gegeven.

Voor u gelezen

Successen van preventie. Johan Mackenbach e.a.
Erasmus publishing
ISBN 978 90-5235-207-7,
97 pagina's met dvd 24,90 euro.

Het boek is een uitgave ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg Erasmus MC. Eindredacteur prof. dr. Johan Mackenbach is sinds 2001 hoofd van deze afdeling. De publicatie werd gesubsidieerd door ZonMw. Het boek bevat een overzicht van 22 succesvolle preventieve activiteiten tussen 1970 en 2010 op het gebied van zwangerschap en bevalling, arbeidsomstandigheden, ongevalletsels, leefwijze en preventief medisch handelen. Betoogd wordt dat maatregelen op deze gebieden jaarlijks honderdduizenden zieken en 16.000 doden voorkómen.

De auteurs sommen ondermeer op: 170 gevallen minder wiegendood door preventie van buikligging bij kinderen, 220 minder kinderen met Downsyndroom door preventief onderzoek, een halvering van het aantal dodelijke arbeidsongevallen door allerlei maatregelen, 1000 minder gevallen van repetitive strain injury (RSI) en toxische encephalopathie (CTE) door gedragsaanpassing bij beeldschermwerk en verbanning van oplosmiddelen, 10.000 minder verkeersletsels en 1000 minder verkeersdoden door



allerlei veiligheidsmaatregelen zoals de gordelplicht en introductie van hoofdsteunen, 9000 minder gevallen van coronairlijden en CVA en 3000 minder doden door opsporing en aanpak van hypertensie, 7000 minder sterfgevallen door ontmoedigen van roken, 700 minder sterfgevallen van borstkanker door screening.

Het één en ander wordt toegelicht in korte teksten met fraaie illustraties en beeldende grafieken in aansprekende kleurendruk. Het boek is voorzien van een dvd die vier successen nader bespreekt: verwijdering van transvetzuren uit ons dieet, verkeersveiligheid, screening op borstkanker en preventie van wiegendoed. Tenslotte wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van de afdeling en promoties, publicaties en spraakmakende onderzoeken.

Het boek komt over als een informatieve door vaardige voorlichters mooi vormgegeven brochure met het karakter van een 'oratio pro domo'. Met een feestelijke hagiografie voor eigen parochie is op zichzelf niets mis. Maar de lezer zal tevergeefs zoeken naar wetenschappelijke kanttekeningen bij of twijfel over de gepresenteerde successen. Zo is de effectiviteit van screening nogal omstrede, belangrijke nadelen zoals overbodig of schadelijk medisch handelen en het veroorzaken van angst bij grote aantallen gezonde individuen komen niet aan bod. Ik verwijs naar de lezenswaardige beschouwingen die epidemioloog Luc Bonneux in Medisch Contact geregeld aan dit onderwerp wijdt. De golf van whiplash in de jaren

1970-2010 wordt genegeerd. Hadden de gordel en de hoofdsteun wellicht ook schadelijke bijwerkingen in wisselwerking met een sterk gejuridiseerde en gemedicaliseerde cultuur? Zo ja, wogen die op tegen de voordelen en wat heeft de preventieve gezondheidszorg in dat geval te melden over het voorkómen van dergelijke bijwerkingen? Het staat inmiddels wel vast dat de inmiddels al jaren verlaten symptoomdiagnose RSI en beeldschermwerk niets met elkaar te maken hebben. Het concept van de 'schildersziekte' heeft geresulteerd in grote aantallen slepende claims, waarbij de tientallen gevallen verbleken die feitelijk vastgesteld konden worden. De auteurs negeren de indrukwekkende epidemie van arbeidsongeschiktheid die Nederland tussen 1970 en 2000 teisterde. Natuurlijk had die primair sociaal-economische oorzaken - maar is dat nu niet uitgerekend het aandachtsgebied van preventieve gezondheidszorg? En zo ja, waar was die dan?

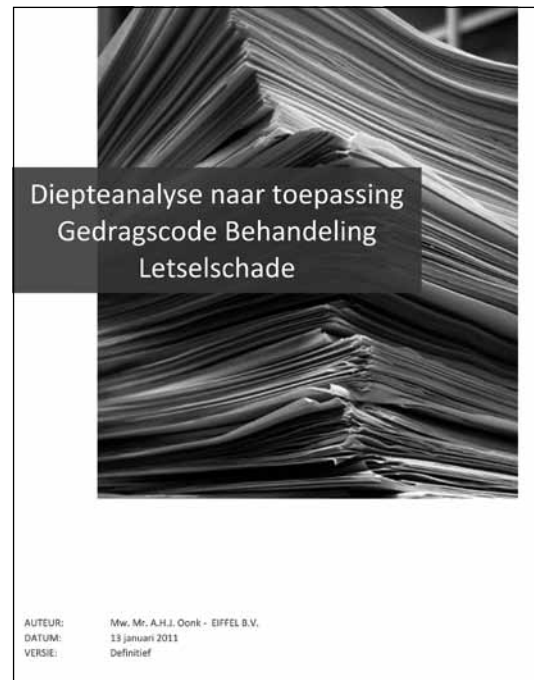
Als het boek iets duidelijk maakt dan is het wel dat tussen preventieve gezondheidszorg enerzijds en vaststelling en behandeling van sociale gezondheidschade anderzijds een zorgelijk diepe kloof gaapt.

S. Knepper

Diepteanalyse naar toepassing Gedragscode Behandeling Letselschade

Op 27 januari 2011 heeft het Personenschade Instituut van Verzekeraars en het Verbond van Verzekeraars de resultaten gepubliceerd van een 'diepteanalyse' naar de toepassing van de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL). Doel: nagaan of verzekeraars de afspraken gemaakt in de GBL nakomen en nagaan of de gemaakte afspraken dienen te worden aangepast. Onderzocht is welk percentage van de aangemelde verkeersletsels binnen een periode van twee jaar zijn afgehandeld, wat de hoofdoorzaken van eventuele vertraging van de afwikkeling zijn en welke acties ondernomen hadden kunnen worden om nog lopende zaken wel afgewikkeld te krijgen.

Opzet van het onderzoek: verzekeraars is gevraagd om alle verkeersletseldossiers aangemeld in de periode april, mei en juni 2008 die nog niet afgewikkeld waren op 1 juli 2010 te onderzoeken aan de hand van een vragenformulier. Gevraagd werd naar type letsel, reden dat nog niet werd afgewikkeld en mogelijkheid om alsnog af te wikkelen. Het vragenformulier is per verzekeraar door diverse functionarissen ingevuld (een of meer dossierbehandelaars, afdelingsjurist, auditor of externe deskundige). Het is de vraag of deze manier van werken niet heeft geleid tot een vertekening van de resultaten. De auteur van de rapportage, mevrouw mr. A.H.J. Oonk, bespreekt deze mogelijkheid van bias niet. Sluitingsdatum van invulling was 1 oktober



2010. Uit de ingevulde formulieren is een steekproef getrokken van 10%. Deze steekproef is door een onderzoeker van de onderzoeksinstantie Eiffel, naar ik aanneem de auteur, opnieuw bekeken. Zij bespreekt niet wat haar bevindingen waren en in hoeverre deze een invloed hebben gehad op de resultaten. Vervolgens is op basis van alle formulieren en de steekproef de rapportage opgesteld.

Uitvoering: 11500 letselszaken zijn gemeld in genoemde periode, waarvan 90% bleek afgehandeld. Er wordt niet toegelicht wat wordt bedoeld met afgehandeld. Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of definitief is afgewikkeld dan wel dat een voorlopige afwikkeling is overeengekomen met een voorbehoud. Van de verkeersletselschadezaken waren er 1095 nog niet afgewikkeld, ongeveer 10%. De auteur doet een poging een vergelijking te maken van de drie best presterende maatschappijen (van de 25) met de drie slechtst presterende maatschappijen gemeten naar percentage afgewikkelde zaken. Zij noemt uit eigen waarneming enige kenmerken van de maatschappijen en hun portefeuilles maar verklaart de verschillen niet kwantitatief. Gezien de opzet van het onderzoek en de aanzienlijke mogelijkheden van bias kan aan de opmerkingen hierover eigenlijk geen waarde worden gehecht.

Wat was het gediagnosticeerde letsel op het moment van evaluatie van het dossier?

De auteur geeft een grafiek met percentuele verdeling. De drie grootste categorieën betroffen whiplash/nekkachten 36%, fracturen 33% en kneuzingen/schaafwonden 10%. Tevens is gekeken naar de diagnoseverdeling van de wel afgewikkelde dossiers: whiplash/nekkachten 36%, kneuzingen en schaafwonden 30%, fracturen 11%. De auteur vergelijkt beide grafieken met elkaar en concludeert:

- Het aandeel whiplash/nekkachten is gelijk. De behandeling van whiplash/nekkachten voegt zich dus naar de gemiddelde behandeltijd van een dossier (?). Naarmate de tijd verstrijkt (in casu na twee jaar) neemt het aandeel niet toe.
- Het aandeel kneuzingen/schaafwonden neemt na twee jaar met een faktor drie af. Deze zaken laten zich prima regelen binnen de door de GBL gestelde termijnen. Het merendeel van deze dossiers zal binnen twee jaar afgehandeld zijn.
- Het aandeel fracturen en psychisch letsel neemt na twee jaar met een faktor drie toe. Fracturen en psychisch letsel laten zich kennelijk moeizaam regelen binnen twee jaar. De termijnen binnen de GBL zullen bij dit soort letsels regelmatig overschreden worden.
- Het aandeel hoofd/hersenen gaat van 4% naar 7%, bijna een verdubbeling. Ook voor hoofd- en hersenletsel geldt dat het een uitdaging vormt deze dossiers binnen twee jaar te regelen.

Het is mijns inziens de vraag of de auteur de beide grafieken wel kan en mag vergelijken. Het is namelijk de vraag of de diagnosecode niet wordt beïnvloed door de looptijd van het dossier. Zo zal de afwikkeling van specifieke nekkachten na drie maanden niet leiden tot herdefiniëring van de diagnose. Een dossier met specifieke nekkachten dat na twee jaar nog niet is afgesloten kan best worden gediagnosticeerd als whiplashklachten of psychische klachten. Het ware

interessant geweest als de auteur gepoogd had het beloop te volgen van de dossiers zoals ze in het begin waren gediagnosticeerd. Een vorm van cohortanalyse zou veel leerzamer zijn geweest dan de analyse van een dwarsdoorsnede die nu heeft plaatsgevonden. Vervolgens heeft de auteur de percentuele verdeling per type letsel geanalyseerd naar verzekeringsmaatschappij. Aan de verschillen in procentuele verdeling verbindt zij allerlei conclusies. Echter per maatschappij gaat het soms om erg kleine aantallen. De procentuele verdeling kan dus enorm verschillen alleen op grond van het toeval of op grond van de perceptie van de invuller van de vragenlijst. Het is dus zeer de vraag of de conclusies van de auteur valide zijn.

In het onderzoek is de invullers van de vragenlijsten verzocht aan te geven waarom een zaak nog niet was afgewikkeld. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen een viertal fases waarin een dossier kon verkeren: de aansprakelijkheidsfase, het medisch traject, het schadevaststellingstraject en overig. Deze 'trajecten' zijn niet gedefinieerd. Het lijkt erop dat zij als te onderscheiden en in de tijd opeenvolgend worden beschouwd maar dat is niet duidelijk. Van de nog niet afgehandelde dossiers blijkt 52% zich te bevinden in het medisch traject. Zonder enige argumentatie concludeert de auteur dat het medisch traject daarom de grootste vertragende faktor is. Maar dat is uit deze verdeling helemaal niet op te maken. Wat nu als het vaststellen van de aansprakelijkheid bij deze dossiers vele maanden heeft geduurd? Aan het vaststellen van de aansprakelijkheid gaat ook een periode van informatieinwinning van medische gegevens vooraf. Hoe is dat verdisconteerd?

Binnen het medisch traject heeft de auteur gekeken naar de fase waarin de gevalsbehandeling was: onderscheid werd gemaakt naar: in afwachting van een medische expertise, discussie over de causaliteit, discussie over de vraagstelling en/of keuze van de expert, nog geen medisch eindtoestand. Deze categorisering is niet wederzijds uitsluitend. Meerdere zaken kunnen spelen. Het is dus de vraag hoe indeling in een categorie tot stand is gekomen. Ook hier splitst de auteur uit naar subcategorieën en worden vervolgens percentages vergeleken. Ook hier is het de vraag of de gevonden verschillen niet berusten op de gekozen methodologie en de kleine aantallen. Gezien het feit dat er grote vraagtekens gezet kunnen worden bij de methodologische opzet van het onderzoek waarop deze rapportage is gebaseerd, het ontbreken van enige statistische toetsing van de gevonden verschillen en het ontbreken van enige bespreking van vertekening van de resultaten van het onderzoek, is het de vraag welke waarde we kunnen hechten aan de resultaten van het onderzoek en de getrokken conclusies. Mijns inziens is absoluut niet aangetoond dat: "in 9% van de dossiers die langer dan twee jaar lopen, het slachtoffer zelf of diens

belangenbehartiger de hoofdveroorzaker zijn van de ontstane vertraging in de behandeling.” Evenmin acht ik het aangetoond dat “28% van de dossiers die na twee jaar nog liepen best binnen twee jaar opgelost hadden kunnen zijn en dat dat voor 29% komt door het slachtoffer”. Ik acht dit de persoonlijke opvatting van de auteur die niet is af te leiden uit de gepresenteerde gegevens.

Het is te prijzen dat het Personenschade Instituut van Verzekeraars en het Verbond van Verzekeraars heeft geprobeerd om het naleven van de GBL te evalueren. Het belang van de GBL verdient echter een betere evaluatie. Ik stel voor om bij de geplande herhaling van het onderzoek een methodoloog en statisticus te betrekken waarbij de inbreng van een afdeling sociale geneeskunde/medisch sociologie ook zeer gewenst is.

T. Ostendorf

Sociale arbeidsongeschiktheidsverzekeringen medio 2011

S. Knepper

Zowel bij de behandeling van claims in het kader van arbeidsongeschiktheid als van personenschade krijgt de medisch adviseur regelmatig te maken met beoordelingen door de sociale verzekering. Aannemelijk is dat ontwikkelingen daar het beroep op particuliere verzekeringen beïnvloeden, dan wel dat maatschappelijke omstandigheden op particuliere en sociale verzekeringen een soortgelijke invloed uitoefenen. Daarom publiceren wij periodiek een overzicht van het beroep op de sociale arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De verder geïnteresseerde lezer kan meer achtergrondinformatie terugvinden in kwartaalverslagen van het UWV-Kenniscentrum (zie website UWV).

WAO

Er zijn medio 2011 nog 450.000 WAO-uitkeringsgerechtigden, op zijn hoogtepunt telde de WAO er bijna 800.000. Jaarlijks daalt dit het aantal in langzaam afnemend tempo met ongeveer 45.000/jaar, vooral

doordat WAO-ers ‘de letters verwisselen’ door AOW-ers te worden. Ongeveer driekwart van de WAO-ers is volledig arbeidsongeschikt. Er stromen geen nieuwe uitkeringsgerechtigden meer in sinds het sluiten van de WAO-regeling in 2004. Wel worden nog enkele duizenden nieuwe uitkeringen toegekend wegens herleving van oude aanspraken.

WIA

De WIA volgde de WAO op en telt medio 2011 ongeveer 125.000 uitkeringsgerechtigden. Het aantal aanvragen WIA steeg tot op heden ieder jaar van 38.000 in 2006 tot 55.000 in 2010. Al is dat altijd nog maar ongeveer de helft van het aantal jaarlijkse aanvragen voor de vroegere WAO bij een bovendien inmiddels aanmerkelijk grotere beroepsbevolking (verzekerdenbestand). Relatief is het beroep op de WIA derhalve nog aanmerkelijk minder dan de helft van dat op de toenmalige WAO. Het aantal toekenningen WIA (dat wil zeggen >35% arbeidsongeschikt) liep in dezelfde periode op van 21.000 naar 35.000. Het percentage toekenningen steeg van ongeveer 55% naar 65%. De achtergrond van deze ontwikkeling is deels demografisch: met name de toename van de arbeidsparticipatie en vergrijzing van de beroepsbevolking met daaraan gerelateerde hogere arbeidsongeschiktheidsrisico's spelen een rol. Nu al valt te voorspellen dat de WIA deels de AOW zal vervangen als uitkering bij verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd. Het beroep op de WIA neemt ook toe doordat eerder afgewezen cliënten een nieuwe claim indienen. Maar dat verklaart de groei niet volledig. De WIA bestaat uit de IVA (75% uitkering bij volledig blijvende arbeidsongeschiktheid) en de WGA (70% tijdelijke uitkering bij meer dan 35% of niet blijvende volledige arbeidsongeschiktheid). Het aandeel van de



'harde' IVA stijgt langzaam en omvat inmiddels ruim een kwart van alle toekenningen. Onevenredig veel aanvragen WIA zijn afkomstig uit de 'vangnetpopulatie' (arbeidsongeschikte uitzendkrachten en werklozen) Deze groep levert ongeveer 45% van alle nieuwe WIA uitkeringen, wat vergeleken met arbeidsongeschiktheid onder werknemers met een dienstverband buitenproportioneel is, hoger nog dan de vroegere WAO-risico's. Voor deze groep verricht de UWV zelf de verzuimbeoordeling als een soort arbodienst. In 2007 bleek bij een intern onderzoek dat deze 'vangnetters' in twee jaar verzuim maar gemiddeld driemaal op het spreekuur van een verzekeringsarts hoefden te verschijnen. Het is een moeilijke populatie (slecht geschoold, Nederlands niet machtig, veel verslavingen, psychische stoornissen en maatschappelijke problemen, sterk gemedicaliseerd) in de marge van de arbeidsmarkt. Eenmaal aan de poort van de WIA wordt hun claim vaker afgewezen en komen zij minder vaak in aanmerking voor de IVA-regeling.

Verzuimende cliënten moeten zelf WIA aanvragen. Opmerkelijk is dat bijna een vijfde van hen dat niet doet, hoewel ze daar nadrukkelijk op geattendeerd worden. Waarschijnlijk verwachten ze toch nog te herstellen, mogelijk speelt ook angst voor het stempel 'arbeidsongeschikt'.

Wajong

Medio 2011 telde de Wajong 210.000 uitkeringsgerechtigden, bijna allemaal volledig arbeidsongeschikt. Het aantal aanvragen Wajong is het afgelopen decennium meer dan verdubbeld naar circa 25.000/jaar. Daarvan werden in 2010 ongeveer 18.000 aanvragen toegewezen (75%), dat waren er tien jaar geleden nog 7.000 en medio negentiger jaren nog maar 3.000, bij soortgelijke percentages toekenningen. De toename van het beroep op de Wajong is maatschappelijk problematisch omdat de kans op beëindiging buitengewoon klein is. De toename ligt in één lijn met de groei van het gebruik van het speciaal en praktijkgericht onderwijs. Bovendien worden leerlingen van dat onderwijs inmiddels vrijwel allemaal gemeld voor een uitkering, wat voorheen lang niet het geval was. Veelal zijn aan een diagnose voor de school voordelen verbonden ('rugzakje'). Een tweede oorzaak is dat gemeenten hun uitkeringsbestand schoonden door soms zelfs al bijna bejaarde klanten van de sociale dienst te verwijzen voor een aanvraag als 'jonggehandicapte'. Dit omdat zij - achteraf - al sinds hun 17e jaar ernstige beperkingen door ziekte of gebrek zouden hebben. Een Wajong-uitkering komt (nog) niet voor rekening van de gemeente, een GSD-uitkering deels wel. Tenslotte zijn er voor werkgevers aantrekkelijke voordelen verbonden aan het in dienst nemen van als zodanig geëtiketteerde handicaptten. Deze ontwikkelingen verklaren de explosieve groei van de Wajong. Ruim een kwart van de populatie woont in een instelling, een kwart werkt, vaak in beschutte arbeid. Rond een

derde heeft een matige of ernstige verstandelijke handicap. Een ongeveer even grote groep heeft een lichte verstandelijke handicap, veelal in combinatie met een psychische stoornis. Daaronder ongeveer 7% ADHD, 11% autisme-spectrumstoornis en ongeveer 5% borderlinestoonis. Daarnaast natuurlijk schizofrenie en stemmingsstoornissen. Een kleine maar opvallende subgroep heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis in combinatie met een lichte of matige verstandelijke handicap en logeert met enige regelmaat op rijkskosten. Ongeveer 15% van de hele Wajong-populatie heeft een ernstige somatische stoornis, ook regelmatig met comorbiditeit.

Sinds 2010 is de (nieuwe) Wajong van kracht die bepaalt dat jongeren die - in welke arbeid dan ook - *enig loon kunnen verdienen* in principe geen blijvende uitkering krijgen vóór hun 27ste jaar. Zij kunnen een beroep doen op een werkregeling. Pas daarna kunnen ze eventueel aanspraak maken op een Wajong-uitkering. Parallel is een studieregeling in het leven geroepen. De verwachting was dat deze regelingen het beroep op de Wajong zouden doen afnemen. In het begin van 2011 was een zeer bescheiden daling te zien, maar de vermindering viel tegen. Mogelijk hing dit samen met problemen bij de uitvoering die nog moet wennen aan het criterium 'enige arbeid' dat immers nog verder gaat dan het al zeer theoretische 'gangbare arbeid'. Vooral arbeidsdeskundigen zijn zo afhankelijk geworden van het FML/CBBS systeem, dat het hun moeite kost de knop om te zetten.

WAZ

Bij arbeidsongeschiktheid die na augustus 2004 is opgetreden kan geen beroep meer op de WAZ gedaan worden. Een enkele zelfstandige stroomt nog in vanwege rechten die dateren van vóór die datum of herleven. Er zijn nog ruim 30.000 van de oorspronkelijk meer dan 55.000 uitkeringsgerechtigden over. Arbeidsongeschikte zelfstandigen waren in het algemeen ouder, hadden minder psychische klachten en werkten vaker dan diegenen die in dienstverband arbeidsongeschikt werden. De premie-inkomsten overtroffen de uitgaven aanmerkelijk, op deze pot wordt nog steeds ingeteerd.

Klanttevredenheid

Cliënten waarderen de beoordeling door verzekeringsartsen in het algemeen wat minder dan die door arbeidsdeskundigen. Vooral de zorgvuldigheid en deskundigheid van verzekeringsartsen wordt lager gewaardeerd. Een negatieve waardering blijkt sterk gerelateerd aan een negatieve uitkomst van de claimbeoordeling en de verwachtingen die daarover tevoren bestonden. Dit is vooral het geval bij de 'vangnetters', die daar in het algemeen ook meer van verwachten dan arbeidsongeschikte werknemers met een dienstverband.

Colofon

GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig
Adviseurs in particuliere
Verzekeringzaken

Redactie

Mw. G.A. van Beelen
J. Buitenhuis
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf
(hoofdredacteur a.i.)
S.J.H. Eggen
K.H. Harmsma
S. Knepper
J.J. Meulenkamp
F.S.L. Schmidt (penningmeester)
M.L.A. Schotel (secretaris)
Mw. G.A. van Strien

Redactieadres

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek
p/a Spoorstraat 17N
3811 MN Amersfoort
email GAVscoop@GAVscoop.nl
internet : <http://www.GAVscoop.nl>

Uitgave

Stichting tot Bevordering
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek

Lay-out/druk

HieroSign, grafisch servicebureau,
Apeldoorn

Abonnementen

GAV-leden krijgen het Tijdschrift
toegezonden. De abonnementsprijs
voor niet-leden bedraagt
€ 45,- per jaar. Opgave bij de secretaris
van de Stichting. Betalingen op
rekeningnummer 17.44.060 t.n.v.
SBVO Naarden.

Auteursrechten

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

ISSN

1387-6082

Agenda

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

2011

6 december

OEC minisymposium

Organisator: Orthopedisch Expertise
Centrum

Locatie: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis,
Amsterdam

Informatie: [http://www.oecamsterdam.nl/
minisymposium](http://www.oecamsterdam.nl/minisymposium)

13 december

GOAL: Opsporing kanker en verzekeraarbaarheid

Organisator: GOAL

Locatie: Eureka Conference Center,
Handelsweg 1a, Zeist

Informatie: www.gav.nl en
<http://www.brca.nl>

2012

18 januari

en 15 februari

Coachingsvaardigheden voor verzekeringartsen

Informatie en opgave: www.ascender.nl

Geaccrediteerd door AbSg voor 8 punten,
een inspirerende vaardigheidstraining in
oplossingsgericht coachen

2 februari

Nascholing Noord

Locatie: Drachten

Informatie (volgt nog):

www.nascholingnoord.nl

13-18 oktober

American Association of Insurance Medicine

Locatie: San Diego, Verenigde Staten

Informatie: <http://www.aaimedicine.org>

2013

26 - 29 mei

24ste ICLAM Congres

Locatie: Madrid

Informatie: <https://congress.iclam.org>

2016

22 - 25 mei

25ste ICLAM Congres

Locatie: Maastricht