

Verzekeringsgeneeskundige dagen 2010

De vg-dagen waren ook dit jaar gezamenlijk door de GAV en de NVVG georganiseerd. De dagen kenden geen specifiek thema. De eerste dag had een internationaal karakter met zes buitenlandse sprekers en Engels als voertaal. De tweede dag was de voertaal Nederlands. Terwijl de eerste zware novemberstormen over het land gierden, genoten de deelnemers van de presentaties, de versnaperingen en ook van elkaar.

Tijdens de opmaat op woensdagavond ging **Van Bergen** in op het thema foute artsen. Fout is een ingewikkeld begrip. Fout is als een arts onnodige of onnodig pijnlijke behandelingen geeft. Niet elke arts die fout handelt, is automatisch een foute arts. Het gaat erom dat achteraf de arts formeel erkend wordt als foute arts. Dat betekent dan ook dat foute artsen overwegend tot het kamp van de verliezer behoren zoals Mengele. Lang niet alle artsen die meegewerkt hebben aan de nazipraktijken, zijn als foute arts weggezet in de geschiedenis en buitengesloten uit hun vak. Een geruststelling voor de nachtrust van de aanwezigen was dat Van Bergen geen voorbeeld gaf van een foute verzekeringsarts.

De voorzitters van de GAV en de NVVG, respectievelijk **Astrid Blauw-Hoeksma** en **Han Hullen**, openden donderdag het congres. Het dagvoorzitterschap werd vervuld door **prof. dr. Josse Van Steenberge**.

Dr. D. Henderson-Stater vertelde over zijn ervaringen met de rehabilitatie van personen met hersenletsel in de kliniek Nuffield Orthopaedic Centre te Oxford. De vocational rehabilitation service is geen homogene interventie maar een multidisciplinaire aanpak met zowel een medische als sociale oriëntatie. Hij wijst erop dat er nog geen universele meetmethode is om de gevolgen van hersenletsel aan te geven. Een milde vorm van hersenletsel wordt vaak niet onderkend. De reden voor uitval uit het werk bij patiënten met hersenletsel is hun gebrek aan concentratievermogen. In hun kliniek staat de terugkeer naar werk centraal. Bij hun patiënten ligt de prioriteit echter vaak bij het weer gelukkig worden en niet zozeer bij het aan het werk gaan.

Prof. dr. Regina Kunz van Academy of Swiss Insurance Medicine (ASIM) uit Basel hield een presentatie onder de titel 'Quality of evidence and strength of recommendation'. Ze pleitte voor een andere beoordeling van de kwaliteit van onderzoek. Nu bestaat er een zeer rigide voorkeur voor RCT als het hoogst haalbare, terwijl sommige zeer relevante kennis ook zonder RCT beschikbaar komt. Of zoals iemand dat toelichtte, RCT's geven vaak antwoord op een vraag die de praktijk niet heeft. De relatie tussen resultaat en conclusie

of aanbeveling is vaak niet eenduidig. Ze pleitte voor een nieuwe benadering, GRADE, bij systematische reviews. Nieuw in die aanpak is het onderscheid tussen het beoordelen van de kwaliteit van de studie en het aangeven van de kracht van de aanbevelingen. In 2008 is over GRADE gepubliceerd in BMJ. Naast het kennismaken met GRADE was het ook een kennismaking met de nieuwe baas van mijn ex-collega bij TNO, Wout de Boer.

Dr. Philip Smalley, vice-president en medisch directeur van RGA International, hield in een sneltreinvaart zijn betoog. Hij is verbonden aan de universiteit van Washington. Hij illustreerde belangrijke trends. Een bekend voorbeeld is de toename van obesitas in Noord-Amerika die nu op 26% staat. Dat betekent een markt voor producten gericht op vermindering van calorie-inname maar ook het toepassen van risicotoeslagen op sommige verzekeringspremies. In dat verband noemde hij ook dat 37% van de Noord-Amerikanen op hun verzekeringsaanvraag 'vergeet' aan te geven dat ze roken en er dus sprake zou moeten zijn van een extra risicopslag. Hij wees op uitdagingen waar de verzekeringsmaatschappijen voor staan, zoals de vraag naar legitimiteit van premiedifferentie bij verzekeringen voor personen met een hoger risico vanwege hun gezondheidskenmerken, vanwege hun leefstijl of straks op basis van hun genen en op de dure behandelingen zoals bij kanker of bij hersenstimulatie tegen Parkinson.

Dr. T. Dalrymple hield een heel ander betoog. Hij heeft meerdere boeken gepubliceerd over de onderkant van de samenleving waarvan verscheidene ook vertaald zijn in het Nederlands. Hij schetst een somber wereldbeeld en wijst op de ongewenste effecten van de Engelse sociale zekerheid. Hij benadrukt de afhankelijkheid die ontstaat door het ontvangen van een uitkering. Het ontvangen van een uitkering wordt de standaard, terwijl mensen vroeger vanuit zelfrespect niet afhankelijk wilden zijn van een publieke uitkering. Engeland kent nu meer invaliden dan na de Eerste Wereldoorlog. Dokters worden onder druk gezet om een uitkering toe te kennen. Een derde van de dokters zou daarbij te maken hebben gehad met geweld. Dokters kennen dan ook uitkeringen toe, ook al weten ze dat de cliënt niet aan de criteria voldoet. Volgens Dalrymple zou een deel van de cliënten bewust liegen over hun mogelijkheden en beperkingen. Het gevolg is wel dat nu de uitkeringen onbetaalbaar zijn en mensen een uitkering ontvangen die ze niet zouden moeten ontvangen.

Drs. Carla Bal, taalkundige en filosofe en verbonden

aan de Radboud Universiteit, ging in op 'Determinism and moral responsibility in the consulting room of the insurance doctor'. Ze stipte het belang aan van een visie waarbij mensen verantwoordelijk zijn voor hun gedrag en het gedrag niet deterministisch bepaald is. Iemand die wel deterministisch denkt, is Marcel van Dam. Die schetst een wereldbeeld van mensen van wie de beperkingen en mogelijkheden onherroepelijk vast liggen. Haar kritiek op Van Dam is dat het geven van verantwoordelijkheid aan mensen niet automatisch betekent dat de ontstane situatie hun schuld is. Daarnaast is het haar inziens mensonterend om geen verwachtingen te koesteren naar iemand. Juist het ontkennen van hun verantwoordelijkheid houdt in de ogen van Dalrymple de onderkant van de maatschappij op die ongunstige plek gevangen.

In een paneldiscussie waaraan ook Simon Knepper, Josse Van Steenberge en Pjotr Israëls deelnamen, werden de verschillende visies niet overbrugd. Waar Simon Knepper vertrekt vanuit de visie dat de problemen reëel zijn en de cliënten niet in staat zijn daaraan te ontsnappen en gevangen zitten in hun situatie, vertrekt Dalrymple vanuit de premisse dat de cliënten bedriegen. Onvrede wordt naar zijn mening als ziekte gelabeld. Erkend wordt dat de eisen van de samenleving voor deelname tegenwoordig hoger zijn en dat veel personen hier niet aan kunnen voldoen. Dalrymple schetst de uitzichtloosheid van veel patiënten: ze hadden niets te vrezen maar ook niets te hopen! Josse Van Steenberge wijst op de hoge successcore die hij in Antwerpen weet te realiseren. 60% van zijn cliënten is trainbaar tot werknemer en vindt een baan. Maar dat vereist wel een omvangrijke organisatie met veel jobcoaching.

Dr. Robert Ostermann Myrau gaf een update van de laatste stand van diabetes.

Van diabetes 1 groeit wereldwijd de incidentie. Diabetes 2 kwam vroeger niet bij jongeren voor, maar tegenwoordig heeft 7% van de obese jongeren diabetes 2. Diabetes 2 wordt vaak aangeduid als resultaat van een leefstijl. Echter bij eenenige tweelingen hebben beiden de aanleg voor diabetes 2 en dat wijst op een erfelijke aanleg. In Europa heeft 4 tot 6% diabetes (10% diabetes 1 en 90% diabetes 2). De prognose is sterk afhankelijk van het lichaamsgewicht van de patiënt. Diabetes is een contra-indicatie voor werken in ploegdienst met gevaarlijke arbeidsomstandigheden. Hoopvol is het nieuwe medicijn Glp-1 analoga dat ook een gunstig effect heeft op het lichaamsgewicht en dat doet afnemen in plaats van toenemen zoals sommige medicijnen doen.

De laatste gastspreker was **Achim Regenauer** over melanomen. Melanoom is een van de meest voorkomende kankers. Mannen lopen een groter risico dan

vrouwen. Hoe verder de afstand tot de evenaar, hoe hoger de incidentie is. Blootstelling aan de zon op jonge leeftijd verhoogt het risico sterk. Op latere leeftijd lijkt de blootstelling aan de zon het risico niet te vergroten. Iemand met een huid die gemakkelijk verbrandt, heeft een grotere kans op het ontwikkelen van een melanoom. De kans dat een melanoom 10 jaar na de behandeling terugkomt, is groot (25%). De overlevingskans is sterk afhankelijk van de dikte van het melanoom en dus van vroegtijdige onderkenning. Uit eigen onderzoek, uitgaande van de nieuwste classificatie die rekening houdt met dikte en de aanwezigheid van ulceratie en mitose, blijkt bij een dikte tot 2 millimeter zonder ulceratie of mitose iemand met een melanoom nog verzekeraar, al is er wel duidelijk sprake van extra overlijden van 10 procentpunten na 6 jaar. Zijn volledige presentatie met de nieuwste classificatie en zijn uitgebreide resultaten is terug te vinden op de website van het congres evenals de meeste andere presentaties.

De tweede dag stond onder leiding van **Astrid Blauw-Hoeksma. Buckx** startte met een presentatie over 'Neuromodulatie bij refractaire angina pectoris: herintroductie van de elektrische machine?' De AED is een voorbeeld van externe stimulatie. Hij focuste zich op de interne stimulatie via een elektrode die verbonden is aan een zenuw en gevoed wordt door een pulsgenerator en een batterij. De precieze werking is onbekend, maar toepassing leidt niet alleen tot minder pijn maar ook tot een betere doorbloeding van het hart. Het apparaat is niet in staat om een nieuwe hartaanval te maskeren. Toepassing is pas aan de orde als de patiënt met andere technieken niet behandelbaar is. Dat betreft 500 tot 700 patiënten per jaar.

Professor Erik Scherder deed zijn presentatie 'Beter geheugen door te bewegen' eer aan door zelf ook veel te bewegen. Door de ziekte van Alzheimer nemen de hersenen in omvang af en in cruciale gebieden neemt de atrofie toe. Zijn belangrijkste boodschap is dat dagelijkse halfintensieve beweging gedurende ongeveer 30 minuten een positief effect heeft op het voorkomen van dementie. Zijn hypothese is dat dat komt door een betere doorbloeding van de hersenen. Bewegen en cognitie zitten in het brein namelijk op dezelfde plek. Bewegen betekent ook het verrijken van de hersenen met omgevingsprikkels. Uit onderzoek blijkt dat 80-jarigen die vroeger rond hun 20^e veel bewogen, later minder vaak dementie hebben. Daarnaast is ter preventie van dementie de controle op de bloeddruk tussen 50 en 60 jaar erg belangrijk. Ook als de dementie begonnen is, en bij andere ouderen in verpleeghuizen, is het van groot belang om de mensen te stimuleren om te blijven bewegen in tegenstelling tot wat nu veelal de praktijk is in verpleeghuizen.

Weismann is verbonden aan het Kenniscentrum ziekte van Bechterew. Een bechterewpatiënt heeft vaak al lang, 8 jaar, klachten voordat de diagnose gesteld wordt. De ziekte wordt veelal voor het 45^e levensjaar manifest. Bij 95% van de bechterewpatiënten is sprake van het gen HLA-B27, maar dat geldt ook bij 2% van alle gezonde personen. Ongeveer een derde van de patiënten komt in aanmerking voor TNF-blokkers. Die verminderen de pijn en stijfheid en zorgen voor minder schade en een betere kwaliteit van leven. Bij 30% is het echter niet werkzaam en het zijn dure medicijnen. Ruim de helft van de bechterewpatiënten ervaren veel beperkingen. Bechterewpatiënten moeten in verband met de stijfheid eerder opstaan om naar hun werk te gaan. Overbelasting ligt bij deze patiënten op de loer.

Ferrari verzorgde de presentatie 'Werken met migraine en clusterhoofdpijn – van mythes tot wetenschap'. Een derde van de patiënten ervaart waarschuwingstekens de dag ervoor, zoals vocht vasthouden, stress en nekpijn. Daarom denken ook veel patiënten dat de migraine door stress komt. Onderzoek heeft echter geen relatie aangetoond tussen stress en het krijgen van migraine. Het kan soms lang, tot een week, duren voordat het herstel volledig is. Migraine komt en gaat met de jaren maar dat geldt niet altijd: 5% van de kinderen en 5% van de 80-plussers heeft last van migraine. De diagnose kan niet 'objectief' worden vastgesteld, maar alleen op kenmerken. Acute pijnstilling werkt het beste 2 uur na de aanval. Er bestaat een risico op misbruikhoofdpijn als patiënten zelf hun migraine behandelen en er een vicieuze cirkel ontstaat van pijnstillers en hoofdpijn. Daarnaast bestaat ook het verschijnsel clusterhoofdpijn. Belangrijk is dat het medicijn propranolol wel toegepast kan worden bij migraine, maar juist niet bij clusterhoofdpijn.

De laatste gastspreker op de ochtend was **prof. dr. Verbout**. Hij illustreerde aan de hand van dia's de mogelijkheden en afwegingen die gemaakt worden bij traumatisch wervelletsel. Het komt jaarlijks ongeveer 600 keer voor in Nederland na auto- en motorongelukken, vallen, geweld en sport. Of een traumatisch wervelletsel chirurgisch behandeld kan worden, is naast de noodzakelijke expertise ook afhankelijk van de vraag of adequate beeldvorming met MRI enzovoort mogelijk is. Op dit moment is er nog weinig RCT-onderzoek beschikbaar waaruit de meerwaarde van een aanpak wetenschappelijk blijkt.

De ochtend werd afgesloten met 1-minuutpresentaties van vier onderzoekers met een lopend project bij het KCVG. Na de lunch waren er drie (parallel)sessies. Dankzij het SIG-programma Academisering van Verze-

keringsgeneeskunde en het onderzoeksprogramma van het KCVG kon een breed scala van recent afgesloten of nog lopend onderzoek worden gepresenteerd. Voor veel van deze onderzoeksprojecten is medewerking gevraagd aan verzekeringsartsen. Op deze manier konden de onderzoekers terugkoppelen waar het onderzoek in resulteert. Door sommigen, zoals De Boer, Spanjer en Holwerda, zijn in TBV of andere bladen hun (eerste) resultaten al gepubliceerd. Van anderen zullen de resultaten het komende jaar gepubliceerd worden. Daarom zie ik af van het weergeven van de afzonderlijke sessies. Overigens waren er ook enkele parallelsessies met een andere invalshoek. Zoals de multidisciplinaire ketenzorgrichtlijn voor patiënten met acuut lateraal bandletsel van de enkel door Leo Elders, een toelichting door Van der Lugt op het instrument Supervisie als deskundigheidsbevordering en competentieontwikkeling voor verzekeringsartsen, de vraag of beroepsziekten ook door verzekeringsartsen verplicht gemeld moeten worden. Van der Kooij ging in op de nieuwste behandelingsstrategieën bij reumatoïde artritis. Frank Dekker, verzekeringsarts bij UWV Utrecht, deed tijdens een parallelsessie verslag van een kwalitatief onderzoek dat hij samen met arbeidsdeskundige Cuppen en met UMCG heeft uitgevoerd onder 19 Wajongers met arbeidservaring en 6 werkgevers. Van Klaarbergen gaf een toelichting op wat de uitgangspunten zijn bij regres door UWV en de rol van de verzekeringsarts.

Sandra Brouwer mocht de slotpresentatie verzorgen over een onderzoek dat UMCG samen met De Amersfoortse heeft uitgevoerd. Het onderzoek is opgezet om antwoord te geven op de vraag of De Amersfoortse terecht een premieopslag toerekent aan personen met een hoog BMI: claimen verzekerden met een hoog BMI meer wegens arbeidsongeschiktheid? De Amersfoortse heeft daartoe de data ontsloten van 540 verzekeren met een risico-opslag tot 20% of boven 20% wegens een hoog BMI in de periode 1993-1999 en hun claimgedrag over 10 jaar. Het claimgedrag is wel groter vergeleken met referentiegroepen, maar is niet significant hoger bij een hogere risico-opslag. De studie wordt gezien als een opstap naar een Kenniscentrum Private Verzekeringen bij het UMCG.

De voorzitters van de GAV en de NVVG sloten gezamenlijk de dag af en keken terug op twee geslaagde dagen met een ruime belangstelling van 280 deelnemers op vrijdag. Ook het volgende congres zullen de GAV en de NVVG gezamenlijk organiseren en wel 9, 10 en 11 november 2011 in het gloednieuwe hotel Almere.

Jan Besseling