

Kwakzalverij door de bril van de verzekeringsarts

C.N.M. Renckens

Weinigen beseffen het en geen medisch student vangt zijn medische studie aan met in het achterhoofd de ambitie zijn carrière in de sociale geneeskunde te gaan zoeken, maar meer dan een kwart van alle artsen in ons land werkt in die sector. Keuringsartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, consultatiebureau-artsen: wie kwam er eigenlijk nog niet met hen in aanraking?

Deze sector vervult een cruciale rol bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid en bij het begeleiden van 'reïntegratieprocessen' van zieke werknemers. De wetenschappelijke fundering van het beroep, standaarden en richtlijnen alsmede wetenschappelijk onderzoek: die zijn nog slechts mondjesmaat aanwezig. Maar daar wordt aan gewerkt: zo kent het AMC zijn Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en daar promoveerde afgelopen december zelfs een verzekeringsarts. Deze Frans Slebus concentreerde zijn onderzoek op de objectiviteit bij het vaststellen van het arbeidsvermogen en de vraag of verschillende verzekeringsartsen tot hetzelfde oordeel komen. Dat blijkt niet het geval te zijn: althans niet voor de 'grote drie' (die aandoeningen waarvoor frequent WIA-uitkeringen worden toegekend), depressie, chronische lage rugpijn en de gevolgen van een hartinfarct. In tachtig procent kwamen de zestig ondervraagde artsen tot een eensluidend oordeel. Een ander probleem waarvoor geen adequate richtlijnen bestaan en dat in de praktijk van de verzekeringsgeneeskunde regelmatig voorkomt is als een patiënt zich niet regulier laat behandelen, maar zijn ziekte-episode verlengt door hulp te zoeken bij alternatieven en kwakzalvers. Aan dit probleem werd op 12 november 2009 een UWV-symposium georganiseerd, waar ondergetekende een der sprekers was.

Regiosymposium verzekeringsartsen Zuid-oost • De titel van dit door ruim 150 verzekeringsartsen bezochte symposium luidde: 'De verzekeringsarts als arbiter tussen *evidence based* en alternatief'. Er traden in de Oranjerie te Roermond vijf sprekers aan: Renckens, prof F. van Dijk, Coronel Instituut AMC, S. Knepper, verzekeringsarts te Laren, A. Bos, antroposofisch huisarts te Amsterdam en 'lector aan de VU Amsterdam' en mevrouw mr. T. van den

Ende, advocaat bij Nysingh. Een voorbeeld van de casuïstiek waarmee deze artsen geconfronteerd worden, is beschreven in het blok op pagina 14. Als eerste spreker gaf ik een overzicht van de ontwikkeling van de alternatieve geneeskunde in ons land in de laatste veertig jaar. Ik pleitte vervolgens tegen wetenschappelijk onderzoek van absurde claims en besloot met een overzicht van de pseudodiagnosen waarvan lijders en behandelaars van modeziekten als RSI, ME en OPS gebruik plegen te maken.

Van Dijk • Tweede spreker was Frank van Dijk en hij vertelde van de inspanningen van zijn instituut om te komen tot standaarden en richtlijnen en over de begeleiding van lijders aan beroepsziekten waaronder hij – tot mijn leedwezen – ook de zogenaamde schildersziekte, OPS, rekende. Pijnlijk vond ik ook zijn getamboereer op het zogenaamde feit dat de reguliere geneeskunde niet altijd op *evidence* gebaseerd is, maar evenzeer 'gebonden is aan cultuur, aan de macht van medische beroepsgroepen, overheid en verzekeraars'. Juist was dat hij stelde dat verzekeringsartsen altijd ook moeten kijken naar de concrete situatie van de patiënt. Hij gaf tips voor het maken van searches in de medische literatuur en onderstreepte het verschil tussen '*evidence of no effect*' en '*no evidence of an effect*'.

Knepper • Zeer goed en evenwichtig was de voordracht van Simon Knepper, een man die al een grote staat van dienst heeft in de verzekeringsgeneeskunde en wel honderd publicaties en voordrachten verzorgde. Hij schatte dat tenminste 20 tot 40% van de populatie waarmee de verzekeringsarts te maken heeft zich ook alternatief laat behandelen. Deze percentages zijn gevonden bij chronische aandoeningen in de curatieve zorg en ze zullen in de UWV-populatie met zijn chronische therapieresistente

casuïstiek zeker zo hoog zijn. De verzekeringsarts communiceert in de praktijk vrijwel nimmer met alternatieve behandelaars en Knepper kan dat billijken, gezien het onbegrijpelijke en mystiek klinkende jargon waarvan de laatsten zich graag bedienen. Men negeert ook consequent de belangrijke sociale en psychologische context van de klachten, waardoor de alternatieve geneeskunde de verzekeringsgeneeskunde in de praktijk niets te bieden heeft. Toch blijven patiënten soms langdurig onder behandeling, maar dat is geen wezenlijk verschil met menige reguliere behandeling. Aldus Knepper. In beide schuilt een risico dat externaliseren ('ziekte', ik kan er zelf niets aan doen) en somatische attributies versterkt worden. Op die manier kunnen alternatieve behandelingen chroniciteit bevorderen. In hoeverre dat ook feitelijk gebeurt, valt niet vast te stellen, omdat het naar zijn weten nooit is onderzocht. Een aanwijzing daarvoor is wel dat alternatieve beoordelaars ongehinderd door afspraken in het reguliere circuit soms attesten afgeven, waaruit natuurlijk onveranderlijk blijkt dat hun klanten niet kunnen werken. Als algemeen bekend voorbeeld noemde Knepper de ME-internist Kurk uit Amsterdam. De verzekeringsarts kan dergelijke attesten zonder meer terzijde leggen.

Knepper: 'Toch is er wel enige grond voor bescheidenheid. In de de praktijk ondervindt de verzekeringsgeneeskunde op de keper beschouwd vooral last van de reguliere geneeskunde. De verzekeringsarts krijgt een selectie van chronische gezondheidsproblematiek die regelmatig eerder teveel, dan te weinig is behandeld. Doorverwijzingen van de ene specialist naar de andere, overbodige operaties, overvloedige medicatie – vaak *off label* –, angst opwekkende diagnostiek, eindeloze poliklinische "controles" en behandelingen zonder enig resultaat zijn aan de orde van de dag. Ook de reguliere geneeskunde heeft vaak geen oog voor de psychosociale context. En ook de reguliere geneeskunde heeft voor vrijwel elke klacht een diagnostische pseudoverklaring. Het meestal ongefundeerde advies te "rusten" is nog altijd wijdverspreid. Nieuwe behandelmethoden vinden vaak meer ingang op geleide van publiciteit en mode, dan vanwege bewezen effectiviteit. Poliklinieken openen hun deuren om mensen te behandelen vanwege klachten waar de geneeskunde geen verklaring voor heeft. Geld speelt een aanwijsbare rol zoals blijkt uit golven modieuze *spécialités* die komen en weer gaan – en het "in mijn privékliniek kunt u direct geholpen worden". Het *in dubio abstine* lijkt een op de markt van welzijn en geluk vergeten uitgangspunt.

Vanuit onze terugkijkfunctie hebben wij als verzekeringsfondsen achteraf wellicht gemakkelijker oordelen. Maar dat neemt niet weg dat veel in de reguliere gezondheidszorg behandelde chronische casuïstiek is gekenmerkt door weinig wetenschappelijke *trial and error*, reductionisme, klantvriendelijkheid en ongegrond behandeloptimisme. Juist de verzekeringsgeneeskunde heeft daarom weinig aanleiding voor rabiate kruistochten tegen de alternatieven'.

Hoewel maar weinig verzekeringsartsen het ondergaan van een alternatieve geneeswijze als 'adequaat herstelgedrag' kwalificeren (het is nog slechter dan 'rusten!') worden er in de praktijk vrijwel nooit sancties opgelegd. Ze passen volgende Knepper niet in 'de conflictvermijdende cultuur, waaraan de sociale zekerheid immers haar bestaan ontleent.' In voorkomende gevallen zou de verzekeringsarts toch tot sancties moeten adviseren en eventueel zelfs alternatieve artsen voor de tuchtrechter moeten dagen. Hier zouden behalve de verzekeringsartsen ook de uitvoeringsorganisaties wat zelfbewuster kunnen optreden.

Bos • De volgende spreker was antroposofisch arts Arie Bos (zie pagina 25 e.v.), die zich tevens bekend maakte als acupuncturist en homeopaat. Met verzekeringsgeneeskunde had zijn voordracht totaal niets te maken en hij concentreerde zich op de kwantumfysica, waar volgens hem de oplossing van het probleem van de geringe biologische plausibiliteit van veel alternatieve geneeswijzen gezocht moest worden. De reacties van onze Vereniging en haar leden op onconventionele denkwijzen zijn volgens Bos resultaat van angst en gevoelens van ongemakkelijkheid. Dit moest blijken uit een betoog, dat in de zaal tot duidelijk waarneembare ergernis leidde, en dat liep van Alexander de Grote en Hitler, via Descartes en Bacon, Stanley Miller, Wolfgang Pauli, Erwin Schroedinger en Bohr tot COX 2 remmers ('beperk u niet tot moleculen!') en RNA-interferentie. Alternatieve geneeswijzen als fytotherapie, acupunctuur en homeopathie leiden tot 'ordering' van de weefsels. Hij eindigde met een wondergenezing door middel van acupunctuur van een man met een acute rughernia, die nu niet geopereerd behoefde te worden en vertelde trots dat 'professor Boon' hem gevraagd had voor het grote en dikke (ja, ja!) *Handboek Prostaataandoeningen* een afsluitend hoofdstuk over complementaire therapieën te schrijven. Een literatuurverwijzing naar een boekje van Keppel Hesselink over acupunctuur (uitgeverij Ankh Hermes) kon niet achterwege blijven.

Casus verzekeringsgeneeskunde en kwakzalverij

Een 34-jarige vrouw, fulltime office manager bij een vastgoedbedrijf, zit in de ziektewet wegens een sarcoidose stadium 4. De longarts stelt een indicatie voor prednisontherapie op grond van de geconstateerde ernstige bronchusobstructie en verlaagde diffusiecapaciteit bij maximale inspanning. De vrouw was geen voorstander van deze therapie en verkoos behandeling door een homeopathisch arts, werkend in een Centrum voor Integrale Geneeskunst. Terwijl de longarts de prognose ongunstig inschat als de vrouw immunosuppressieve therapie blijft weigeren, gaat de homeopaat aan de slag met alternatieve diagnostische methoden, waarmee hij ten minste een tiental diagnosen stelt, variërend van 'vuur: vrouwelijk hormonaal 3E', 'geopathie: HSP, electrosmog', postvaccinaal syndroom (PVS na DKTP en BMR), vier auto-immuunstoornissen, HPU, burn out en magnesiumtekort. Zijn therapie bestaat o.a. uit 'ontstoren van het PVS', Brain B12 zuigtabletten, Depyroll basis vegicaps, levercompressen en nog meer. De basis voor zijn pseudodiagnosen werd o.m. gevormd door de BICOM-2000 en de Rathega Extra, apparaten voor het opmeten van bioresonantie. De verzekeringsarts beziet de gang van zaken met lede ogen en acht onder deze omstandigheden werkhervatting weinig kansrijk. De longarts heeft overigens geen bezwaar tegen

zo'n re-integratie. De ziektewetuitkering die patiënte geniet in het kader van de Wet WIA wordt natuurlijk betaald uit de ziektewetpremies die alle werknemers in ons land betalen. Het ziekteverzuim dreigt door de alternatieve therapie die patiënte ondergaat onnodig lang te duren en de bedrijfsarts en de verzekeringsarts hebben de plicht de vrouw erop te wijzen dat zij zich adequaat moet laten behandelen. Geeft zij hieraan geen gehoor, dan heeft de laatste het recht een maatregel (schorsing van de uitkering) te doen opleggen.

Op het symposium van UWV-verzekeringsartsen, dat in Roermond werd gehouden en waar deze casus werd gepresenteerd, bleek dat maar weinig verzekeringsartsen zo ver durven gaan. En doet men eens een enkele keer het voorstel de uitkering daadwerkelijk te stoppen, dan beslissen hogere instanties van het UWV meestal om dat toch maar niet te doen. Men wil daar 'geen gedonder'. Een niet gering aantal verzekeringsartsen is daarover ernstig gefrustreerd. Voor werknemers die braaf hun sociale premies afdragen, geldt dat natuurlijk evenzeer. Troebele geesten, als homeopathisch artsen per definitie zijn, richten bij hun patiënten fysieke schade aan en bij de wel gezonde werknemers schade aan de portemonnee. Zo zit dat.

Van den Ende • Laatste spreker was de charmante juriste Van den Ende, die het wettelijk kader schilderde en dat bleek van zeer beperkte omvang te zijn. Er is vrijwel geen jurisprudentie, behandelingen afdwingen kan bijna nooit en van de twintig tuchtzaken tegen verzekeringsartsen die zij had gevonden, was 92% ongegrond verklaard. De top drie van de klachten betroffen: onjuiste rapportage, onheuse bejegening en verkeerde diagnose. Zelfbeschikkingsrecht en individueel vrijheidsrecht kunnen botsen met de voorwaardelijke medewerkingsplicht van de werknemer. Zij beklemtoonde dat in de zaak-Millecam was

komen vast te staan, dat artsen zich niet mogen beroepen op de wens van de patiënt als zij de professionele standaard opzij zetten. Het nog ontbreken van eenduidige behandelprotocollen in de verzekeringsgeneeskunde maakt het de rechter moeilijk zaken te toetsen. Tot een kant en klare conclusie durfde de spreekster niet te komen, maar zij noemde haar laatste woorden een 'slotsom'.

Het geanimeerde symposium werd afgesloten met een Lagerhuisdebat waar verschillende sprekers aan de hand van stellingen debatteerden met enthousiaste deelnemers in de zaal. ●