AMA 6* cursus 22 en 23 november 2012

A.W.M. Linders

Deze keer was de 2e AMA cursus in het Ampt van Nijkerk georganiseerd. Er hebben 32 mensen aan de opleiding meegedaan en door omstandigheden was het overgrote deel hiervan medisch adviseur. Meestal zijn er evenveel specialisten als medisch adviseurs.
De eerste dag van de cursus werd de inleiding verzorgd door orthopedisch chirurg Heeg die de geschiedenis van de AMA-beoordelingen en de veranderingen van de AMA 6 ten opzichte van eerdere guides besprak. Volgens collega Heeg is het voor de CIA (Commissie Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid) met de komst van de nieuwe AMA 6 ook nog steeds een zoektocht naar de beste manier om de guide toe te passen. Er is in het begin weerstand geweest om de AMA 6 te gaan gebruiken maar bij een vergelijking van 50 rapporten was er weinig verschil tussen de methodes van de AMA 5 en de AMA 6. Door collega Heeg is kort uitgelegd hoe de beoordeling conform de AMA 6 methodiek, stapsgewijs moet worden gedaan: de basis van beoordeling is een per regio vastgestelde diagnose (Key-factor). De functionele gevolgen van een letsel staan centraal. Op basis van de diagnose wordt er per regio een impairment class bepaald. Het gemiddelde percentage BI van deze class wordt afhankelijk van drie variabelen (functional history, physical examination en clinical studies) naar boven of naar beneden bijgesteld.

Door M. Heeg zijn verder een aantal bijzondere omstandigheden en problemen besproken die bij de beoordeling van casuïstiek in de expertise-praktijk voorkomen.
Vervolgens is het stokje overgenomen door orthopedisch chirurg Giesberts, die de BI-beoordeling van de bovenste extremiteit heeft behandeld. In vogelvlucht is ze nog even kort ingegaan op de principes van de beoordeling zoals die door M. Heeg al waren uitgelegd. De basis voor de BI-beoordeling is volgens haar altijd zoveel mogelijk een objectiveerbare afwijking passend bij een diagnose. Subjectieve instrumenten zoals Quick dash en PDQ (pijnscore lijst) moeten niet worden gebruikt.
Naast de op de diagnose gebaseerde impairment bepaling (DBI) zijn er nog een aantal andere ingangen (Key-factors) om de BI te bepalen. Eén hiervan is de bekende ROM (range of motion). Deze kan alleen worden gebruikt indien dat als mogelijkheid wordt aangegeven in de diagnosetabellen. Vervolgens zijn er nog de perifere zenuwletsels, CRPS en amputatie (in totaal 5).
De DBI-bepaling is aan de hand van voorbeelden uitgewerkt en de regels van het combineren en optellen zijn besproken.
Afsluitend gaf collega Giesberts aan dat de nieuwe methode even zoeken is en dat er nogal wat onduidelijkheden en vaagheden in de beoordeling zitten.
Daarna werd de BI-bepaling van de problematiek van de onderste extremiteiten besproken door orthopedisch chirurg Visser. Deze besprak snel en overzichtelijk hoe de beoordeling van de BI aan de onderste extremiteit moet worden gedaan. Hij illustreerde dit aan de hand van een aantal voorbeelden. Ook de overige Key-factors (zenuwletsel, CRPS, amputatie en ROM) werden besproken.

De derde presentatie werd verzorgd door orthopedisch chirurg Huitema die de problematiek van de wervelkolom en het bekken besprak. Er wordt bij wervelkolomproblematiek zoveel mogelijk uitgegaan van objectieve gegevens. Subjectieve scoringslijsten worden net als de functional history bij de wervelkolomproblematiek niet gebruikt. Naast de bespreking van aan diagnose gerelateerde problematiek werd ingegaan op de beoordeling bij een spondylodese, spondylolysis/-listhesis en de traumatische hernia.
Er was genoeg informatie aangeleverd om in groepen te gaan oefenen met casuïstiek en in de middag is er nog een tweede rondje casuïstiek geweest. Deze is uiteindelijk plenair besproken.
De middag is afgerond met een borrel. Voor het diner had Jan Buitenhuis een verrassing in petto: we zijn met de cursusgroep met de taxibus naar een restaurant in de buurt vervoerd. Hier was het goed toeven en we hebben de dag met een goed gevulde buik afgesloten.

Op de tweede dag werd de aftrap gedaan door neuroloog Van den Doel, die de neurologische aspecten van letsels van het centrale en perifere zenuwstelsel besprak. Hij vergeleek de beoordeling van de AMA 6 met die van de AMA 5 en liet zien dat met de nieuwe AMA 6 de aan te nemen percentages

* AMA guides 6e editie, in dit artikel aan te duiden als AMA 6.

duidelijk lager uitvielen.
Tevens werden de items whiplash, pijn en CPRS besproken. Wat de laatste richtlijn van de neurologen betreft is er een voornemen om deze binnenkort te herschrijven.
Hierna was er een voordracht van medisch adviseur Linders die de BI-beoordeling van het visuele systeem op compacte wijze heeft uitgelegd. Na de presentatie is er geoefend met casuïstiek. Het doel van de presentatie was dat iedereen op een eenvoudige wijze een BI-beoordeling voor oogheelkundige problematiek kon doen. Dit doel is uiteindelijk gehaald.
De beoordeling van de problematiek volgens de systematiek van de AMA 6 is niet veel veranderd ten opzichte van die van de AMA 5.

Het middagprogramma was voor psychiater Koerselman die na een korte introductie samen met de cursisten aan de hand van casuïstiek stapsgewijs de BI-beoordeling doorliep. Opvallende conclusie aan het einde van de middag was dat ondanks een ogenschijnlijk complexe beoordeling de uitkomst van de BI-bepalingen bij psychiatrische problematiek dicht bij elkaar lag.
Resumerend kan worden teruggekeken op een leerzame cursus die zeker is aan te bevelen. Het contact en samenwerking met de expertisespecialisten kan mijns inziens als meerwaarde worden gezien. Bovendien is het sociale aspect van de cursus zeker zo belangrijk als de inhoud. Kortom Phons Schroder zou tevreden terugkijken op deze geslaagde cursus.

Voordracht gehouden op de GAV-ledenvergadering van 20 september 2012 te Almere

Financiering van de gezondheidszorg: wie betaalt, bepaalt?

V.F.J. Baalman*

In Nederland leeft bij een groot deel van de bevolking de gedachte dat de gezondheidszorg een functie van de overheid is, zoals de politie en de brandweer, en dat de gezondheidszorg dus een publieke voorziening is.

Veel Nederlanders denken namelijk dat de zorg gefinancierd en bestuurd wordt door de overheid. Slechts weinigen realiseren zich dat de zorg in ons land vrijwel geheel privaat is georganiseerd en voor het belangrijkste deel wordt gefinancierd uit verzekeringspremies.

De gezondheidszorg is dus geen onderdeel van de Rijksbegroting, hoewel de zorg wel nadrukkelijk voorkomt in de regeringsplannen die jaarlijks worden gepresenteerd.

Nu we al enige tijd een voor ieder verplicht gestelde basisverzekering kennen wordt het praktische verschil met een nationaal systeem, zoals dat bijvoorbeeld in Engeland functioneert, op het oog steeds minder. Maar er blijft toch een belangrijk onderscheid. Het systeem wordt dan wel grotendeels uit premies voor verplichte verzekeringen gefinancierd, hetgeen veel lijkt op het afdragen van belastingen, maar de zorg wordt door private organisaties geleverd en niet door overheidsinstellingen zoals in Engeland.

De minister van Volksgezondheid is in ons land dus niet de baas van de zorg. Soms leeft dat idee echter tot in de Tweede Kamer als er wordt gediscussieerd over maatregelen die getroffen zouden moeten worden bij misstanden, waarbij de minister persoonlijk zou moeten ingrijpen. Daartoe heeft hij echter niet de macht. De zorg wordt namelijk zoals gezegd niet uit belastinggeld gefinancierd maar voornamelijk uit verzekeringspremies. De rekenkamer heeft daarom onlangs nog vastgesteld dat de minister hier geen budgetverantwoordelijkheid voor kan dragen. De belangrijkste bijdrage uit belastingen betreft de werkgeversbijdrage aan ziektekosten van ambtenaren en de ziektekostenverzekering voor gedetineerden en voor vluchtelingen, in totaal 13% van de kosten.

Er wordt vaak geroepen dat de Nederlandse zorg te duur is, ook in vergelijking met andere landen. Dat de zorgkosten zo snel stijgen waardoor de

* Vincent F.J. Baalman, bedrijfskundig ingenieur, consultant in de gezondheidszorg