
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Whiplash associated disorder I/II

Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)

Hartinfarct (herziening 2008)





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008)*

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-T7

Bijlagen : 1

Datum : 17 juli 2008

Mijnheer de minister,

Op 22 juli 2005 heb ik uw ambtsvoorganger het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg hij de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. Sindsdien zijn negen protocollen verschenen, over *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning, Depressieve stoornis, Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker, Chronische vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosacraal radicaal syndroom*, alsmede de bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

De laatste drie protocollen bied ik u hierbij aan. Het betreft allereerst het tiende protocol, over *Whiplash associated disorder I/II*. Dit protocol kon pas worden afgerond nadat de definitieve multidisciplinaire richtlijn over dezelfde aandoening, onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, in februari dit jaar verscheen. Voorts treft u aan de herziene versies van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* en *Hartinfarct (herziening 2008)*. Met deze herzieningen zijn de twee eerste verzekeringsgeneeskundige protocollen in overeenstemming gebracht met de opzet van de nadien verschenen protocollen, die in de algemene inleiding werd toegelicht.

De protocollen in dit advies zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Het protocol *Whiplash associated disorder I/II* is in concept ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties.

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl



Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008)*

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-T7

Pagina : 2

Datum : 17 juli 2008

Bij de herzieningen van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct* werden de commentaren betrokken die na de publicatie van deze protocollen bij beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties werden ingewonnen. Ik ben deze organisaties voor hun commentaren zeer erkentelijk. Het conceptprotocol *Whiplash associated disorder I/II* is tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.A. Knottnerus

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Whiplash associated disorder I/II
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)
Hartinfarct (herziening 2008)

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2008/11, Den Haag, 17 juli 2008

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



INAHTA

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008). Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/11.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-717-1

Inhoud

Samenvatting 11

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II 15

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II 23

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008) 55

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008) 63

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008) 89

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008) 97

	Bijlagen 125
A	Adviesaanvraag 127
B	Commissie 131
C	Commentaren 137

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het laatste in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen, alsmede herzieningen van de eerste twee protocollen in de reeks. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind 2006 door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. Met de herziening van de twee protocollen die als eerste verschenen, zijn deze protocollen in overeenstemming gebracht met de opzet van de nadien verschenen protocollen, die in de algemene inleiding werd toegelicht.

Dit advies, met de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Whiplash associated disorder I/II*, *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* en *Hartinfarct (herziening 2008)*, is het zevende en laatste dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De serie adviezen werd geopend met het in juli 2005 gepubliceerde advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Daarna verschenen vier adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn*, *Hartinfarct*, *Overspanning*, *Depressieve stoornis*, *Angststoornissen*, *Beroerte*, *Borstkanker*, *Chronische-vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosa-*

craal radiculair syndroom. In juni 2007 werd het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie* gepresenteerd op een symposium, waarvan onder de titel *Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* een verslag verscheen, dat in september 2007 aan de minister van SZW werd aangeboden.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II

Verzekeringsgeneeskundig protocol

Whiplash associated disorder I/II

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

Een whiplash is een acceleratie-deceleratiemechanisme waarbij krachten inwerken op de nek. Van een *whiplash associated disorder* graad I of II (WAD I/II)* wordt gesproken wanneer na een whiplash geen objectiveerbare afwijkingen aanwezig zijn, maar wel klachten over pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat. Van een langdurige WAD I/II is sprake wanneer de klachten langer dan drie maanden bestaan. Het klachtenpatroon kan dan uitgebreid zijn met moeheid, concentratie-

* De gevolgen van een whiplash worden, conform de klinische indeling van de Quebec Task Force, ingedeeld als volgt:
Grade 0: no complaints about the neck; no physical signs
Grade I: neck complaints of pain, stiffness or tenderness only; no physical sign(s)
Grade II: neck complaints and musculoskeletal signs (decreased range of motion and point of tenderness)
Grade III: neck complaints and neurological signs
Grade IV: neck complaints and fracture or dislocation

stoornissen, geheugenklachten en psychische klachten, zoals depressieve gevoelens, nervositeit, slecht slapen en emotionele labiliteit.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens beoordeelt de verzekeringsarts of er sprake is van een werknemer met klachten die passen bij een *whiplash associated disorder* I of II (WAD I/II). Vervolgens tracht de verzekeringsarts te achterhalen waarom herstel en werkhervatting zijn gestagneerd. Hij gaat na:

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Hoe was het verloop van de klachten en symptomen, naar aard en ernst, vanaf het ongeval?
 - Wat waren de redenen waarom de werknemer zich heeft ziek gemeld en waarom hij zijn werk tot nu toe niet (volledig) hervat heeft?
- Diagnostiek: (4.2)*
 - Op welke gronden is de diagnose WAD I/II gesteld? Is bij het stellen van de diagnose aanvullend onderzoek verricht (beeldvormend onderzoek, neuropsychologisch onderzoek, anders)?
 - Zijn hersen- en ruggenmergletsels als gevolg van het ongeval uitgesloten?
 - Is nadere (psycho)diagnostiek verricht bij de stagnatie van het herstel? (4.5)
 - Is sprake van comorbiditeit en, zo ja, bestond deze al bij aanvang of is deze later vastgesteld?
- Behandeling en begeleiding: (4.2, 4.3)
 - Zijn de eerste drie weken na het ongeval de behandeling en begeleiding gericht geweest op pijnstilling, activering, geruststelling en voorlichting?
 - Is tussen de drie weken en drie maanden na het ongeval sprake geweest van (advies gericht op) een geleidelijk uitbreiden van activiteiten en participatie? Is de werknemer in deze periode begeleid met het oog op het vergroten van kennis en inzicht in zijn klachten, zodat hij hier adequaat mee heeft (kunnen) leren omgaan?
 - Zijn, bij adequate begeleiding, de oorzaken van de stagnatie van het herstel geanalyseerd?

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

- Welke adviezen of behandeling heeft de werknemer na drie maanden gekregen (bijvoorbeeld activerende begeleiding, revalidatie, behandeling van comorbiditeit)? (4.4)
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer zich onder behandeling gesteld bij het advies voor verwijzing en, zo ja, heeft hij de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
- Probleemoplossend gedrag werkomgeving:
 - Was in het werk sprake van factoren die werkhervatting kunnen belemmeren, zoals fysiek of psychisch belastend werk, hoog tempo, piek- of duurbelasting?
 - Zo ja, is het redelijkerwijs mogelijk gedaan om al dan niet tijdelijke aanpassingen van het werk te realiseren, om de werkhervatting te bevorderen?
 - Was sprake van factoren in organisatie of sociale verhoudingen op het werk die werkhervatting kunnen belemmeren, zoals onvoldoende steun van leidinggevende en collega's?
 - Zo ja, wat is gedaan om deze belemmeringen weg te nemen?
- Werkhervatting: (5)
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Was er over de functionele mogelijkheden verschil van mening tussen de bedrijfsarts en de werknemer? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Indien sprake was van verminderd fysiek en/of cognitief functioneren, is het werk hieraan (tijdelijk) aangepast?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is toen het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek (2.1, 4.1)

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat er, zowel bij artsen als patiënten, verschillende opvattingen over langdurige WAD I/II bestaan, die regelmatig aanleiding zijn voor controverses. Dit kan zijn weerslag hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. Binnen het kader van het door de verzekeringsarts gehan-

teerde gespreksmodel creëert hij voldoende ruimte om de verzekerde ook zijn eigen verhaal te laten vertellen.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft voor een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk en sociaal functioneren
 - de aard van zijn aandoening en de oorzaken van zijn klachten en beperkingen
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en (volledige) werkhervatting
 - de mogelijke schadelijkheid van bewegen en belasten
 - zijn mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
 - wat hij (nog) zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
 - de betekenis van betaalde arbeid in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, onder meer door te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van de klachten voor verschillende levensgebieden
- de emotionele en affectieve problemen die betrokkene ervaart als gevolg van zijn klachten en beperkingen
- actuele herstelbelemmerende factoren in privé- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

De verzekeringsarts observeert de werknemer tijdens het gesprek. Indien hij de indruk heeft dat er een discrepantie is tussen de klachten en het geobserveerde gedrag verdiept hij de anamnese op dit punt en bespreekt hij zijn bevindingen met onderzochte.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op de diagnostiek van WAD I/II. De verzekeringsarts gaat door middel van eigen anamnestic onderzoek na of de diagnose op de werknemer van toepassing is. Het lichamelijk onderzoek kan de diagnose niet bevestigen, maar dient om de functie van de halswervelkolom te beoordelen.

Het wordt uitgevoerd op geleide van de aanwezige klachten en beperkingen. De verzekeringsarts let hierbij speciaal op:

- beweeglijkheid en drukpijnlijkheid van de halswervelkolom
- pijnlijkheid van nek- en schoudermusculatuur
- neurologisch onderzoek gericht op motoriek en sensibiliteit van de armen.

Met het oog op differentiële diagnostiek en eventuele comorbiditeit is de verzekeringsarts speciaal alert op: (4.5)

- ruggenmergletsel
- hersenletsel
- depressieve stoornis
- angststoornis
- somatoforme stoornis.

Bij aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen verricht de verzekeringsarts gericht aanvullend onderzoek.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden (4.5)

De verzekeringsarts overweegt onderzoek door derden indien hij aanvullende expertise nodig heeft voor het vaststellen of uitsluiten van neurologische, (neuro)psychologische of psychiatrische (co)morbiditeit.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich een oordeel over de mogelijke oorzaken van de stagnatie in het herstelproces, in de wetenschap dat de meerderheid van de werknemers met een WAD I/II binnen drie maanden herstelt en dat negentig procent binnen een jaar weer aan het werk is. Hij realiseert zich dat begeleiding en behandeling van patiënten met WAD I/II zich in de beginfase richten op voorlichting en activering, inclusief werkhervatting, dat het belangrijk is stagnatie in een vroeg stadium op het spoor te komen en dat na drie maanden bij stagnerend herstel een multidisciplinaire behandeling wordt geadviseerd.
-

- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

- Langdurig WAD I/II is een aandoening die gepaard kan gaan met een grote diversiteit aan klachten, stoornissen en beperkingen van functionele mogelijkheden en met meer of minder uitgesproken psychische comorbiditeit.
- De verzekeringsarts verricht een multifactoriële analyse van de actuele problematiek en beoordeelt op grond hiervan of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.
- De verzekeringsarts realiseert zich dat langdurige WAD I/II weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat op individueel niveau sprake is van grote verschillen in aard en ernst van de stoornissen en beperkingen.
- Als er beperkingen zijn, dan zijn deze in het algemeen zowel fysiek als cognitief van aard.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met WAD I/II zijn:

- Specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren:
 - hoog handelingstempo
 - deadlines en productiepieken
 - langer durende mentale inspanning, met name aandacht en concentratie
 - veelvuldige storingen, verschillende taken tegelijk verrichten.
- Fysieke belasting:
 - dynamische handelingen met belasting van de halswervelkolom en de schoudergordel
 - statische belastingen met belasting van de halswervelkolom en de schoudergordel
 - energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
 - energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
- Aanpassing aan omgevingseisen, bijvoorbeeld gebruik van beschermende middelen en ondergaan van lichaamstrillingen.
- Werktijden.

3 Te verwachten beloop (6.3)

- De prognose bij een langdurige WAD I/II na twee jaar ziekteverzuim is afhankelijk van de sociaal-medische voorgeschiedenis en de functionele mogelijkheden.
- Als in de voorafgaande periode duidelijk kansen zijn gemist, bijvoorbeeld in de begeleiding of in de behandeling van comorbiditeit, dan mag verwacht worden dat de kans op herstel te verhogen is door deze alsnog te benutten. Is dat niet het geval, dan is de prognose op afzienbare termijn veelal ongunstig.
- Ook wanneer het functioneel herstel goed is, blijven veel patiënten langdurig klachten houden.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Als de verzekeringsarts twijfelt aan kwaliteit en volledigheid van behandeling en begeleiding bij een werknemer na een whiplash, overlegt hij met betrokkene, diens bedrijfsarts, huisarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak.
- De verzekeringsarts overlegt ook als er sprake is van comorbiditeit waarbij geen of onvoldoende diagnostiek of behandeling heeft plaatsgevonden.
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig overlegt hij opnieuw met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Whiplash associated disorder I/II

1	Inleiding 25
2	De aandoening 27
2.1	Kenmerken 27
2.2	Epidemiologie 28
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid 29
3	Ontstaan en beloop 31
3.1	Ontstaan 31
3.2	Risicofactoren 32
3.3	Beloop 33
4	Diagnose en behandeling 35
4.1	Inleiding 35
4.2	Acute WAD I/II 36
4.3	Subacute WAD I/II 37
4.4	Langdurige WAD I/II 38
4.5	Differentiële diagnostiek en comorbiditeit 39
5	Werkhervatting 45

6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	47
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	47
6.2	Functionele mogelijkheden	48
6.3	Te verwachten beloop	49
6.4	Behandeling en begeleiding	49

	Literatuur	51
--	------------	----

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Whiplash associated disorder I/II* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met *whiplash associated disorder* graad I of II (WAD I/II). Het protocol behandelt dus niet de gevolgen van fracturen of dislocaties van de halswervelkolom of van aantoonbaar letsel van hersenen of ruggenmerg. Het behandelt in deel A *Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B *Beoordeling* de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met WAD I/II, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de richtlijn *Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II* van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en de KNGF-richtlijn *Whiplash*.^{1,2}

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Whiplash associated disorder I/II* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische

kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

2.1 Kenmerken

Een whiplash is een acceleratie-deceleratiemechanisme waarbij krachten inwerken op de nek. Het treedt niet alleen op bij auto-ongevallen, met name bij aanrijdingen van achteren of van de zijkant, maar ook bij veel andere soorten ongevallen. Het mechanisme kan resulteren in een beschadiging van de nek (*whiplash injury*) en kan een verscheidenheid aan klachten en stoornissen veroorzaken. Bij een *whiplash associated disorder* graad I of II (WAD I/II) kunnen pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van het houdings- en bewegingsapparaat (bijvoorbeeld afgenomen mobiliteit) aanwezig zijn, maar worden geen objectieve afwijkingen gevonden. Van een langdurige WAD I/II wordt gesproken indien de klachten langer dan drie maanden bestaan. Het klachtenpatroon kan dan uitgebreid zijn met moeheid, concentratiestoornissen, geheugenklachten en psychische klachten, zoals depressieve gevoelens, nervositeit, slecht slapen en emotionele labiliteit.¹

Na een acceleratie-deceleratieongeval kunnen ook neurologische uitvalsverschijnselen (afwijkende peesreflexen, spierzwakte en sensorische stoornissen) optreden. Ook kan er schade zijn aan de halswervelkolom die objectief vastgesteld kan worden, zoals fracturen of dislocaties van de wervels. In die gevallen wordt gesproken van een WAD graad III of IV. Deze gevolgen van een whiplash zijn niet het onderwerp van dit protocol. Het protocol gaat ook niet over de klachten en beperkingen die het gevolg zijn van een traumatisch hersenletsel.

Het protocol sluit aan bij rubriek S13.4 van de *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)* van de WHO: 'Sprain and strain of cervical spine'. Voor de verzekeringsgeneeskundige classificatie wordt gebruik gemaakt van CAS-code L550.

Er is veel verwarring rond het thema whiplash. De term 'whiplash' wordt in de praktijk vaak geassocieerd met kop-staartbotsingen in het verkeer, langdurige klachten die het dagelijks functioneren ernstig beperken en juridische procedures.

Het woord whiplash verwijst niet naar een diagnose, maar naar een ongevalsmechanisme. Het biomechanische gevolg ervan is een distorsie van de nek. De patiënt kan echter ook klachten en stoornissen ontwikkelen waarvan aannemelijk is dat deze niet alleen het gevolg zijn van de distorsie, maar ook van het ondergaan van het ongeval zelf en van verschillende andere factoren. In de literatuur worden meer dan veertig verschillende klachten genoemd. De meeste hiervan zijn specifiek in die zin dat ze ook bij andere aandoeningen worden beschreven. Een whiplash in de voorgeschiedenis is een noodzakelijke voorwaarde voor het stellen van de diagnose langdurige WAD I/II, maar er is geen specifiek substraat of anatomisch defect aantoonbaar dat de klachten verklaart. Een exact ziektemechanisme is bij langdurige WAD I/II nog niet vastgesteld, hierover bestaan wel hypothesen. Vooralsnog dient langdurige WAD I/II beschouwd te worden als een syndroom, dat wil zeggen: als een typische combinatie van klachten en symptomen waarvan het precieze ontstaansmechanisme nog onbekend is.¹ De onduidelijkheid over de exacte aard en oorzaak van langdurige WAD I/II is voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden niet van doorslaggevend belang.

2.2 Epidemiologie

Bij een retrospectief onderzoek naar 'sprain of the neck' door auto-ongevallen in Nederland bleek dat de prevalentie gestegen is van 3,4 per 100 000 inwoners in de periode 1970-1974 naar 40,2 per 100 000 in de periode 1990-1994.¹ De incidentie van WAD in Nederland is niet nauwkeurig bekend en er zijn geen recente getallen beschikbaar. In 2004 bleken in Nederland 19 200 claims wegens WAD bekend te zijn bij verzekeraars. Internationaal wordt een grote variatie aan incidenties gemeld, variërend van 16 tot 70 per 100 000 inwoners per jaar. De verschillen tussen landen worden waarschijnlijk bepaald door de gehanteerde definities en door sociaal-culturele verschillen.

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

Er zijn grote internationale verschillen in arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van WAD. In Nederland was WAD de hoofddiagnose bij 1,2 procent van de eerste WIA beoordelingen van 1 januari 2006 tot en met juli 2007, even vaak als bij de WAO beoordelingen in 2004. WAD werd daarnaast bij 0,2 procent van de WIA beoordelingen als nevendiagnose geregistreerd.³

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Om de diagnose WAD I/II te kunnen stellen moet sprake geweest zijn van een whiplash in de voorgeschiedenis als gevolg waarvan een beschadiging van de weke delen van de nek (*whiplash injury*) kan optreden. De klachten en beperkingen in aansluiting op de whiplash kunnen in het algemeen verklaard worden als gevolgen van een tendomyogene stoornis met (ernstige) pijnklachten, al of niet in combinatie met een acute psychologische respons. Vervolgens kan een meer langdurige WAD I/II ontstaan door een samengaan, of een opeenvolging van, pijnklachten, sociale, culturele, financiële en persoonlijke factoren. WAD I/II kan dus niet verklaard worden door uitsluitend somatische of uitsluitend psychosociale factoren.

Bij een langdurige WAD I/II kunnen nekpijn en uitstralende pijn uitgebreid zijn met cognitieve, psychische en fysieke klachten. Deze klachten zijn specifiek in die zin dat ze ook bij andere aandoeningen worden beschreven. Op grond van overeenkomsten in symptomatologie en multifactoriële pathogenese wordt langdurige WAD I/II door sommige auteurs wel gerangschikt onder de functioneel somatische syndromen.⁴⁻⁶

Pijn is een van de centrale kenmerken van WAD I/II. Pijn is geen geïsoleerd symptoom. Ernstige pijn veroorzaakt vermoeidheid, vermindert de concentratie, tast de stemming aan, verstoort de slaap en doet de dagelijkse activiteiten afnemen. Voor veel patiënten is er een punt waarop pijn het dagelijks leven ernstig

verstoort en een cascade aan gevolgen veroorzaakt.⁷ Op basis van verschillende kwalitatief goede studies kan geconcludeerd worden dat psychosociale variabelen sterk gerelateerd zijn aan de *overgang* van acute pijn naar chronische pijn en daarmee samenhangende stoornissen en beperkingen.^{1,8} Psychosociale variabelen hebben over het algemeen een grotere invloed op beperkingen die samenhangen met pijn dan biomedische of biomechanische factoren. De manier waarop met de pijn wordt omgegaan, de betekenis die aan de pijn wordt toegekend en emoties als depressie en angst, hebben grote invloed op de gevolgen van pijn, waaronder die voor het functioneren.

Er zijn verschillende psychologische verklaringsmodellen ontwikkeld voor ontstaan en voortbestaan van pijn bij verschillende subgroepen van patiënten met chronische pijn. Een bekend verklaringsmodel is het angst- en vermijdingsmodel van Vlaeyen. Bewegingsangst en catastroferende cognities zouden een vicieuze cirkel in stand houden.⁹ Een ander model, van Brandstädter, is gebaseerd op het zelfbeeld van mensen. Dit model gaat uit van een discrepantie tussen de vroegere doelstellingen van mensen en wat zij nu, met de pijnklachten, nog kunnen bereiken. De patiënt kan blijven uitgaan van irreële doelen.

Naast psychologische en sociaal-culturele factoren spelen somatische factoren waarschijnlijk ook een rol bij WAD I/II. Een belangrijk concept in deze is de vestibulaire hyperreactiviteit bij WAD I/II.¹ Uitgaande van het gegeven dat er een nauwe relatie is tussen de nek musculatuur en de evenwichtskernen in de hersenstam is het voorstelbaar dat een pijnlijke en hypertone nek effecten heeft op de regulatie van het evenwicht en wellicht op nog meer functies van de hersenstam. Van belang is ook dat de functie *aandacht* voor een groot deel via systemen in de hersenstam gereguleerd wordt.

3.2 Risicofactoren

Onderzoek heeft aangetoond dat veel pijn direct na het ongeval een risicofactor is voor vertraagd herstel. Ook de psychiatrische toestand na de whiplash is geassocieerd met het ontstaan van langdurige klachten. Depressie, angst, *hyperarousal*, catastrofaal denken en een passieve copingstijl spelen in dit verband mogelijk een rol.¹ Het zoeken naar sociale steun in de eerste weken na het ongeval is mogelijk eveneens geassocieerd met de duur van de neklachten.¹⁰

Dat hoofdpijn en nekpijn die vóór het ongeval aanwezig waren, invloed hebben op het ontstaan van langdurige WAD I/II is niet aangetoond. Leeftijd en geslacht zijn waarschijnlijk niet van invloed. Wat de whiplash zelf betreft: het is niet aangetoond dat mechanische factoren, zoals aanrijdingen van achter, snelheid(sverandering), hoofdsteun of zitpositie, voorspellende waarde hebben voor

de duur en de ernst van de klachten. Er zijn wel aanwijzingen dat (het verschil in) voertuigmassa een rol speelt en dat het gebruik van de autogordel met een hoger risico gepaard gaat.¹

Naar de mogelijke invloed van een lopende letselschadeclaim op de prognose is veel onderzoek gedaan. Hieruit zijn tot nu toe geen eenduidige conclusies te trekken.

3.3 Beloop

Nauwkeurige getallen over het beloop van WAD I/II zijn niet beschikbaar. Een van de redenen is dat ‘herstel’ op verschillende manieren gedefinieerd kan worden, bijvoorbeeld als ‘pijnvrij’, maar ook als ‘werkhervatting’. Er zijn wel goede indicaties dat na een whiplash rond de tachtig procent van de werknemers binnen drie maanden het werk hervat en dat uiteindelijk tussen de 92 en 95 procent geheel of gedeeltelijk terugkeert naar het werk.^{1,11}

Algemeen wordt aangenomen dat vijftien tot dertig procent van de WAD patiënten, ook wanneer zij hun werk hervatten, chronisch klachten houdt. In de literatuur worden echter ook getallen tot ruim vijftig procent genoemd.¹²

Diagnose en behandeling

4.1 Inleiding

In dit protocol wordt er van uitgegaan dat de diagnose WAD I/II al gesteld is op het moment dat de verzekeringsarts zijn onderzoek verricht. Hoewel de verzekeringsarts in de praktijk, twee jaar na het begin van het ziekteverzuim, zelden patiënten met een acute WAD I/II zal zien, wordt deze fase van de aandoening met het oog op een goed begrip van beloop, herstel en stagnatie wel kort besproken.

Als de verzekeringsarts een patiënt met een langdurige WAD I/II beoordeelt, realiseert hij zich dat zowel bij artsen als patiënten verschillende opvattingen over dit syndroom bestaan die regelmatig aanleiding zijn voor controverses, en dat dit zijn weerslag *kan* hebben op de communicatie tussen arts en patiënt. Sommige artsen menen dat een lopende letselschadeclaim de ziekenrol bevestigt, het herstel vertraagt en aggraving in de hand werkt. Patiënten voelen zich niet altijd serieus genomen, hebben soms geen vertrouwen in de deskundigheid van (keurend) artsen en kunnen ten aanzien van medische beoordelingen en keuringen weerstand ontwikkeld hebben. Bij het onderzoeken van patiënten met langdurige WAD I/II worden aan de communicatieve vaardigheden van de arts bijzondere eisen gesteld.^{5,6}

4.2 Acute WAD I/II

De eerste drie dagen na een whiplash is er sprake van locale reacties op weefselbeschadiging, met pijn als voornaamste symptoom.² Uitgangspunten bij de diagnostiek van acute WAD I/II zijn de anamnese en het lichamelijk onderzoek.

Anamnese

In de anamnese dient sprake te zijn van een whiplash.

Typische klachten bij acute WAD I/II zijn:

- pijn in de nek, soms uitstralend naar achterhoofd, schouders en armen
- stijve nek en beperking van de beweging
- hoofdpijn, vooral in het achterhoofd, soms uitstralend naar het voorhoofd.

Minder vaak voorkomende klachten zijn:

- klachten over het zien, het gehoor, oorsuizen, duizeligheid en misselijkheid
- tintelingen en een doof gevoel in de handen
- klachten over het geheugen, moeheid en autonome functies.

Aangeraden wordt om de ernst van de pijn vast te leggen met de *Visual Analogue Scale* (VAS). Met behulp van dit eenvoudige instrument kan het beloop van de pijnklachten in de tijd gevolgd worden.* Veel pijn direct na het ongeval is een prognostische factor voor vertraagd herstel.⁷

Lichamelijk onderzoek

Er is geen specifiek lichamelijk onderzoek waarmee de diagnose WAD I/II eenduidig kan worden bevestigd.

Beeldvormend onderzoek kan aangewezen zijn om andere diagnoses uit te sluiten (fracturen en dislocaties van de halswervelkolom), maar kan geen positieve bevindingen opleveren die de diagnose WAD I of WAD II kunnen bevestigen.

* De VAS bestaat uit een horizontale lijn van meestal tien centimeter waarop de patiënt door een verticaal streepje de ernst van de pijn aangeeft. De patiënt moet zijn score invullen voor een gestandaardiseerde periode, bijvoorbeeld de voorafgaande week.

Neuropsychologisch onderzoek wordt de eerste maanden na het ongeval niet geadviseerd, tenzij cognitieve klachten (geheugen, concentratie) op de voorgrond staan.¹ Bij het neuropsychologisch onderzoeken van patiënten met klachten na het ongeval worden wel verminderde cognitieve prestaties gevonden. Waarschijnlijk zijn deze niet aan hersenschade toe te schrijven, maar zijn ze het gevolg van andere factoren, zoals moeheid, somberheid en pijn.

Behandeling

Aanbevolen wordt om in het acute stadium tijdcontingent pijnstilling te geven en de patiënt voor te lichten en gerust te stellen. Er is geen indicatie voor het voorschrijven van spierrelaxantia.

Verskillende behandelingen zijn mogelijk, maar er moet altijd sprake zijn van een duidelijk stimulerend beleid, dat gericht is op instandhouding of hervatting van het normale bewegings-, activiteiten- en participatiepatroon. Passieve behandelstrategieën, zoals het gebruik van een halskraag, worden met nadruk ontraden.^{1,2,9,11,13,14}

4.3 Subacute WAD I/II

Bij een normaal herstel zal er tussen vier dagen en drie tot vier weken na het ongeval sprake zijn van herstel van functies en van uitbreiding van activiteiten en participatie. De pijn zal niet meer centraal staan en de patiënt zal zijn normale leefpatroon geleidelijk aan hervatten. Als er tussen zes weken en drie maanden na het ongeval geen vooruitgang zichtbaar is in activiteiten en participatie, is er sprake van vertraagd herstel.

Tekenen van vertraagd herstel zijn:²

- aanhoudende pijn
- vermindering van activiteiten of participatie
- uitbreiding van de klachten met klachten van algemene aard, zoals moeheid, verminderde algemene fysieke belastbaarheid en depressieve klachten
- progressieve bewegingsangst
- toenemende vraag van de patiënt naar medisch onderzoek of behandeling.

De behandeling in de subacute fase is gericht op:²

- vergroten van kennis en inzicht in de klachten
- verbeteren van functies

- verhogen van activiteitsniveau en mate van participatie
- bevorderen van adequate wijze van omgaan met de klachten.

4.4 Langdurige WAD I/II

Als de stoornissen, activiteitenbeperkingen en participatieproblemen langer dan drie maanden voortduren, is er sprake van langdurige WAD I/II en nemen de kansen op volledig herstel af.² De klachten en stoornissen die bij langdurige WAD I/II kunnen voorkomen zijn:

- *Pijn.* Pijn is de basisklacht bij een langdurige WAD I/II.⁷ De pijnklachten betreffen niet alleen de nek, maar ook hoofdpijn, rug en schouderpijn met uitstraling naar de armen en temporomandibulaire pijn kunnen zich voordoen. De pijn kan wisselen van plaats en in intensiteit. De pijn kan ook gepaard gaan met wisselende paresthesieën, die niet volgens een neuro-anatomisch patroon hoeven te verlopen.
 - *Hypertonie en bewegingsbeperking.* Bij onderzoek wordt regelmatig hypertonie van de nek- en rugspieren gevonden en bewegingsbeperking van de halswervelkolom. Dit wordt vaak als één van de oorzaken van de pijnklachten gezien, maar de relatie is niet eenduidig.
 - *Cognitieve stoornissen.* Dertig tot vijftig procent van de patiënten heeft tussen de drie maanden en twee jaar klachten over geheugen- en concentratieproblemen. Bij neuropsychologisch onderzoek worden hierbij regelmatig discrete aandachtstoornissen gevonden. In de praktijk is het neuropsychologisch onderzoek echter geen vast onderdeel van de diagnostiek. Er is een verband aangetoond tussen pijnklachten en verminderde cognitieve prestaties bij mensen met langdurige WAD I/II, maar pijn is waarschijnlijk niet de enige factor die de cognitieve stoornissen verklaart.¹ Pijn, moeheid, slaapstoornissen en cognitieve stoornissen kunnen een wederkerig negatief effect hebben, waarbij oorzaak en gevolg niet altijd te onderscheiden zijn. Aandacht- en geheugenstoornissen kunnen ook in verband staan met psychiatrische comorbiditeit.
 - *Psychische klachten.* Versteegen vond bij een groep van honderd patiënten die rapporteerden dat zij vóór het ongeval geen klachten hadden, vier jaar later in ruim veertig procent van de gevallen een of meer psychische klachten, zoals angst, nervositeit, gespannenheid, emotionele instabiliteit, piekeren en depressieve gevoelens (zie 4.5 voor de diagnostiek van comorbiditeit).¹²
 - *Neurologische klachten.* Patiënten met langdurige WAD I/II hebben regelmatig ook klachten over visus-, duizeligheids- en evenwichtstoornissen. Neu-
-

rologisch onderzoek om deze stoornissen en beperkingen te objectiveren hebben in de dagelijkse praktijk geringe diagnostische waarde.¹

Patiënten melden vaak dat hun klachten een wisselend beloop hebben, met goede, slechte en gemiddelde dagen.

Behandeling

Er zijn geen onderzoeken bekend waarin de effectiviteit van een specifieke behandeling bij langdurige WAD I/II is aangetoond.¹⁴ In de praktijk worden patiënten met langdurige WAD I/II vaak behandeld door multidisciplinaire teams.^{*12}

Bij langdurige WAD I/II spelen verschillende factoren een rol waarvan de effecten moeilijk ontward kunnen worden. Er is sprake van een inadequate compensatie, als reactie op de pijn en op andere klachten, die kan bestaan uit over- of onderbelasting. De gedachte dat het zou gaan om onderbelasting sluit aan bij het *fear avoidance* model van Vlaeyen. De verklaring door overbelasting sluit aan bij het verklaringsmodel van Brandstädter, dat erop wijst dat patiënten zich soms irrealistische doelen stellen die niet haalbaar zijn.⁹ De behandeling dient cognitief-gedragmatig van aard te zijn en gericht op het doorbreken van de associaties die leiden tot het chronische klachtenpatroon. De cognitieve prestaties blijken niet altijd te verbeteren als de pijnklachten afnemen.

4.5 Differentiële diagnostiek en comorbiditeit

Bij de differentiële diagnostiek moet aandacht besteed worden aan somatische diagnostiek en aan psychodiagnostiek. Bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling na twee jaar zal de psychodiagnostiek vaak op de voorgrond staan. De verzekeringsarts gaat echter ook na of een somatische oorzaak van de klachten aannemelijk is en, zo dat het geval is, of daaraan in de voorgeschiedenis voldoende aandacht is besteed. Bij twijfel verdiept hij de anamnese op dit punt en verricht hij zo nodig zelf gericht lichamelijk onderzoek. Bij positieve bevindingen of aanhoudende twijfel overlegt hij hierover met de behandelend arts of overweegt hij een expertise.

* De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie beveelt bij langdurige klachten een activerende en actieve therapie aan. De Quebec Task Force en de Motor Accidents Authority adviseren een multidisciplinaire behandeling.^{11,13} De NVAB beveelt een multidisciplinaire behandeling aan als bij specifieke nekkklachten na drie maanden verzuim het werk nog niet hervat is.¹⁵

Bij veel functionele somatische syndromen komt een hoger dan gemiddeld aantal psychiatrische aandoeningen voor, met name angst-, depressieve en somatoforme stoornissen.^{1,4,16} Omdat de whiplash een duidelijk beginpunt van de WAD-klachten markeert, is het begrijpelijk dat klachten van psychiatrische origine, al of niet gesomatiseerd, aan de whiplash worden toegeschreven en dat de psychiatrische problematiek zelf aan het zicht onttrokken blijft. Het herkennen van comorbiditeit en een goede differentiële diagnostiek zijn niet alleen voor de behandeling en begeleiding, maar ook voor de beoordeling van de beperkingen en de prognose van groot belang.

Een psychiatrische stoornis kan al vóór het ongeval aanwezig geweest zijn en bijgedragen hebben aan het ontstaan van langdurige WAD I/II, maar kan zich ook ná het ongeval ontwikkelen.¹⁷ Voor de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden door de verzekeringsarts is dit onderscheid niet van doorslaggevend belang.

4.5.1 *Depressieve stoornis*

Een depressieve stoornis kan variëren van een licht ziektebeeld met weinig gevolgen voor het functioneren tot een ernstig ziektebeeld met veel beperkingen. Ook lichtere vormen van depressie kunnen in combinatie met langdurige WAD I/II voor aanzienlijke beperkingen zorgen en behandeling ervan kan bijdragen aan functionele verbeteringen.

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door twee kernsymptomen – een depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of een duidelijke vermindering van plezier in bijna alle activiteiten (verlies van levenslust) – en zeven aanvullende symptomen. Van een depressieve episode wordt gesproken indien, met inbegrip van één of beide kernsymptomen, minimaal vijf van de negen symptomen aanwezig zijn, gedurende tenminste twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, bijna elke dag. Bij een depressieve stoornis zijn moeheid en verlies aan energie vaak prominent aanwezige symptomen, maar er kunnen ook klachten zijn als slapeloosheid, verminderd vermogen tot nadenken en concentreren en besluiteloosheid. Deze symptomen vertonen grote overlap met klachten die WAD I/II patiënten vaak hebben. Om die reden moet de verzekeringsarts bij iemand met WAD I/II steeds denken aan de mogelijkheid van een depressieve stoornis. Bruikbare vragen om de kernsymptomen te screenen zijn:

- bent u somber, depressief, is uw stemming bedrukt?
- bent u uw interesse of plezier kwijt in (bijna) alles wat u doet?

Als onderzochte op een of beide vragen positief antwoord geeft, dient de anamnese voor depressie verder uitgediept te worden, waarbij de verzekeringsarts ook rekening houdt met de mogelijkheid van een milde variant van de depressieve stoornis (*minor depression* of dysthymie). Voor de differentiële diagnostiek is van belang dat in een depressieve episode het zelfvertrouwen en het zelfbeeld zijn aangetast. Bij klachten als gevolg een andere oorzaak, bijvoorbeeld WAD I/II, is dat niet of minder het geval.

Voor nadere informatie over de diagnostiek, behandeling en prognose van deze beelden wordt verwezen naar de *NHG-Standaard Depressie*, de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* en het daarbij aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Depressieve stoornis*.

4.5.2 Angststoornissen

Bij veel mensen met langdurige WAD I/II komen na twee jaar nog angstklachten voor.^{1,7,16} Met name de mogelijkheid dat sprake is van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) verdient aandacht.

Er moet onderscheid gemaakt worden tussen angst als normale reactie op een stressbron (bijvoorbeeld het ongeval of de aanhoudende pijnklachten) en angst als stoornis. Een angststoornis wordt gekenmerkt door buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst, die aanleiding geeft tot subjectief lijden of tot hinder in de beroepsrol of andere sociale rollen. Een angststoornis kan, evenals een depressieve stoornis, variëren van een licht ziektebeeld met weinig gevolgen tot een ernstige ziekte met veel lijden en ernstige beperkingen in het functioneren. Angststoornissen hebben een fluctuerend beloop en ontstaan bijna altijd voor het veertigste levensjaar. Dat laatste geldt niet voor de PTSS, omdat het oorzakelijke trauma op iedere leeftijd kan plaatsvinden. Geschat wordt dat elf tot vijftientig procent van de patiënten met langdurige WAD I/II ook voldoet aan de criteria van een PTSS.^{1,7,18}

Bij angststoornissen wordt uitgegaan van een multicausaal verklaringsmodel waarin sprake is van zowel predisponerende als uitlokkende factoren. De predispositie speelt de belangrijkste rol. Stressvolle gebeurtenissen, zoals een ongeval of de daarop volgende ernstige pijn, kunnen bij mensen die op dat punt kwetsbaar zijn, een angststoornis uitlokken of een ongunstige invloed uitoefenen op de fluctuaties in het beloop van een bestaande stoornis.

Het herkennen van angststoornissen is vaak moeilijk. Veel patiënten spreken, al of niet uit schaamte, niet spontaan over hun angst(en) of herkennen hun gevoelens niet als angst, maar als onrust. Ze presenteren vaak wisselende, schijnbaar niet samenhangende klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, concentra-

tieproblemen, slaapstoornissen en lichamelijke klachten, waaronder moeheid. Deze symptomen overlappen voor een deel met die van WAD I/II.

De verzekeringsarts die een angststoornis vermoedt, moet daar gericht naar vragen. Hij kan gebruik maken van de volgende vragen:

- voelt u zich angstig, of voelt u zich angstiger dan vroeger?
- maakt u zich veel zorgen en, zo ja, waarover?
- heeft u onbestemde angstgevoelens?
- bent u wel eens zo angstig dat u denkt dat u dood gaat, gek wordt of de controle verliest?
- belemmeren de gevoelens u in uw functioneren en, zo ja, op welke wijze?

Vermoedt de verzekeringsarts een PTSS dan kan hij vragen:

- heeft u wel eens last van nachtmerries of akelig dromen over het ongeval?
- heeft u last van herbelevingen of zich opdringende onaangename herinneringen aan het ongeval?
- vermijdt u bepaalde situaties die u doen denken aan het ongeval, bijvoorbeeld autorijden of de plaats van het ongeval?

Voor nadere informatie over diagnostiek, behandeling en prognose van angststoornissen wordt verwezen naar de *NHG-Standaard Angststoornissen*, de *Multi-disciplinaire richtlijn Angststoornissen* en het daarbij aansluitende verzekeringsgeneeskundig protocol *Angststoornissen*.

4.5.3 Somatoforme stoornissen

Bij slechts een klein deel van de mensen met lichamelijke klachten die lichamelijk niet verklaard kunnen worden, is sprake van een somatoforme stoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV. Er worden zeven somatoforme stoornissen onderscheiden.¹⁹ Voor de differentiële diagnostiek bij WAD I/II is vooral de ongedifferentieerde somatoforme stoornis van belang, omdat hieronder waarschijnlijk de ernstige uitingsvormen van een aantal functionele syndromen vallen.²⁰

Bij een ongedifferentieerde somatoforme stoornis is sprake van een of meer lichamelijke klachten die langer dan zes maanden aanwezig zijn, waarvoor geen adequate lichamelijke verklaring wordt gevonden en die niet het directe gevolg zijn van middelengebruik. De symptomen worden niet met opzet voorgewend en veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. Ook lichamelijke klachten die erger zijn dan op grond van een ongeval verwacht mag worden kunnen hieronder vallen.

Als de verzekeringsarts twijfelt of er sprake is van een somatoforme stoornis en er is nog geen gericht onderzoek naar gedaan, dan dient hij een psychiatrische expertise te overwegen.²¹

Werkhervatting

De prognose ten aanzien van werkhervatting na een whiplash is over het algemeen goed. Van de mensen die na een whiplash verzuimen keert negentig tot 95 procent, al of niet met klachten, al of niet gedeeltelijk, terug naar het werk.^{1,7}. Rond de tachtig procent heeft na drie maanden het werk hervat en negentig procent na een jaar.²² De mediane hersteltijd was in een groot onderzoek dertig dagen.¹¹ Van de patiënten met lichamelijk belastend werk keert echter dertien procent niet terug naar het eigen werk. Voor de mensen met kantoorwerk is dit vijf procent.¹

Er zijn weinig gegevens bekend over arbeidsomstandigheden die herstel en werkhervatting bij WAD I/II bevorderen of belemmeren. Risicofactoren voor een blijvende ongeschiktheid voor het eigen werk zijn in het algemeen: zware werkzaamheden, lagere professionele status en lagere arbeidssatisfactie. Het is niet duidelijk of het werkhervattingsproces beïnvloed wordt door een lopende letselschadeclaim.

Behandeling en begeleiding in de eerste drie weken na de whiplash zijn gericht op vergroting van het inzicht in de aard van het letsel en de prognose, bevordering van een adequate wijze van omgaan met de klachten, herstel van het functioneren en zo nodig pijnstilling. Een WAD I/II hoeft een spoedige werkhervatting niet in de weg te staan. De werknemer hoeft voor werkhervatting niet klachtenvrij te zijn. Afhankelijk van de ernst van de klachten en de aard van de werkzaamheden kunnen tijdelijk aanpassingen geadviseerd worden. De NVAB-

richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek* adviseert bij aspecifieke een geleidelijke, tijdcontingente werkhervatting, met aandacht voor ongunstige ergonomische omstandigheden.¹⁵ Fysiotherapeutische begeleiding kan bij de werkhervatting goede ondersteuning bieden.² Zo nodig kan een bedrijfsfysiotherapeut adviseren bij aanpassing van de werkzaamheden aan de belastbaarheid van de werknemer.

De herstelcurve vlak na zes weken af. Als er tussen zes weken en drie maanden na het ongeval geen vooruitgang zichtbaar is in activiteiten en participatie, is er sprake van een vertraagd herstel. De bedrijfsarts dient tijdig een multicausale analyse te maken en na te gaan of er beïnvloedbare factoren in het spel zijn. Als na drie maanden verzuim het werk nog niet hervat is, beveelt de NVAB-richtlijn aan om bij aspecifieke nekkklachten naar een centrum voor multidisciplinaire behandeling te verwijzen.¹⁵ Naar de effectiviteit van multidisciplinaire behandelingen bij WAD I/II is nog weinig onderzoek gedaan. Voor aspecifieke nekkklachten is er wel beperkt bewijs dat bij langdurige klachten multidisciplinaire behandeling effectief is.²³ Een multidisciplinaire behandeling bij WAD I/II wordt ook geadviseerd in buitenlandse richtlijnen (zie 4.4).

Als bij vertraagd herstel cognitieve klachten (over geheugen en concentratie) op de voorgrond staan, kan dit een indicatie zijn voor neuropsychologisch onderzoek, inclusief onderzoek naar symptoomvaliditeit.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met een WAD I/II voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij een langdurig bestaande WAD I/II vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de mogelijke oorzaken van de stagnatie in het herstelproces, in de wetenschap dat de meerderheid van de werknemers met een WAD I/II binnen drie maanden herstelt en dat negentig procent na een jaar weer aan het werk is. Hij realiseert zich dat begeleiding en behandeling van patiënten met WAD I/II zich in de beginfase richten op voorlichting en activering, inclusief werkhervatting, dat het belangrijk is stagnatie in een vroeg stadium op het spoor te komen en dat na drie maanden bij stagnerend herstel een multidisciplinaire behandeling wordt geadviseerd. De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat niet alle kansen voor revalidatie en re-integratie zijn benut.

De verzekeringsarts betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.²⁴

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij WAD I/II is per definitie geen sprake van neurologische afwijkingen of wervelletsel. Voortzetting of hervatting van arbeid zal bij WAD I/II geen organische schade veroorzaken. Dat neemt niet weg dat WAD I/II een aandoening is die gepaard kan gaan met een grote diversiteit aan klachten, stoornissen en beperkingen van functionele mogelijkheden.

De verzekeringsarts verricht een multifactoriële analyse van de actuele problematiek en beoordeelt op grond hiervan of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen die passen in een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Hij realiseert zich dat veel patiënten met WAD I/II een achteruitgang in de kwaliteit van leven ervaren in vergelijking met de tijd vóór het ongeval, dat zij vele jaren na de whiplash nog fysieke en cognitieve beperkingen kunnen ondervinden en dat ze last kunnen hebben van meer of minder uitgesproken psychische comorbiditeit. Hij is zich er bovendien van bewust dat langdurige WAD I/II weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat op individueel niveau sprake is van grote verschillen in aard en ernst van de stoornissen en beperkingen.

De verzekeringsarts houdt rekening met de mogelijkheid van zowel fysieke als cognitieve beperkingen. De cognitieve stoornissen kunnen bijvoorbeeld verklaard worden door een chronische pijnstoornis of door comorbiditeit. Er zijn geen aanwijzingen dat de cognitieve stoornissen bij WAD I/II het gevolg zijn van morfologische of functionele neurologische schade. Als de cognitieve klachten op de voorgrond staan en de verzekeringsarts hierover onvoldoende informatie aantreft in het dossier of twijfelt op grond van het eigen onderzoek, dan overweegt hij een neuropsychologisch onderzoek. Indien hij daartoe besluit, dan moet ook de symptoomvaliditeit onderzocht worden.

Als een werknemer cognitieve beperkingen heeft, dan wil dat niet altijd zeggen dat hij daarmee ook lager scoort dan de normaalwaarden die in de *Functionele mogelijkhedenlijst* voor aandacht en concentratie gehanteerd worden. Niettemin kunnen de beperkingen relevant zijn voor de uitoefening van het eigen beroep en voor de te duiden functies.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met langdurige WAD I/II zijn:

- Specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren:
 - hoog handelingstempo
 - deadlines en productiepieken
-

- langer durende mentale inspanning, met name aandacht en concentratie
- veelvuldige storingen, verschillende taken tegelijk verrichten.
- Fysieke belasting:
 - dynamische handelingen met belasting van de halswervelkolom en de schoudergordel
 - statische belastingen met belasting van de halswervelkolom en de schoudergordel
 - energetisch belastende dynamische handelingen, bijvoorbeeld lopen, traplopen, tillen, dragen, frequent uitgevoerde handelingen
 - energetisch belastende statische houdingen, bijvoorbeeld langdurig staan.
- Aanpassing aan omgevingseisen, bijvoorbeeld gebruik van beschermende middelen en ondergaan van lichaamstrillingen.
- Werktijden.

6.3 Te verwachten beloop

De prognose bij een langdurige WAD I/II na twee jaar ziekteverzuim is afhankelijk van de sociaal-medische voorgeschiedenis en de functionele mogelijkheden. Als in de voorafgaande periode duidelijk kansen zijn gemist, bijvoorbeeld in de begeleiding of in de behandeling van comorbiditeit, dan mag verwacht worden dat de kans op herstel te verhogen is door deze alsnog te benutten. Is dat niet het geval, dan is de prognose op afzienbare termijn veelal ongunstig. Ook wanneer het functioneel herstel goed is, blijven veel patiënten langdurig klachten houden en ondervinden zij sociale gevolgen van de WAD I/II.

6.4 Behandeling en begeleiding

Als de verzekeringsarts twijfelt aan kwaliteit en volledigheid van behandeling en begeleiding bij een werknemer na een whiplash, overlegt hij met betrokkene, diens bedrijfsarts, huisarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak. De verzekeringsarts overlegt ook als er sprake is van comorbiditeit waarbij geen of onvoldoende diagnostiek of behandeling heeft plaatsgevonden. Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig overlegt hij opnieuw met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

-
- 1 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie; 2008.
 - 2 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-richtlijn Whiplash. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2005; 115(1 S): 3-29.
 - 3 Kenniscentrum UWV. UWV Kwartaal Verkenning 2007-III. Amsterdam: UWV; 2007. Internet: http://www.uwv.nl/Images/UKV%202007-III_tcm26-147000.pdf, 09.11.07.
 - 4 Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 1999; 130(11): 910-921.
 - 5 Ferrari R, Schrader H. The late whiplash syndrome: a biopsychosocial approach. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70(6): 722-726.
 - 6 Ferrari R, Russell AS, Carroll LJ, Cassidy JD. A re-examination of the whiplash associated disorders (WAD) as a systemic illness. Ann Rheum Dis 2005; 64(9): 1337-1342.
 - 7 Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders--a review. J Rehabil Med 2004; 36(5): 193-209.
 - 8 Aronoff GM, Feldman JB, Champion TS. Management of chronic pain and control of long-term disability. Occup Med 2000; 15(4): 755-70, iv.
 - 9 Vendrig AA, Castro WHM, Scholten-Peeters GGM, van Akkerveeken PF. Praktische richtlijnen voor de preventie van chronische klachten na een whiplashtrauma, gebaseerd op gepubliceerde evidence. Ned Tijdschr Geneesk 2004; 148(35): 1716-1720.
 - 10 Buitenhuis J, Spanjer J, Fidler V. Recovery from acute whiplash: the role of coping styles. Spine 2003; 28(9): 896-901.
-

- 11 Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S e.a. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995; 20(8 Suppl): 1S-73S.
- 12 Versteegen GJ. Sprain of the neck & whiplash associated disorders: prevalence and consequences [Proefschrift]. Groningen: 2001.
- 13 Motor Accidents Authority. Guidelines for the management of whiplash-associated disorders. Sydney NSW 2000: Motor Accidents Authority; 2001.
- 14 Verhagen AP, Scholten-Peeters GG, van WS, de Bie RA, Bierma-Zeinstra SM. Conservative treatments for whiplash. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2): CD003338.
- 15 NVAB. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek. Utrecht: NVAB; 2003.
- 16 Wenzel HG, Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. A population study of anxiety and depression among persons who report whiplash traumas. *J Psychosom Res* 2002; 53(3): 831-835.
- 17 Kivioja J, Sjalín M, Lindgren U. Psychiatric morbidity in patients with chronic whiplash-associated disorder. *Spine* 2004; 29(11): 1235-1239.
- 18 Buitenhuis J, de Jong PJ, Jaspers JP, Groothoff JW. Relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and the course of whiplash complaints. *J Psychosom Res* 2006; 61(5): 681-689.
- 19 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 20 van der Horst HE. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. In: van der Feltz-Cornelis C, van der Horst HE, editors. *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*. Utrecht: De Tijdstroom; 2002: 15-27.
- 21 van der Horst HE. Diagnostiek en somatisatie in de huisartspraktijk. In: van der Feltz-Cornelis C, van der Horst HE, editors. *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008: 43-53.
- 22 Hendriks EJ, Scholten-Peeters GG, van der Windt DA, Neeleman-van der Steen CW, Oostendorp RA, Verhagen AP. Prognostic factors for poor recovery in acute whiplash patients. *Pain* 2005; 114(3): 408-416.
- 23 NVAB. Achtergronddocument bij de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek. Utrecht: NVAB; 2003.
- 24 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
-

A	Adviesaanvraag
---	----------------

B	Commissie
---	-----------

C	Commentaren
---	-------------

Bijlagen

Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 schreef de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene bezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandel mogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is. Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgactiviteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
w.g. mr. A.J. de Geus

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren

- de werkgroep Whiplash en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Whiplash associated disorder I/II*
- de werkgroep Lage rugklachten en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)*
- de werkgroep Myocardinfarct en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)*.

Werkgroep Whiplash

- prof. dr. P.J.E. Bindels, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - drs. J. Buitenhuis
verzekeringarts, Univé, Assen
 - dr. A.M. Boonstra
revalidatie-arts, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag
 - dr. J. Dijkstra
neuro-psychologe, Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - drs. E.J.W. Keuter
neuroloog, Diaconessenhuis, Meppel
-

- drs. C. Klingers
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Breda
- drs. M.F.A. Labuschagne-van Hoffen
bedrijfsarts, ING Arboteam Regio West, Den Haag
- dr. A.F.G. Leentjens
psychiater, Academisch Ziekenhuis Maastricht
- drs. A.L. Verdaasdonk
huisarts, Elst (Utrecht)
- dr. A.P. Verhagen
fysiotherapeut, epidemioloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Lage rugklachten

- prof. dr. B.W. Koes, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. R.A. de Bie
hoogleraar *research in physiotherapy*, Universiteit Maastricht
 - dr. A.W. Chavannes
huisarts, Epe
 - drs. H.S. Miedema
arts-epidemioloog, directeur Kenniscentrum Arbeid en Klachten
Bewegingsapparaat, Rotterdam
 - dr. T.M. Pal
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - N.K.M. van der Plas
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Bosch
 - J.T.M. Steinebach
arbeidsdeskundige, Wassenaar
 - dr. J.H.A.M. Verbeek
bedrijfsarts, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid,
Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - dr. P.C.A.J. Vroomen
neuroloog, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
-

- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Myocardinfarct

- prof. dr. W.J.J. Assendelft, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
 - prof. dr. F.W.H.M. Bär
hoogleraar cardiologie, Universiteit Maastricht
 - dr. M. Bouma
huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
 - J.L. van Dijk
bedrijfsarts, Achmea Arbo, Amsterdam
 - dr. I.M. Hellemans
cardioloog, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. T.M. Pal
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - N.K.M. van der Plas
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Bosch
 - dr. F.H. Rutten
huisarts, Rhenen
 - J.T.M. Steinebach
arbeidsdeskundige, Wassenaar
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
 - A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
 - mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag
-

Commissie WIA

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
 - drs. W.E.L. de Boer
verzekeringsarts, directeur Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 - dr. E. Borst-Eilers
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Bilthoven
 - prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - prof. dr. J.W. Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health, NSPOH, Amsterdam
 - dr. H. Kroneman
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
 - prof. dr. E. Lindeman
hoogleraar revalidatie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. A.H. Schene
hoogleraar psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - prof. dr. ir. T. Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden, Vrije Universiteit, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
 - dr. B. Sorgdrager
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - prof. dr. J.H.B.M. Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
-

- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Commentaren

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash associated disorder I/II en de bijbehorende toelichting werden in concept becommentarieerd door een aantal organisaties:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
 - Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
 - Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (<http://www.lve.nl>)
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
 - Nederlands Instituut van Psychologen, sectie Neuropsychologie (<http://www.psynip.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (<http://vra.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Neurologie (<http://neurologie.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (<http://www.nvvp.net>)
 - Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)
 - Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (<http://www.vgct.nl>)
 - Whiplash Stichting Nederland (<http://whiplashstichting.nl>)
-

De genoemde organisaties dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

De oorspronkelijke verzekeringsgeneeskundige protocollen Aspecifieke lage rugpijn en Hartinfarct en bijbehorende toelichtingen werden na publicatie door een aantal organisaties becommentarieerd. Deze commentaren werden betrokken bij de herziening van de protocollen. De commentaren op het protocol Aspecifieke lage rugpijn waren afkomstig van:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (<http://www.nvvr.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)

De commentaren op het protocol Hartinfarct waren afkomstig van:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Hartzorg Vereniging van Hartpatiënten (<http://www.hartzorg.nl>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (<http://www.nvc.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)