
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 <i>125</i>
A	Adviesaanvraag <i>127</i>
B	Commissie <i>131</i>
C	Commentaren <i>137</i>

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 ruggenmergletsel 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 lichamenlijk 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. Vooral nog 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 neventdiagnose 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 verklaringenmodellen ontwikkeld voor ontstaan en voortbestaan van pijn bij verschillende subgroepen van patiënten met chronische pijn. Een bekend verklaringmodel 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 nekspiermusculatuur 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 nekkklachten.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 evenwichtsstoornissen. 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 irreële doelen stellen die niet haalbaar zijn.⁹ De behandeling dient cognitief-gedragsmatig 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 nekklachten 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 vijftientwintig 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 specifieke 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 vlakt 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 specifieke 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 specifieke 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, Campion 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.
-

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)

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

Verzekeringsgeneeskundig protocol

Aspecifieke lage rugpijn

(herziening 2008)

- 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.

Aspecifieke lage rugpijn (ALR) is rugpijn waarvoor geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is. ALR komt veel voor. Van de werknemers die verzuimen vanwege ALR heeft 95 procent binnen drie tot zes maanden zijn werk hervat.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens tracht de verzekeringsarts te achterhalen waarom functioneel herstel is uitgebleven. Hij gaat na:

- Aard en ernst van de klachten en symptomen:
 - Wat waren aard en ernst van de pijn vanaf het begin van het verzuim?
 - Welke beperkingen in zijn functioneren ervoer de werknemer?
-

- Waren er eerdere episodes van lage rugpijn en, zo ja, welke diagnose(n) werd(en) gesteld en hoe was het beloop?
- Diagnostiek:
 - Welke diagnose is gesteld, op grond waarvan? (4.1)*
 - Heeft tijdige inventarisatie plaatsgevonden van prognostisch ongunstige factoren? (3.2)
 - Heeft de bedrijfsarts beoordeeld of er een relatie is tussen werk en klachten? (3.2, 4.1)
 - Is de diagnose in de loop van de tijd geëvalueerd? Zijn specifieke oorzaken voldoende uitgesloten?
 - Is er aandacht geweest voor comorbiditeit?
- Behandeling: (4.2)
 - Heeft de werknemer van meet af het advies gekregen om, ook bij pijn, zijn normale bewegings- en activiteitenpatroon in stand te houden of te hervatten?
 - Is bij aanwezigheid van prognostisch ongunstige factoren of uitblijven van herstel stapsgewijs verwezen naar meer intensieve begeleiding?
 - Hebben de behandelaars geadviseerd inzake re-integratie?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag van de werknemer:
 - Heeft de werknemer zich bij verwijzing onder behandeling gesteld en, zo ja, heeft hij de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
 - Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel en/of re-integratie belemmerd heeft?
- Probleemoplossend gedrag werkomgeving:
 - Heeft de werkgever/leidinggevende samen met de werknemer de belemmeringen voor werkhervatting geïnventariseerd? Was, bijvoorbeeld, sprake van: handmatig tillen en dragen van lasten, voorovergebogen staan, veelvuldig buigen en/of draaien van de romp, zware fysieke belasting of lichaamstrillingen? (3.2, 5)
 - Zo ja, is het redelijkerwijs mogelijke gedaan om (tijdelijke) aanpassing van het werk te realiseren teneinde werkhervatting te bevorderen?
 - Was sprake van werkhervattingbelemmerende factoren in organisatie of sociale verhoudingen op het werk?
 - Zo ja, is op adequate wijze getracht deze weg te nemen?

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

- Werkhervatting in eigen werk: (5)
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Was sprake van verschil van mening tussen de bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren (plan van aanpak en uitvoering daarvan)?
 - Is stagnatie van de re-integratie tijdig gesignaleerd? Is toen het plan van aanpak bijgesteld?
 - Indien er een multidisciplinaire interventie voor de rugklachten heeft plaatsgevonden, is het re-integratieplan toen afgestemd op het behandelplan?
- Werkhervatting in ander werk: (5)
 - Is op enig moment besloten dat verder herstel in redelijkheid niet meer te verwachten viel? Zo ja, waren toen alle mogelijke werkaanpassingen, interventies gericht op rugpijn, eventuele comorbiditeit en belemmeringen van sociaal-medische aard, geëffectueerd?
 - Hoe werden de functionele mogelijkheden op dat moment beoordeeld?
 - Is de werknemer vervolgens gereïntegreerd in passend ander werk? Zo ja, is daarbij in voldoende mate rekening gehouden met zijn functionele mogelijkheden?

2 Beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts realiseert zich dat er geen afdoende verklaring is voor de klachten en beperkingen bij ALR. Zowel de werknemer als de arts kan moeite hebben met het gegeven dat de oorzaak van de rugpijn niet bekend is, dat pijn subjectief is en dat de beperkingen ten gevolge van rugpijn niet rechtstreeks meetbaar zijn.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot 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 oorzaak van de klachten en beperkingen
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
-

- zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
- zijn huidige behandeling, indien daarvan sprake is
- wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
- de betekenis van betaalde arbeid in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de actuele functionele mogelijkheden van de werknemer, bijvoorbeeld door na te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele stressoren en mogelijk herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

Het medisch onderzoek is gericht op:

- diagnostiek van de huidige rugklachten: de verzekeringsarts toetst of de diagnose ALR op juiste gronden is gesteld (4.1)
- het bepalen van de ernst van de klachten en beperkingen
- (psychische) comorbiditeit; bijvoorbeeld overspanning, depressieve stoornis, angststoornis.

Tijdens het gesprek en het lichamelijk onderzoek observeert de verzekeringsarts de werknemer.

Het lichamelijk onderzoek is een vast onderdeel van het medisch onderzoek bij ALR. De verzekeringsarts tracht bij het lichamelijk onderzoek specifieke oorzaken van de pijnklachten op het spoor te komen of uit te sluiten. Voorts helpt het hem zich een indruk te vormen van de ernst van de pijn, de spierspanning, de beweeglijkheid van de rug, de effecten van houdingen en bewegingen op de pijn en de wijze waarop de werknemer met zijn rugklachten omgaat en, door dit alles, van de mate waarin hij in zijn bewegingen beperkt is. De verzekeringsarts realiseert zich dat het lichamelijk onderzoek een momentopname is en dat de interbeoordelaars-variantie bij de beoordeling van de rugfuncties in het algemeen groot is.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een expertise aan te vragen in geval van twijfel over:

- de diagnose: is er toch een specifieke oorzaak?
- de aanwezigheid van relevante comorbiditeit
- de juistheid van de behandeling.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich een oordeel over mogelijke oorzaken van de stagnatie van het herstelproces, in de wetenschap dat de overgrote meerderheid van de werknemers die wegens ALR zijn uitgevallen binnen drie maanden weer aan het werk is en dat een activerende, op werkhervatting gerichte behandeling en begeleiding de kans op chronische klachten vermindert. Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.
- 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)

Aspecifieke lage rugpijn zonder ernstige complicatie, zoals psychische comorbiditeit, leidt zelden tot twee jaar ziekteverzuim. Door de hoge incidentie en het frequent recidiveren van ALR doet langdurig verzuim zich in de praktijk echter wel regelmatig voor, ook na adequate behandeling en begeleiding.

Bij ALR zonder comorbiditeit zal vrijwel altijd sprake zijn van benutbare mogelijkheden, al kunnen de functionele mogelijkheden wel beperkt zijn. Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden zijn:

- Aanpassing aan fysieke omgevingseisen:
 - trillingsbelasting, koude en tocht.
 - Dynamische handelingen:
 - (frequent) buigen
 - torderen
 - duwen en/of trekken
 - tillen en/of dragen
-

- frequent lichte en/of zware lasten hanteren
- klimmen
- knielen of hurken.
- Statische houdingen:
 - (langdurig) zitten
 - (langdurig) staan
 - knielen of hurken
 - gebogen en/of getordeerd actief zijn
 - boven schouderhoogte actief zijn
 - afwisseling van houding.
- Werktijden.

3 Te verwachten beloop (6.3)

- Na twee jaar van ziekteverzuim wegens ALR, waarin een stapsgewijze opbouw van effectieve interventies heeft plaatsgevonden en ook de mogelijkheid van werkhervatting in een andere functie serieus is beproefd, is in het algemeen binnen afzienbare termijn geen (verder) herstel meer te verwachten. Voordat de verzekeringsarts besluit dat dit het geval is, zal hij, rekening houdend met alle omstandigheden, zorgvuldig moeten afwegen of een verbetering van het functioneren, ook bij deze werknemer redelijkerwijs niet meer te verwachten is.
- Als sprake is van nog niet volledig benutte behandelmogelijkheden voor ALR of relevante behandelbare comorbiditeit, is er nog kans op verbetering van het functioneren.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Als sprake is van niet volledig benutte behandel- of begeleidingsmogelijkheden, beoordeelt de verzekeringsarts of de werknemer thans adequaat wordt behandeld en begeleid.
 - Als dat niet het geval is, overlegt de verzekeringsarts met de werknemer en diens huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
 - Met het plan van aanpak als leidraad plant de verzekeringsarts de herbeoordelingen. Tijdens deze contacten evalueert de verzekeringsarts de uitvoering
-

van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)

1	Inleiding	65
2	De aandoening	67
2.1	Kenmerken	67
2.2	Epidemiologie	67
2.3	Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid	68
3	Ontstaan en beloop	69
3.1	Ontstaan	69
3.2	Risicofactoren	69
3.3	Beloop	72
4	Diagnose en behandeling	73
4.1	Diagnose	73
4.2	Behandeling	75
5	Werkhervatting	79
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling	81
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis	81
6.2	Functionele mogelijkheden	82

6.3	Te verwachten beloop	83
6.4	Behandeling en begeleiding	83
<hr/>		
	Literatuur	85

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers met aspecifieke lage rugpijn (afgekort: ALR). 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 ALR, 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.

In deze herziene versie is het oorspronkelijk in december 2005 verschenen protocol *Aspecifieke lage rugpijn* in overeenstemming gebracht met de sindsdien ontwikkelde nieuwe opzet van de verzekeringsgeneeskundige protocollen, die werd toegelicht in de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.¹ Het herziene protocol sluit, evenals het oorspronkelijke, aan bij de *NHG-Standaard Aspecifieke lage rugpijn*, de multidisciplinaire Richtlijn *Aspecifieke lage rugklachten* van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de *KNGF-richtlijn Lage-rugpijn*.²⁻⁴ Bij de herziening is tevens aangesloten bij de

in 2006 verschenen richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten* van de NVAB.⁵

De verzekeringsgeneeskundige protocollen *Lumbosacraal radiculair syndroom* en *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* zijn op elkaar afgestemd.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* 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.

2

De aandoening

2.1 Kenmerken

Aspecifieke lage rugpijn (synoniem: aspecifieke lage-rugklachten) is rugpijn tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarvoor geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is.

Voor het classificeren van ALR worden de volgende CAS-codes gebruikt:

- L101: aspecifieke rugpijn, acuut
- L102: aspecifieke rugpijn, subacuut
- L103: aspecifieke rugpijn, chronisch.

2.2 Epidemiologie

In westerse landen krijgt 60 tot 90 procent van de bevolking ten minste een keer in het leven aspecifieke lage rugpijn. De incidentie van (aspecifieke én specifieke) lage rugpijn in de algemene bevolking is 50-250 gevallen per 1000 personen per jaar.³ Van de mensen die zich met lage rugpijn melden bij de huisarts zijn bij 90 tot 95 procent de klachten aspecifiek.²

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid

Aspecifieke lage rugpijn is in veel beroepsgroepen een belangrijke bron van morbiditeit en ziekteverzuim. ALR was de hoofddiagnose bij drie procent van de eerste WIA beoordelingen van 1 januari 2006 tot en met juli 2007, even vaak als bij de WAO beoordelingen in 2004. ALR werd daarnaast bij 2,8 procent van de WIA beoordelingen als nevendiagnose geregistreerd.⁶

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Hoe ALR ontstaat is onduidelijk. Men veronderstelt dat ALR te maken heeft met overbelasting van pijngevoelige structuren in en rond de wervelkolom, zoals tussenwervelschijven, gewrichten, zenuwen en spieren. Een anatomisch substraat dat ALR kan verklaren is echter tot op heden niet aangetoond. Een andere veronderstelling, die niet in tegenspraak hoeft te zijn met de overbelastingshypothese, is dat rugklachten multicausaal te verklaren zijn door biologische, psychische en sociale factoren. Gelukkig is het beperkte inzicht in de etiologie geen beletsel voor een adequate begeleiding en behandeling.^{2,3}

3.2 Risicofactoren

In het multicausale verklaringsmodel is sprake van risicofactoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van ALR en van risicofactoren die kunnen bijdragen aan het chronisch worden van ALR. Veel van deze factoren zijn onderling gerelateerd en elke indeling heeft om die reden een arbitrair karakter.

Ontstaan

Van vele mogelijke risicofactoren is onderzocht of ze verband houden met het ontstaan van ALR. Voor slechts een klein aantal is zo'n verband consistent aangetoond:

- leeftijd (hoogste incidentie in de categorie 45-64 jaar)²
- fysieke kenmerken:⁷
 - fysieke fitheid
 - kracht van rug- en buikspieren
- vormen van fysieke belasting:^{8,9}
 - handmatig tillen en dragen van lasten
 - veelvuldig buigen en/of draaien van de romp
 - zware fysieke belasting
 - lichaamstrillingen
 - voorovergebogen staan
- psychosociale factoren:^{8,9}
 - gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden
 - ontevredenheid met het werk.

De factoren leeftijd, handmatig tillen en dragen van lasten, veelvuldig buigen en/of draaien van de romp en lichaamstrillingen zijn verwerkt in het Instrument Arbeidsgerelateerdheid Aspecifieke Lage Rugklachten. Met behulp van dit instrument is het mogelijk de kans te schatten dat bij een bepaalde werknemer de ALR arbeidsgerelateerd is.⁹

Chroniciteit

In de vele onderzoeken die naar het beloop van ALR zijn gedaan, blijkt een aantal factoren herhaaldelijk voorspellend te zijn voor chronisch worden of frequent recidiveren. De NVAB-richtlijn⁵ presenteert op basis van de literatuur de volgende factoren die bij het eerste spreekuurcontact langdurig uitblijven van herstel en werkhervatting voorspellen:

- een duur van de huidige episode die langer is dan zes weken
- de eigen verwachting van de werknemer dat de klachten langer dan drie maanden zullen duren
- ernstige beperkingen bij het uitvoeren van belangrijke activiteiten
- uitstralende pijn
- zwaar lichamelijk werk

- *distress* (piekeren, slecht slapen), depressieve stemming (moe, lusteloos), somatisatie (meer medisch onverklaarde klachten)
- de werknemer heeft hulp gezocht bij huisarts of specialist.

De NHG-Standaard² noemt een aantal vergelijkbare factoren en wijst daarnaast op het belang van:

- toenemend sociaal isolement
- verlies van vertrouwen in behandelaars
- conflicten met behandelaars, werkgever of eventuele anderen
- angst voor pijn en letsel bij bewegen
- gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid
- een angststoornis of depressieve stoornis.

Voorts kunnen in individuele gevallen factoren in de werksituatie aan de orde zijn die herstel en werkhervatting kunnen belemmeren. In de literatuur worden onder meer genoemd:¹⁰

- onjuiste ideeën bij de werkgever over ALR en het gewenste beleid daarbij
- de overtuiging bij de werkgever dat de klachten over moeten zijn voordat het 'risico' van werkhervatting genomen kan worden
- disfunctionele ideeën en attitudes bij collega's
- de afwezigheid van een adequaat verzuim- en werkhervattingsbeleid
- de (gepercipieerde) onmogelijkheid om werkomstandigheden en -belasting aan te passen
- (dreigende) reorganisatie
- dreigende werkloosheid.

Ook de wijze waarop de werknemer zelf zijn werksituatie en de relatie tussen zijn werk en gezondheid percipieert kan het beloop van de klachten beïnvloeden. Te denken valt aan factoren als:¹⁰

- fysieke of mentale veeleisendheid van het werk¹¹
- 'stress' op het werk
- ontevredenheid over het werk¹²
- weinig sociale steun ervaren op het werk, moeilijke verhoudingen met collega's en bazen¹¹
- toeschrijving van de pijn aan het werk
- de verwachting dat de klachten door werkhervatting zullen verergeren
- de verantwoordelijkheid voortvloeiend uit kostwinnerschap (positief geassocieerd met werkhervatting).¹²

3.3 Beloop

Van de mensen met lage rugpijn in de algemene bevolking herstelt de helft binnen een week en 95 procent binnen drie maanden. Bij degenen die met lage rugpijn hun huisarts raadplegen verloopt het herstel iets minder snel: na vier weken is eenderde van de klachten af, na zes weken de helft.³ Uit een analyse die gegevens uit onderzoeken in verschillende landen samenvat, blijkt dat van werknemers die vanwege lage rugpijn van hun werk verzuimen ruim 80 procent na een maand weer aan het werk is. Drie tot zes maanden na het begin van de klachten is dat percentage toegenomen tot bijna 95 procent. Daarna neemt de kans op werkherhervatting verder af. Geschat wordt dat na drie maanden minder dan de helft van de resterende groep (in eigen werk) zal hervatten. Na herstel komt de specifieke lage rugpijn in driekwart van de gevallen binnen een jaar weer terug.¹³

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose

Bij acute lage rugpijn is in 90 tot 95 procent van de gevallen geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar. Indien wel een specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is, is het protocol *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* niet van toepassing.

4.1.1 Alarmsignalen

De diagnose ‘aspecifieke lage rugpijn’ kan worden overwogen als er geen aanwijzingen zijn voor een specifieke lichamelijke oorzaak. Mogelijke oorzaken van lage rugpijn zijn bijvoorbeeld hernia nucleii pulposi, spinale stenose, infectieuze spondylitis, (compressie)fractuur, metastase en de ziekte van Bechterew. Rugpijn kan ook het gevolg zijn van viscerale aandoeningen zoals endometriose, aandoeningen aan de galwegen en een aneurysma van de aorta.

Klachten en verschijnselen die kunnen wijzen op een specifieke oorzaak (zogenoemde alarmsignalen) zijn onder meer radiculaire uitstraling van de pijn met een dermatomaal patroon in één been, die meer op de voorgrond staat dan de lage rugpijn; krachtsverlies, gevoelsstoornissen en algemene ziekteverschijnselen, zoals koorts of gewichtsverlies en een trauma in de voorgeschiedenis.^{2,5}

Indien alarmsignalen aanvankelijk ontbreken, wordt na zes weken, of eerder indien het herstel stagneert, door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek opnieuw nagegaan, of ze inmiddels niet toch aanwezig zijn.

Bij afwezigheid van alarmsignalen zijn beeldvormende diagnostiek en laboratoriumonderzoek niet zinvol. Bij beeldvormend onderzoek worden regelmatig degeneratieve veranderingen gevonden, in het algemeen is er echter geen relatie tussen de gevonden afwijkingen en het vóórkomen van ALR.²

4.1.2 *Anamnese*

In de regel vindt na ongeveer twee tot vier weken ziekteverzuim contact plaats tussen werknemer en bedrijfsarts. Vaak zal de werknemer tegen die tijd ook contact met zijn huisarts hebben gehad. Bedrijfsarts en huisarts vormen zich op basis van de anamnese een beeld van aard en ernst van de pijn en van de hinder die de werknemer ervan ondervindt in zijn dagelijks leven, binnen en buiten het werk. Eventuele eerdere episodes van lage rugpijn worden op een rij gezet, met hun behandeling en beloop. De huisarts informeert naar mogelijke oorzaken in het werk en naar de zelfzorg.² De bedrijfsarts maakt een schatting van de kans dat de ALR arbeidsgerelateerd is en beoordeelt of er prognostisch ongunstige factoren aan de orde zijn (zie 3.2).⁵

4.1.3 *Lichamelijk onderzoek*

Bij afwezigheid van alarmsignalen is lichamelijk onderzoek diagnostisch gezien de eerste twee tot vier weken niet strikt noodzakelijk en kan eventueel volstaan worden met (telefonische) anamnese en advisering.² Ook zonder alarmsignalen is lichamelijk onderzoek echter wel zinvol ter geruststelling van de werknemer, ter ondersteuning van de relatie tussen arts en werknemer en om inzicht te krijgen in de mate van de beperkingen.^{2,5}

Het lichamelijk onderzoek richt zich op het uitsluiten van specifieke pathologie. Voorts is het van belang om zich een indruk te vormen van de ernst van de pijn, de spierspanning, de beweeglijkheid van de rug, de effecten van houdingen en bewegingen op de pijn – vooral van die houdingen en bewegingen die problemen zouden kunnen geven bij de werkhervatting – en de wijze waarop de werknemer met zijn rugklachten omgaat.^{2,5} De arts realiseert zich dat het lichamelijk onderzoek een momentopname is en dat de interbeoordelaar-variatie bij de beoordeling van de rugfuncties in het algemeen groot is.

4.2 Behandeling

De NHG-Standaard maakt onderscheid tussen *acute ALR* (duur klachten van 6 weken of korter), *subacute ALR* (duur 6 tot 12 weken) en *chronische ALR* (duur langer dan 12 weken of bij frequente recidieven).² Doel van de behandeling, gedurende het gehele beloop van de ALR, is te bevorderen dat de werknemer zijn normale bewegings- en activiteitenpatroon instandhoudt of hervat, ook bij pijn.

Acute aspecifieke lage rugpijn

Het natuurlijk beloop van rugklachten is in de overgrote meerderheid van de gevallen gunstig. Slechts bij een klein percentage zullen chronische klachten ontstaan. Daarom ligt de eerste weken de nadruk op voorlichting en het advies actief te blijven. De werknemer wordt gerustgesteld: er is sprake van onschuldige rugpijn, de ergste pijn neemt na enkele dagen af. Het advies luidt: bedrust vermijden, zoveel mogelijk doorgaan met de normale dagelijkse activiteiten, inclusief het werk, zo nodig met tijdelijke aanpassing van werkuren of -taken.^{2,5} De huisarts schrijft eventueel pijnstillers voor.² De werknemer ontvangt schriftelijk voorlichtingsmateriaal met informatie en tips voor zelfzorg (bijvoorbeeld: *Zelf iets doen aan lage rugpijn*, een uitgave van het Kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat (AKB)).*

De NVAB-richtlijn beveelt de bedrijfsarts aan om bij aanwezigheid van prognostisch ongunstige factoren (zie 3.2) meteen al drie elementen aan bovenstaande aanpak toe te voegen:

- werknemer en werkgever adviseren om belemmeringen voor werkhervatting te inventariseren en hiertegen maatregelen te nemen
- samen met de werknemer een plan voor werkhervatting opstellen, met een geleidelijk opklimmende belasting
- beginnen met een stapsgewijs, afhankelijk van de prognose, verwijzen naar meer intensieve vormen van op werkhervatting gerichte begeleiding.

De stapsgewijs te intensiveren begeleiding bestaat in eerste instantie uit een eenmalig contact met een fysiotherapeut, voor onderzoek en advies. De volgende stap is een oefenprogramma onder leiding van een fysiotherapeut; mogelijke alternatieven zijn manuele therapie, *graded activity* of rugschool gericht op

* www.kenniscentrumakb.nl

werkhervatting. In laatste instantie volgt verwijzing naar een multidisciplinair begeleidingsprogramma, gericht op werkhervatting.⁵

De NHG-Standaard is iets afwachtender. Wanneer de klachten binnen twee tot drie weken na het begin van de ALR onvoldoende herstellen of telkens terugkeren, dient de huisarts alert te zijn op de aanwezigheid van herstelbelemmerende factoren (zie 3.2). De huisarts stelt samen met de patiënt een plan op voor geleidelijke uitbreiding van activiteiten, met vaste termijnen, onafhankelijk van de ervaren klachten. De uitbreiding van activiteiten verloopt dus tijd- en niet pijncontingent. Als de patiënt er op deze manier binnen twee tot drie weken niet in slaagt de activiteiten tot het normale niveau uit te breiden, overweegt de huisarts een fysiotherapeut te vragen om dit proces te begeleiden.²

Subacute aspecifieke lage rugpijn

Na zes weken, of eerder indien het herstel stagneert, gaat de huisarts door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek opnieuw na of toch een specifieke oorzaak aan de lage rugpijn ten grondslag zou kunnen liggen. Is dat niet het geval, dan benadrukt hij wederom het onschuldige karakter van de pijn en het advies de activiteiten stapsgewijs op te voeren.

De werknemer komt nu in een kritische fase. Hij zal, samen met de werkgever, alles op alles moeten zetten om te herstellen en zijn werk te hervatten, anders is het gevaar groot dat de ALR chronisch wordt. Dit is het moment waarop ook de huisarts volgens de NHG-Standaard moet gaan verwijzen, naar een intensieve oefentherapie of rugtraining, met een tijdcontingente uitbreiding van belasting en activiteiten, gestoeld op gedragstherapeutische principes, eventueel in combinatie met manuele therapie. De huisarts signaleert eventuele psychosociale belemmeringen voor herstel (zie 3.2). Bij inadequaat ziektegedrag kan hij de hulp inroepen van een psycholoog.²

Huisarts en bedrijfsarts houden beiden de vinger aan de pols. Ook de bedrijfsarts evalueert op gezette tijden de voortgang van het herstelproces en gaat zo nodig opnieuw na of er sprake is van alarmsignalen die kunnen wijzen op een specifieke oorzaak van de rugklachten.⁵ Bij herstelbelemmerende factoren in de werksituatie neemt de huisarts contact op met de bedrijfsarts om het beleid onderling af te stemmen.² Omgekeerd stemt ook de bedrijfsarts waar nodig het beleid af met de huisarts en ook met de fysiotherapeut.⁵

Chronische aspecifieke lage rugpijn

Ook wanneer de ALR chronisch is geworden, blijft het zinvol om, ondanks de pijn, hervatting van de normale activiteiten na te streven. Meestal heeft de acute pijn inmiddels plaatsgemaakt voor periodiek optredende rugpijn, stijfheid, functiebeperkingen, rugsparend gedrag, kortom: rugklachten. Emotionele problemen, depressie en gevoelens van onmacht kunnen een rol spelen. De huisarts probeert de patiënt te behoeden voor zinloze onderzoeken en langdurige behandelingen. Als verbetering uitblijft bevordert hij dat de patiënt leert de status quo te accepteren. Overigens kan ook in deze fase een intensief fysiek en gedragsmatig trainingsprogramma nog steeds zinvol zijn.²

Een overzicht van behandelingen die bij ALR *niet* worden aanbevolen is te vinden in de CBO-richtlijn, de NVAB-richtlijn en op de website van het Kenniscentrum AKB^{3,5}

Werkhervatting

Ruim 90 procent van de werkende mensen met lage rugpijn verzuimt niet van zijn werk.⁴ Van de mensen die wel verzuimen wegens rugklachten, hervat de helft het werk binnen zes dagen, 75 procent binnen twee weken en 82 procent binnen een maand. De meeste mensen met rugklachten redden het zonder medisch advies. De NVAB-richtlijn gaat ervan dat uit het verzuimverlengend werkt als werknemers in een te vroeg stadium voor het bedrijfsgeneeskundig spreekuur worden uitgenodigd.¹⁴ De andere kant van de medaille is dat de kans op herstel geringer wordt naarmate de klachten langer duren. Het is daarom van belang om prognostisch ongunstige factoren tijdig te herkennen en advisering, behandeling en begeleiding daarop af te stemmen. Een ander belangrijk uitgangspunt is dat werkhervatting niet alleen doel en resultaat is van een succesvolle behandeling en begeleiding, maar dat werken zelf ook een therapeutische werking heeft en een essentieel onderdeel is van het revalidatieproces.¹⁰

Bij de werkhervatting is de communicatie tussen werkgever en werknemer essentieel. De bedrijfsarts informeert beiden over het belang van een spoedige werkhervatting, nog voordat de werknemer volledig pijnvrij is, en van een stapsgewijze uitbreiding van de belasting. Bij overbelasting door lichaamstrillingen, tillen, sjouwen, draaien of vooroverbuigen adviseert hij de belasting op de werkplek tijdelijk te reduceren. Als het herstel niet voorspoedig verloopt of dreigt te verlopen beveelt hij aan dat de werknemer samen met zijn leidinggevende of *case manager* een grondige inventarisatie maakt van belemmeringen die werkhervatting in de weg staan. Om de belemmeringen op te heffen moeten passende

maatregelen worden genomen, bijvoorbeeld door het werk of de werkplek tenminste tijdelijk aan te passen.⁵

De bedrijfsarts houdt er bij zijn multifactoriële analyse van het verzuim rekening mee dat het uitblijven van herstel (mede) veroorzaakt kan worden door comorbiditeit of door in de arbeidsverhoudingen gelegen belemmeringen. Voor zover deze factoren aan de orde zijn, zal zijn advisering zich ook daarop richten.

Na een half jaar

De stapsgewijs te intensiveren behandeling en begeleiding, zoals in het voorgaande beschreven, nemen in de regel niet meer dan een half jaar in beslag. Als de klachten langer dan een half jaar bestaan en intensieve begeleiding niet tot een begin van werkhervatting heeft geleid of als er bij gedeeltelijke werkhervatting binnen drie maanden geen vooruitgang is geboekt, adviseert de bedrijfsarts werkgever en werknemer om een andere functie te zoeken, aangepast aan de beperkingen van de werknemer.⁵ De bedrijfsarts zal, voordat hij daartoe besluit, zorgvuldig moeten afwegen of verbetering van het functioneren in de huidige functie bij deze werknemer redelijkerwijs niet meer te verwachten is. Is dat inderdaad het geval, dan is het niet uitgesloten dat het aanvaarden van een andere functie, die past bij de functionele mogelijkheden van de werknemer, uiteindelijk ook op het beloop van de rugklachten een gunstig effect zal hebben.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met ALR 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

De verzekeringsarts vormt zich een oordeel over mogelijke oorzaken van de stagnatie van het herstelproces, in de wetenschap dat de overgrote meerderheid van de werknemers die wegens rugklachten zijn uitgevallen binnen drie maanden weer aan het werk is en dat een activerende, op werkhervatting gerichte behandeling en begeleiding de kans op chronische klachten vermindert. Zijn beoordeling kan leiden tot de conclusie dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachtertoets.¹⁵

6.2 Functionele mogelijkheden

Aspecifieke lage rugpijn zonder ernstige complicatie, zoals psychische comorbiditeit, leidt zelden tot twee jaar ziekteverzuim. Door de hoge incidentie en het frequent recidiveren van ALR doet langdurig verzuim zich in de praktijk echter wel regelmatig voor, ook na adequate behandeling en begeleiding.

De verzekeringsarts realiseert zich dat er geen afdoende verklaring is voor de klachten en beperkingen bij ALR. Zowel de cliënt als de arts kan moeite hebben met het gegeven dat de oorzaak van de rugpijn niet bekend is, dat pijn subjectief is en dat de beperkingen ten gevolge van rugpijn niet rechtstreeks meetbaar zijn.

Uitgangspunt voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden van iemand met ALR is de multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de cliënt. Het lichamelijk onderzoek draagt daaraan bij, maar de informatie die het oplevert is beperkt. Beoordelaars blijken sterk te verschillen in hun oordeel over bijvoorbeeld verhoogde spanning van de rugspieren. De bevindingen bij het lichamelijk onderzoek kunnen bovendien niet zonder meer vertaald worden in termen van functionele mogelijkheden. Zo zal de verzekeringsarts bijvoorbeeld een inschatting moeten maken van wat de gevolgen zijn van de pijn en de fysieke beperkingen voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid van de persoon in kwestie.

De ontwikkeling van methoden van *functional capacity evaluation* is perspectiefvol. Er is echter nog onvoldoende duidelijkheid over de validiteit van de bestaande methoden om in het algemeen toepassing bij de beoordeling van functionele mogelijkheden bij ALR te kunnen aanbevelen. Dat neemt niet weg dat *functional capacity evaluation*, mits oordeelkundig geïnterpreteerd, wel een bijdrage kan leveren aan de beoordeling van functionele mogelijkheden.

Bij ALR zonder comorbiditeit zal vrijwel altijd sprake zijn van benutbare mogelijkheden, al kunnen de functionele mogelijkheden wel beperkt zijn. Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden zijn:

- Aanpassing aan fysieke omgevingseisen:
 - trillingsbelasting, koude en tocht.
- Dynamische handelingen:
 - (frequent) buigen
 - torderen
 - duwen en/of trekken
 - tillen en/of dragen
 - frequent lichte en/of zware lasten hanteren

- klimmen
- knielen of hurken.
- Statische houdingen
 - (langdurig) zitten
 - (langdurig) staan
 - knielen of hurken
 - gebogen en/of getordeerd actief zijn
 - boven schouderhoogte actief zijn
 - afwisseling van houding.
- Werktijden.

6.3 Te verwachten beloop

Na twee jaar van ziekteverzuim wegens ALR, waarin een stapsgewijze opbouw van effectieve interventies heeft plaatsgevonden en ook de mogelijkheid van werkherhvatting in een andere functie serieus is beproefd, is in het algemeen binnen afzienbare termijn geen (verder) herstel meer te verwachten. Voordat de verzekeringsarts besluit dat dit het geval is, zal hij, rekening houdend met alle omstandigheden, zorgvuldig moeten afwegen of een verbetering van het functioneren, ook bij deze werknemer redelijkerwijs niet meer te verwachten is. Indien sprake is van nog niet volledig benutte behandelmogelijkheden voor ALR of relevante behandelbare comorbiditeit, is er nog kans op verbetering van het functioneren.

6.4 Behandeling en begeleiding

Als sprake is van niet volledig benutte behandel- of begeleidingsmogelijkheden, beoordeelt de verzekeringsarts of de werknemer thans adequaat wordt behandeld en begeleid.

Als dat niet het geval is, overlegt de verzekeringsarts met de werknemer en diens huisarts, bedrijfsarts of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Met het plan van aanpak als leidraad plant de verzekeringsarts de herbeoordelingen. Tijdens deze contacten evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006: 2006/22.
 - 2 Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, e.a. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn, eerste herziening. Huisarts Wet 2005; 48: 113-123.
 - 3 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2003.
 - 4 Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen J e.a. KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2005; 115(1, Supplement): 1-29.
 - 5 NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. Utrecht: NVAB; 2006.
 - 6 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.
 - 7 van Tulder MW, Koes BW. Evidence-based handelen bij lage rugpijn. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum; 2004.
 - 8 Lötters F, Burdorf A, Kuiper J, Miedema H. Model for the work-relatedness of low-back pain. Scand J Work Environ Health 2003; 29(6): 431-440.
 - 9 Kuiper J, Burdorf L, Frings-Dresesn M, Kuijper P, e.a. Rugklachten door werk. Instrument voor het bepalen van de arbeidsgerelateerdheid van aspecifieke lage rugklachten. Rotterdam: Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat; 2004.
 - 10 Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19(4): 655-670.
 - 11 van der Weide WE, Verbeek JH, Salle HJ, van Dijk FJ. Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. Scand J Work Environ Health 1999; 25(1): 50-56.
-

- 12 van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain* 2000; 87(3): 285-294.
- 13 Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327(7410): 323.
- 14 NVAB. Achtergronddocument bij de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. Utrecht: NVAB; 2006.
- 15 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.

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008)

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008)

Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct (herziening 2008)

- 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.

In dit protocol wordt onder een hartinfarct verstaan: acute myocardschade als gevolg van een occlusie van een van de coronairarteriën. Patiënten met een hartinfarct die vroegtijdig werden behandeld met trombolyse, primaire percutane coronaire interventie (PCI) of bypasschirurgie (CABG) en bij wie geen of minimale myocardschade werd vastgesteld, worden ook gerekend tot de groep postinfarctpatiënten.

De gevolgen van een hartinfarct voor de functionele mogelijkheden zijn niet alleen afhankelijk van de (resterende) cardiale belastbaarheid, maar ook van de psychische gevolgen van het infarct en de aanwezige comorbiditeit. Voor de beoordeling van de cardiale belastbaarheid bij aanwijzingen voor hartfalen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* van de NVVG

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens gaat de verzekeringsarts na:

- Aard en ernst van klachten en ervaren beperkingen:
 - Wat waren de klachten en ervaren beperkingen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- Diagnostiek:
 - Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld? Wat was de ernst van de cardiale morbiditeit? (2.1, 4.1)*
 - Is sprake van somatische of psychische comorbiditeit?
- Behandeling en revalidatie:
 - Welke behandeling heeft plaatsgevonden nadat de diagnose hartinfarct was gesteld?
 - Heeft de werknemer deelgenomen aan een hartrevalidatieprogramma? (4.2)
 - Zo ja, aan welke modules heeft de werknemer deelgenomen en is er overleg geweest tussen de bedrijfsarts en de verantwoordelijke medicus van het revalidatieteam over werkgerelateerde factoren, belastbaarheid (fysiek en psychisch) en werkhervatting?
 - Zo nee, wat is daarvan de reden (bijvoorbeeld: geen indicatie, hartrevalidatie niet beschikbaar, werknemer niet op aanbod revalidatie ingegaan)?
 - Is de werknemer bij psychische of psychosociale problematiek hiervoor behandeld bij de hartrevalidatie of verwezen naar een gespecialiseerde behandelaar (psycholoog, (bedrijfs)maatschappelijk werk, psychiater)?
 - Is tijdig en adequaat gereageerd bij tegenstrijdigheden in de benaderingen van cardioloog, hartrevalidatieteam, huisarts of bedrijfsarts?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer de medicatie-, oefen- en leefadviezen tijdens behandeling en revalidatie opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen
 - Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?

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

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
 - Was in het werk sprake van herstel- of werkhervattingbelemmerende factoren in fysieke arbeidsomstandigheden, taakinhoud, organisatie of sociale verhoudingen op het werk?
 - Zo ja, is het redelijkerwijs mogelijke gedaan om deze belemmerende factoren weg te nemen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervattingen bij de werknemer:
 - Is de werknemer nog angstig voor fysieke inspanning en psychische stress, terwijl daar op cardiologische gronden geen reden voor is? (3.2, 5)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze angst weg te nemen? Zo nee, wat is hiervan de reden?
- Werkhervatting: (5)
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Is de werknemer bij het ontbreken van contra-indicaties zes tot acht weken na ontslag uit het ziekenhuis begonnen met gedeeltelijke, zo nodig aangepaste, werkhervatting?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Indien de bedrijfsarts meent dat de werknemer niet in staat is tot arbeid: is dat onvermogen aannemelijk op grond van de thans bekende beperkingen?
 - Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat het doormaken van een hartinfarct in het algemeen een ingrijpende levensgebeurtenis is, die gepaard gaat met grote veranderingen in het leven. Behalve met de vereiste aanpassingen van de leefstijl kan de werknemer geconfronteerd worden met lichamelijke beperkingen, veranderingen in het dagelijks functioneren en het wegvallen van vanzelfsprekendheden. Aard en omvang van deze veranderingen verschillen sterk per individu. De meeste patiënten zijn in staat om op eigen kracht en met steun van de directe omgeving de veranderingen in hun leven te integreren en hun werkzaamheden te hervatten, al of niet met aanpassingen. Een aantal slaagt daarin echter niet. De

reden kan gelegen zijn in de ernst van de lichamelijke beperkingen, maar in veel gevallen is er ook sprake van falen van het aanpassingsvermogen, met een verhoogde kans op psychiatrische comorbiditeit. Ook kan als gevolg van de ziekte de visie van de werknemer op de functie van betaalde arbeid in zijn leven veranderd zijn.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot 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 functionerende oorzaak van de klachten en beperkingen
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
 - zijn huidige behandeling
 - wat hij 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 door de werknemer ervaren functionele mogelijkheden, bijvoorbeeld door te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en onder welke (arbeids)omstandigheden zijn klachten toenemen, en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele stressoren en mogelijk herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

De anamnese is gericht op een verdieping van het inzicht van de verzekeringsarts in de mogelijke gevolgen van het hartinfarct voor het fysiek en emotioneel functioneren en het wederkerig verband hiertussen.

Bij aanwijzingen voor hartfalen zij verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* voor de diagnostiek van hartfalen en het onderzoek naar de cardiale belastbaarheid. De diagnose chronisch hartfalen wordt overwogen bij een combinatie van aanwijzingen in voorgeschiedenis, anamnese (kortademigheid of moeheid bij inspanning die eerder goed verdragen werd) en lichamelijk onderzoek (tekenen van vochtretentie).

Zijn er geen aanwijzingen voor hartfalen, dan is het afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende recente informatie of nader lichamelijk onderzoek voor het bepalen van de cardiale belastbaarheid noodzakelijk is. Belangrijke mogelijke oorzaken van een verminderde belastbaarheid zijn: (4.1.1)

- angina pectoris
- hartritme stoornissen
- mitralisklepinsufficiëntie.

Het onderzoek is voorts gericht op het diagnosticeren van mogelijke lichamelijke en psychische comorbiditeit. De verzekeringsarts gaat altijd na of sprake is van: (4.1.2)

- overspanning
- depressieve stoornis
- angststoornis
- (gevolgen van) diabetes mellitus.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

- twijfel over de comorbide diagnose(n) en de nog te benutten revalidatie- en behandel mogelijkheden
- langdurig stagneren van re-integratie en functioneel herstel om onbekende redenen, ondanks adequate behandeling en begeleiding.
- tekort aan feitelijke informatie om de fysieke en de psychische belastbaarheid te kunnen beoordelen, onder andere met het oog op de relatie tussen belasting en risico's voor de cliënt zelf en voor derden.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De meeste patiënten die na een hartinfarct geen ernstige hartfunctiestoornissen hebben, re-integreren in arbeid. Stagnatie van herstel wordt veelal veroorzaakt door andere factoren dan de cardiale belastbaarheid. In die wetenschap vormt de verzekeringsarts zich op basis van de in het onderzoek
-

verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces.

- Hij betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat niet alle kansen voor revalidatie en re-integratie zijn benut.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen na een hartinfarct veelal multicausaal bepaald zijn. Een verminderde pompfunctie van het hart is slechts één van de mogelijke oorzaken. Hiervoor wordt verwezen naar het protocol *Chronisch hartfalen*. Andere mogelijke oorzaken van een verminderde cardiale belastbaarheid zijn angina pectoris, hartritmestoornissen, mitralisklepinsufficiëntie en het gebruik van bètablokkers. (4.1.1)

De aanwezige comorbiditeit betreft hij bij zijn beoordeling. Voor enkele veelvoorkomende vormen van comorbiditeit – overspanning, depressieve stoornis, angststoornissen – zijn verzekeringsgeneeskundige protocollen beschikbaar. (4.1.2)

De verzekeringsarts houdt daarnaast rekening met factoren in het werk die schadelijk kunnen zijn voor het hart:

- werkstress, met het oog op specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid
- fysieke omgevingsfactoren:
 - hitte
 - koude
 - schadelijke stoffen
 - lawaai
- ploegendienst, met het oog op beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voorts houdt hij er rekening mee dat aan sommige functies bijzondere veiligheidseisen kunnen worden gesteld. Een ICD,* bijvoorbeeld, is een contra-indicatie voor beroepsmatig autorijden en het verrichten van veiligheidsfuncties.

* Implanteerbare Cardioverter Defibrillator.

3 Te verwachten beloop (6.3)

Bij de beoordeling van het te verwachten beloop houdt de verzekeringsarts rekening met:

- bekende cardiovasculaire risicofactoren
- cardiale belastbaarheid
- nog te benutten behandel- en revalidatiemogelijkheden
- relevante comorbiditeit en de wisselwerking tussen de verschillende ziektebeelden.

Een verbetering van de cardiale belastbaarheid van een adequaat behandelde en begeleide patiënt is twee jaar na een hartinfarct niet meer te verwachten.

Voor zover het functionele herstel gestagneerd is door andere oorzaken dan een beperkte cardiale belastbaarheid, bijvoorbeeld door psychische comorbiditeit, gaat de verzekeringsarts na of een hierop gerichte adequate behandeling en begeleiding heeft plaatsgevonden. Is dat het geval, dan is de kans op verbetering van het functioneren gering.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Meent de verzekeringsarts dat de hartfunctie achteruit is gegaan in vergelijking met de toestand die blijkt uit informatie die hij van andere artsen ontving, dan stelt hij bedrijfsarts en behandelend arts op de hoogte van zijn bevindingen.
- Als functioneel herstel na een hartinfarct zonder aanwijsbare cardiale oorzaak is uitgebleven en de verzekeringsarts van mening is dat de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden onvoldoende zijn benut, dan overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Hartinfarct (herziening 2008)

1	Inleiding 99
2	De aandoening 101
2.1	Kenmerken 101
2.2	Epidemiologie 101
2.3	Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid 102
3	Ontstaan en beloop 103
3.1	Ontstaan 103
3.2	Risicofactoren 103
3.3	Beloop 105
4	Diagnose en behandeling 107
4.1	Diagnose en comorbiditeit 107
4.2	Behandeling en revalidatie 110
5	Werkhervatting 113
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 117
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis 117
6.2	Functionele mogelijkheden 118

6.3	Te verwachten beloop	119
6.4	Behandeling en begeleiding	119
<hr/>		
	Literatuur	121

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers die een acuut myocardinfarct (hartinfarct) hebben doorgemaakt. 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, twee jaar na het hartinfarct, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van:

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

In deze herziene versie is het oorspronkelijk in december 2005 verschenen protocol *Hartinfarct* in overeenstemming gebracht met de sindsdien ontwikkelde nieuwe opzet van de verzekeringsgeneeskundige protocollen, die werd toegelicht in de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.¹ Het herziene protocol sluit, evenals het oorspronkelijke, aan bij de *NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocard infarct*, de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) *Beleid na een doorgemaakt myocard infarct*, de *NHG-Standaard Acuut Coronair Syndroom*, de *LTA Acuut coronair syndroom*, de *KNGF-richtlijn Hartrevalidatie* en de richtlijn *Hartrevalidatie 2004* van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting.²⁻⁸ Bij de herziening is

tevens aangesloten bij de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement 2006* en de in 2007 verschenen NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartaandoeningen*.^{8,9}

Het protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* en het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen*, dat op 23 april 2008 door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) werd uitgebracht, zijn op elkaar afgestemd.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* 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

Onder een hartinfarct wordt in het protocol verstaan: acute myocardschade als gevolg van een occlusie van een van de coronairarteriën. De diagnose hartinfarct wordt gesteld op grond van een typische stijging en normalisatie van biochemische merkstoffen van myocardnecrose (zoals troponine of CK-MB), in combinatie met ten minste een van de volgende kenmerken: symptomen van coronaire ischemie, ontwikkeling van pathologische Q-golven op het electrocardiogram (ECG) en ECG-veranderingen die wijzen op ischemie (ST-elevatie of depressie).^{4,10} Ook patiënten met de symptomen van een hartinfarct die vroegtijdig werden behandeld met trombolyse, primaire percutane coronaire interventie (PCI) of bypasschirurgie (CABG) en bij wie geen of minimale myocardschade werd vastgesteld, worden gerekend tot de groep postinfarctpatiënten.

Voor het classificeren van het doorgemaakt hartinfarct wordt gebruik gemaakt van de CAS-code C612: Oud myocardinfarct.

2.2 Epidemiologie

De incidentie (het aantal nieuwe gevallen) van het hartinfarct in Nederland in het jaar 2000 wordt geschat op 28 500 à 36 000 (2,1-2,6 per 1000 personen). De prevalentie (het aantal bestaande ziektegevallen op een bepaald moment) van het

hartinfarct bedroeg in 2000, exclusief de ‘stille’ infarcten, 277 300 (inclusief ‘stille’ infarcten 433 300).¹¹ Van de personen die voor het eerst een hartinfarct doormaken is ongeveer een kwart jonger dan zestig jaar.¹²

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

Hartinfarct was de hoofddiagnose bij 1,1 procent van de eerste WIA beoordelingen van 1 januari 2006 tot en met juli 2007. De diagnose werd daarnaast bij 0,5 procent van de WIA beoordelingen als nevendiagnose geregistreerd.¹³

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Een hartinfarct ontstaat door trombotische (meestal totale) occlusie van een grote coronairarterie, meestal als gevolg van een plaqueruptuur. Afhankelijk van de locatie van de occlusie ontstaat een transmurale ischemie, op het ECG zichtbaar als ST-elevatie. Dit leidt tot myocardischemie en -necrose. Atherosclerose van de coronairarteriën is de belangrijkste oorzaak voor het optreden van een hartinfarct. Risicofactoren voor atherosclerose zijn dus ook risicofactoren voor het ontstaan van een hartinfarct. Andere zeer zeldzame (mede-)oorzaken voor een hartinfarct zijn onder andere coronair spasmen, extreem lage bloeddruk (shock), anaemie, polycythaemie en coronaire embolieën.

3.2 Risicofactoren

In de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement 2006* worden de volgende factoren als risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten aangemerkt: leeftijd, geslacht, diabetes mellitus, roken, systolische bloeddruk, lipidspectrum, familieanamnese, voedingspatroon, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, *body mass index* en middelomtrek.⁸ Uit de literatuur komt de laatste jaren ook depressie steeds duidelijker als cardiovasculaire risicofactor naar voren.^{7,14-16}

Na het doormaken van een hartinfarct blijven deze cardiovasculaire risicofactoren relevant. Mensen met een manifeste hart- en vaatziekte hebben echter hoe dan ook, ook zonder additionele risicofactoren, een duidelijk verhoogde kans op een (nieuwe) manifestatie van hun hart- en vaatziekte en op overlijden.

Bij de beoordeling van de belastbaarheid moet zowel bedrijfsarts als verzekeringsarts ook rekening houden met mogelijke *risicofactoren in het werk*. Uit onderzoek is een aantal werkgebonden risicofactoren voor ischemische hartziekten naar voren gekomen. Deze onderzoeken zijn alleen gedaan bij mensen die tevoren gezond waren. Voor de beoordeling van risicofactoren in het werk voor mensen die al een hartinfarct hebben doorgemaakt, moeten de uitkomsten dus geëxtrapoleerd worden. In willekeurige volgorde (een ordening naar het relatieve belang van elk van de factoren is op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk):⁹

- *Lawaai*. Er is een relatie tussen objectieve geluidsbelasting en de incidentie van hartinfarcten.
 - *Schadelijke stoffen*. Onder andere tabaksrook en kleine deeltjes (< 2.5 µm) in de omgevingslucht verhogen de kans op hart- en vaatziekten. Werknemers met ischemische hartziekten die roken mogen niet blootgesteld worden aan verhoogde koolmonoxideconcentraties.
 - *Koude*. Acute blootstelling aan extreme koude kan coronaire spasmen veroorzaken.
 - *Hitte*. Hittestuwing wordt beschouwd als een uitlokkende factor voor een hartinfarct bij bekende hartpatiënten.
 - *Ploegendienst*. Bij mensen die in ploegendienst werken – bijna vijftien procent van de beroepsbevolking in Nederland – komen hart- en vaatziekten vaker voor dan bij mensen met regelmatige werktijden. Een veranderde fibrinolyse, verhoging van de bloeddruk en een ongezonde leefstijl zouden intermediaire factoren kunnen zijn.
 - *Werkstress*. Een relatie tussen werkstress en ischemische hartziekten is door methodologische problemen moeilijk onomstotelijk aan te tonen, maar op grond van het beschikbare epidemiologisch onderzoek wel aannemelijk.¹⁷ Patiënten en hun omgeving kennen aan dit (mogelijke) verband vaak een groot belang toe. Werkstress heeft zeker invloed op de leefstijl en de bloeddruk. Roken, ongezond eten en hypertensie verhogen de kans op een ischemische hartziekte. Bij vrouwen is de dubbele belasting door werkstress en gezin een extra cardiovasculaire risicofactor.⁹ De werkstressfactoren waarvan een relatie met de incidentie van hart- en vaatziekten het duidelijkst is aangetoond zijn:
 - tijdsdruk in combinatie met weinig vrijheidsgraden
-

- onbalans van betrokkenheid en beloning
- gebrek aan sociale ondersteuning.

Vaak wordt een relatie gelegd tussen acute fysieke of mentale belasting en het ontstaan van een hartinfarct. De bekende 'uitlokkende momenten' voor een acuut coronair syndroom gaan echter gepaard met een zeer laag absoluut risico. De meeste infarcten vinden plaats tijdens de slaap of in de vroege ochtenduren. Bij onregelmatig verrichten van zwaar werk (meer dan zes MET)^{*} is de kans op een hartinfarct in het eerste uur na de inspanning verhoogd. Bij hartpatiënten met een verminderde systolische linkerventrikelfunctie (ejectiefractie kleiner dan 40 procent)^{**} verhoogt zware statische arbeid, zoals tillen, de kans op een hartinfarct. Het risico dat zich bij goed behandelde hartpatiënten door een acute inspanning een acuut coronair syndroom of *sudden death* zal voordoen, is echter absoluut gezien zeer gering.¹⁸

3.3 Beloop

Ongeveer een kwart van alle patiënten met een hartinfarct sterft binnen een uur na het begin van de klachten. Tussen de 85 en 90 procent van de mannen en vrouwen jonger dan 60 jaar, die in 1995 voor de eerste keer met een hartinfarct in het ziekenhuis werden opgenomen, was na vijf jaar nog in leven. Van deze groep hadden mannen en jongere patiënten de gunstigste prognose.¹² De prognose is afhankelijk van aanwezigheid en ernst van risicofactoren, maar is ook bij een bekend risicoprofiel nog moeilijk vast te stellen. Het beloop van het ischemisch hartlijden kan zeer grillig zijn.

Patiënten met een linkerventrikelejectiefractie van meer dan 50 procent hebben over het algemeen een gunstige prognose. Gunstig is ook het vermogen prestaties te leveren met een energieverbruik van tenminste vijf MET zonder ST-depressie en met een normale bloeddrukrespons. Een slechte prognose hebben patiënten met een groot hartinfarct, een slechte resterende linkerventrikelfunctie met een ejectiefractie van minder dan 35 procent en/of een slechte doorbloeding van het resterende vitale hartweefsel door coronairsclerose. De toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* verschaft nadere informatie over de prognose bij hartfalen.

* 1 MET = $3,5 \text{ ml}^1/\text{O}_2/\text{kg}^{-1}/\text{min}^{-1}$ (MET = metabool equivalent). Eén MET is het energieverbruik in rust. Om de gedachten te bepalen: Wandelen met een snelheid van 4,8 tot 6,4 km per uur (stevig doorlopen) komt overeen met drie tot zes MET's.

** De ejectiefractie is de fractie van het einddiastolisch volume die bij een hartslag wordt uitgedrukt.

Patiënten met diabetes die een acuut hartinfarct hebben doorgemaakt hebben een aanzienlijk slechtere prognose dan patiënten zonder diabetes. Een jaar na een acuut coronair syndroom hebben diabetespatiënten in vergelijking met patiënten zonder deze comorbiditeit meer klachten van angina pectoris, meer lichamelijke beperkingen en een minder goede kwaliteit van leven.¹⁹

Het beloop van het functionele herstel is niet alleen afhankelijk van resterende linkerventrikelfunctie, grootte en lokalisatie van het infarct en lichamelijke comorbiditeit, maar ook van de psychische gesteldheid van de patiënt. Het is kenmerkend voor veel coronaire hartziekten dat een half jaar na het incident de functionele stoornissen in het algemeen relatief gering zijn. Twintig procent van de patiënten blijft lichamelijke klachten houden en heeft een gebrek aan vertrouwen in de eigen fysieke prestaties.¹⁵ Bij het uitblijven van werkhervatting spelen psychologische en sociale factoren vaak een belangrijker rol dan de fysieke belastbaarheid.²⁰⁻²² Depressiviteit en angststoornissen beïnvloeden de terugkeer naar het werk in sterke mate.²³

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose en comorbiditeit

Het protocol gaat ervan uit dat twee jaar voor de beoordeling door de verzekeringsarts bij de patiënt een hartinfarct is gediagnosticeerd (dan wel: een ingreep heeft plaatsgevonden om myocardschade te voorkómen bij aanwezigheid van de symptomen van een hartinfarct). In de regel zal cardiologisch onderzoek hebben plaatsgevonden en zal er bij stagnatie van het herstel overleg zijn geweest tussen bedrijfsarts en cardioloog, revalidatieteam en huisarts. De verzekeringsarts maakt gebruik van de informatie die hieruit is voortgekomen.

Het eigen diagnostisch onderzoek van de verzekeringsarts richt zich in het algemeen op zowel de beperkingen van de cardiale belastbaarheid als het diagnosticeren van comorbiditeit. Hij houdt er bij zijn anamnese rekening mee dat een cardiaal incident vaak leidt tot een verstoring van het emotionele evenwicht. Dit uit zich bij iedere patiënt anders. De één is angstig, een ander depressief, een derde kan vooral last hebben van gevoelens van boosheid en vijandigheid. Een gemeenschappelijke factor in al deze emoties is het ervaren van *distress*. De meeste mensen hervinden hun emotionele stabiliteit en blijken in staat om de draad weer op te pakken en te functioneren in evenwicht met hun fysieke mogelijkheden, maar sommigen slagen hier niet in.

4.1.1 Cardiale belastbaarheid

Bij aanwijzingen voor hartfalen zij verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* voor het onderzoek naar de cardiale belastbaarheid. De diagnose chronisch hartfalen wordt overwogen bij een combinatie van aanwijzingen in voorgeschiedenis, anamnese (kortademigheid of moeheid bij inspanning die eerder goed verdragen werd) en lichamelijk onderzoek (tekenen van vochtretentie).

Ook zonder aanwijzingen voor hartfalen kan de belastbaarheid door cardiale oorzaken beperkt zijn. De verzekeringsarts is alert op:

- *Angina pectoris*. Bij angina pectoris wordt de coronaire doorstroming meestal beperkt door een stenose in een of meer van de kransslagaders. Er ontstaat pijn doordat de zuurstoftoevoer niet voorziet in de zuurstofbehoefte. Iedereen beleeft de pijn op zijn eigen manier, maar bij herhaling meestal wel telkens hetzelfde. De anamnese is de enige methode om de angineuze klachten vast te stellen. Typische angina pectoris heeft een aantal karakteristieken. Er is sprake van een drukkend, samensnoerend, zwaar of benauwd gevoel, dat gelokaliseerd is rond de middellijn – retrosternaal, in keel, kaken of tussen de schouderbladen – en dat al of niet uitstraalt naar schouder, arm of hand, meestal links, soms beiderzijds. De klachten worden uitgelokt door inspanning, emotie of psychische stress, in het bijzonder bij kou en na de maaltijd. De klachten verdwijnen snel in rust of na inname van nitraten. In de praktijk is er een grote variatie aan klachten mogelijk. Het is gebruikelijk om de ernst van angina pectoris te classificeren conform de New York Heart Association (NYHA) classificatie:

- Klasse I: geen klachten
- Klasse II: klachten tijdens forse inspanning (bijvoorbeeld achter elkaar drie trappen van vijftien treden oplopen)
- Klasse III: klachten tijdens matige inspanning (bijvoorbeeld een trap van vijftien treden oplopen)
- Klasse IV: klachten tijdens rust of lichte inspanning.

De NVAB-richtlijn gaat uit van de stelregel dat de werkbelasting de grens waarbij ischemie optreedt niet mag overschrijden.^{9,18}

- *Hartrimestoornissen*. Bij *boezemfibrilleren* is er een totaal verlies van georganiseerde elektrische activiteit in de boezems, waardoor van effectieve contractie van de boezems geen sprake is. Als er een adequate polsfrequentie is – tussen de 60 en 100 slagen per minuut in rust – hoeft boezemfibrilleren geen of alleen lichte beperkingen voor de belastbaarheid te hebben. *Kamerritme-*
-

stoornissen beïnvloeden de belastbaarheid in het algemeen meer dan boezemfibrilleren. *Ventriculaire tachycardie* (VT) is in principe een levensbedreigende ritmestoornis. Patiënten met VT krijgen steeds vaker een intracardiale defibrillator (Implanteerbare Cardioverter Defibrillator, ICD) geïmplanteerd. Als de werknemer een ICD heeft gekregen, heeft dat consequenties voor autorijden en functies waaraan veiligheidseisen verbonden zijn.* Ook *supraventriculaire tachycardie* kan de belastbaarheid negatief beïnvloeden. Bij twijfel over de belastbaarheid in het geval van een hartritmestoornis is overleg met de cardioloog aangewezen.

- *Mitralisklepinsufficiëntie*. Mitralisklepinsufficiëntie (MI) veroorzaakt een volumebelasting voor de linkerharthelft. Een mitralisinsufficiëntie kan ook lange tijd na een hartinfarct nog optreden door een *remodeling* van de linker-ventrikel. Afhankelijk van de ernst kan de belastbaarheid hierdoor beperkt zijn. Ook voor MI geldt dat het bij twijfel over de belastbaarheid aanbeveling verdient te overleggen met de cardioloog.

Bètablokkers worden na een hartinfarct systematisch voorgeschreven om de prognose te verbeteren. Bètablokkers worden ook voorgeschreven bij angina pectoris en bij hypertensie. Zij verlagen de hartfrequentie, waardoor het cardiale zuurstofverbruik vermindert, met als gevolg een verbetering van de verhouding zuurstof-aanbod en zuurstof-verbruik. De bradycardie vermindert echter ook de cardiale belastbaarheid. Spiervermoeidheid en belemmering van warmteafgifte bij inspanning zijn bijwerkingen van bètablokkers.¹⁸

4.1.2 Comorbiditeit

Voor het beoordelen van de functionele mogelijkheden is het van belang eventuele lichamelijke of psychische comorbiditeit te diagnosticeren. Twee belangrijke en bij het hartinfarct veel voorkomende vormen van psychische comorbiditeit worden hier kort besproken.

Depressieve stoornis

Depressie na een hartinfarct vergroot het risico om te overlijden aan dat infarct met een factor drie tot vijf.^{7,24} Hoe ernstiger de depressie hoe groter het risico.¹⁸ Een depressieve episode komt in de beginfase na een hartinfarct voor in ongeveer veertig procent van de gevallen. De kans op een depressie is onafhankelijk

* Art. 6.7.4 Regeling eisen (medische) geschiktheid 2000.

van de ernst van het infarct. Na een jaar is bij twintig tot dertig procent van de patiënten sprake van een depressieve episode.^{15,24} Het percentage patiënten met depressieve klachten, die niet voldoen aan alle DSM-IV criteria voor een depressieve stoornis, bedraagt volgens sommige onderzoeken ruim vijftig procent.¹⁸

Depressieve symptomen manifesteren zich bij patiënten met coronaire hartziekten vaak anders dan bij andere patiëntengroepen. Niet een depressieve stemming, maar vermoeidheid, lusteloosheid en gebrek aan energie zijn de meest voorkomende klachten. Geïrriteerdheid, wrok over het getroffen lot, woede-uitbarstingen en frequente ruzies worden ook beschreven als symptomen van depressie na een eerste hartinfarct. Patiënten en hun omgeving beleven dit als een normale reactie op de ziekte. Gezien de atypische kenmerken en de attributie van de klachten aan de ziekte is het niet verwonderlijk dat de diagnose vaak wordt gemist. Depressieve episoden kunnen ook lange tijd na het hartinfarct nog ontstaan.

Angststoornissen

Een hartinfarct kan levensbedreigend zijn en wordt door de meeste patiënten ook zo ervaren. Bij opname is ongeveer de helft van de patiënten angstig, een jaar later nog twintig procent. Ongeveer vijftien procent van de patiënten krijgt na een hartinfarct te kampen met een posttraumatische stressstoornis.^{16,25} Het onderscheid tussen een angststoornis, met name een paniekstoornis, en angineuze klachten, een recidief infarct of ritmestoornissen kan bijzonder moeilijk zijn. Hartkloppingen, druk en soms pijn op de borst, kortademigheid en vermoeidheid, duizeligheid, soms flauwvallen, transpireren en misselijkheid zijn klachten die kunnen samenhangen met ritmestoornissen, maar vertonen ook veel overeenkomsten met de klachten bij een paniekaanval. Angst en spanning kunnen enerzijds ritmestoornissen luxeren en anderzijds een gevolg zijn van een ritmestoornis.

4.2 Behandeling en revalidatie

Behandeling

Voor informatie over de behandeling in de (post)acute fase van het doorgemaakt hartinfarct zij verwezen naar de desbetreffende richtlijnen van de NVVC.^{3,4,26} Na de acute fase stelt de cardioloog een medicamenteuze behandeling in gericht op de secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Deze bestaat in de regel uit acetylsalicylzuur, een statine, een bètablokker en bij verminderde linkerventrikel-

functie een ACE-remmer. Andere medicatie wordt voorgeschreven op indicatie.²

In het algemeen zullen patiënten met een verhoogde kans op complicaties bij de cardioloog onder controle blijven.³ Patiënten die klachtenvrij zijn of slechts geringe, stabiele angineuze klachten hebben, die zich redelijk tot goed lichame-lijk kunnen inspannen en niet lijden aan hartfalen of ernstige ventriculaire ritme- stoornissen, zoals ventriculaire tachycardie, zal de cardioloog veelal terugverwijzen naar de huisarts.

Revalidatie

Een multidisciplinair hartrevalidatieprogramma voor patiënten die een myocard- infarct hebben doorgemaakt is bewezen effectief.^{7,27-31} Er zijn in Nederland ongeveer honderd instellingen die hartrevalidatie aanbieden.* In 2002 kregen naar schatting circa tienduizend patiënten, ongeveer een derde van de patiënten met een doorgemaakt hartinfarct, een hartrevalidatieprogramma aangeboden.^{11,31} Het doel van hartrevalidatie is het fysiek, psychisch en sociaal functioneren zoveel mogelijk te bevorderen en nieuwe manifestaties van hart- en vaatziekten te voorkómen.

Deelname aan een hartrevalidatieprogramma moet overwogen te worden als bij een patiënt sprake is van:

- objectieve vermindering van het inspanningsvermogen in relatie tot het toe- komstig functioneren
- onvermogen een adequate inschatting te maken van het eigen inspannings- vermogen
- verstoring of bedreiging van het psychisch functioneren
- verstoring of bedreiging van het sociaal functioneren
- risicogedrag (roken, ongezond voedingspatroon, onvoldoende beweging).

Contra-indicaties voor deelname zijn:

- instabiele medische situatie
- ernstige psychische problemen
- ernstige emotionele instabiliteit
- ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht, concentratie)

* Niet in alle regio's is een dergelijk multidisciplinair programma beschikbaar. In voorkomende gevallen zal de bedrijfsarts zich inspannen om – binnen de grenzen van het redelijke – werknemers elders geplaatst te krijgen. Van de werkgever mag – eveneens binnen de grenzen van het redelijke – verwacht worden dat deze in voorkomende gevallen plaatsing zal faciliteren.

- ernstig bagatelliseren van emoties
- onvoldoende motivatie en niet overtuigd kunnen worden van het belang van hartrevalidatie.

Het is de intentie om voor iedere patiënt een hartrevalidatieprogramma ‘op maat’ samen te stellen, afhankelijk van de doelen die men wil bereiken. In de Richtlijn Hartrevalidatie worden de volgende doelen geformuleerd:

- *Leren kennen van de eigen fysieke grenzen.* De patiënt wordt geconfronteerd met zijn objectieve grenzen, zodat hij hiermee in het dagelijks leven kan omgaan.
- *Leren omgaan met fysieke beperkingen.* De acceptatie van de beperkingen is hierbij een voorwaarde.
- *Optimaliseren van het inspanningsvermogen.* Verbeteren van de belastbaarheid door fysieke training.
- *Herwinnen van emotioneel evenwicht.* Een zekere mate van emotioneel evenwicht is een voorwaarde om sociale en leefstijldoelen te kunnen bereiken.
- *Op een functionele manier omgaan met de hartziekte.* Patiënten leren rekening te houden met hun ziekte zonder zichzelf onnodig te beperken. Overschatting van de beperkingen en ontkenning zijn beide disfunctioneel.
- *Overwinnen van angst voor inspanning.*
- *Herwinnen van emotioneel evenwicht binnen relatie en/of sociale omgeving en direct betrokkenen op een functionele manier leren omgaan met de ziekte.*
- *Optimale hervatting van werk en/of huishoudelijke taken.* Vroeg ingezette hartrevalidatie doet de deelname aan werk toenemen van ongeveer 25 tot 75 procent.¹⁸
- *Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding.* In een vroeg stadium bespreken welke vrijetijdsbesteding, bijvoorbeeld sport, op welke termijn hervat kan worden, kan het gevoel van zelfcontrole vergroten.
- *Optimale hervatting van de rol in het gezin en in sociale relaties.* De omgeving, waaronder ook de werkomgeving, kan de terugkeer naar het maatschappelijk functioneren stimuleren, maar ook blokkeren.
- *Bekendheid met de aard van de ziekte en de risicofactoren.* Risicoreductie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren en het op basis daarvan schatten van het risico.
- *Stoppen met roken.*
- *Ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl.*
- *Ontwikkelen van een gezond voedingspatroon.*
- *Ontwikkelen van therapietrouw aan medicatie.*

Werkhervatting

Betrouwbare en actuele Nederlandse gegevens over de gemiddelde tijd tussen een hartinfarct en werkhervatting zijn niet beschikbaar. Internationaal gezien is er een spreiding van gemiddeld zestig dagen in de Verenigde Staten tot gemiddeld ruim drie maanden in Zweden.³² Bij een ongecompliceerd en adequaat begeleid hartinfarct hervat het merendeel van de werknemers zijn werk. Het hervattingspercentage in verschillende studies loopt uiteen van 36 tot 85 procent. In de meest recente literatuur komt het meestal uit boven de 75 procent.^{21,27,32-34} De grote spreiding komt niet voort uit verschillen in morbiditeit. Naast medische factoren zijn ook sociaal-economische (bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheidsregelingen) en sociaal-psychologische factoren van belang.^{35,36}

In de regel zijn vier weken na het hartinfarct de meeste reguliere activiteiten, waaronder lichte huishoudelijke werkzaamheden en autorijden, weer mogelijk.³⁷ Na een ongecompliceerd hartinfarct kan al in de revalidatiefase, zes tot acht weken na ontslag uit het ziekenhuis, begonnen worden met gedeeltelijke, zo nodig aangepaste, werkhervatting. Bij verder ongecompliceerd beloop zou een werknemer tien tot twaalf weken na ontslag uit het ziekenhuis zijn werk volledig moeten kunnen hervatten.³⁸⁻⁴⁴ Bij een minder voorspoedig beloop is het afronden van de hartrevalidatie (rond twaalf weken na ontslag uit het ziekenhuis) een moment om een inschatting te maken van de mogelijkheden voor (uitbreiding van de) werkhervatting.

De NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten* adviseert de bedrijfsarts om binnen drie weken na ontslag uit het ziekenhuis voor de eerste keer contact te hebben met de werknemer. Vroeg beginnen met de begeleiding is van belang omdat de ten tijde van het ontslag bestaande opvattingen en verwachtingen van de werknemer, diens kennis over leefstijl en eventuele angst en depressie, een voorspellende waarde hebben voor de terugkeer naar het werk.⁹ Als er van meet af aan aandacht is voor werkhervatting kunnen werknemers die een hartinfarct hebben doorgemaakt sneller aan het werk.

De richtlijn beveelt de bedrijfsarts aan een multifactoriële problemdiagnose op te stellen, die zich richt op de volgende vragen:⁹

- *Wat is de belastbaarheid?* De NVAB-richtlijn maakt onderscheid tussen objectieve belastbaarheid en subjectieve belastbaarheid.* Voor het bepalen van de subjectieve belastbaarheid onderzoekt de bedrijfsarts onder meer of er sprake is van een angststoornis, een depressieve stoornis, *distress* (piekeren, slecht slapen), chronische vermoeidheid of irreële cognities en beoordeelt hij hoe de werknemer de eigen belastbaarheid inschat. Voor de objectieve belastbaarheid (in dit protocol 'cardiale belastbaarheid' genoemd) zij verwezen naar paragraaf 4.1.1 of, bij aanwijzingen voor hartfalen, naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen*.
- *Wat is de werkbelasting?* Het gaat hier zowel om de fysieke belasting van het werk, als om mogelijke werkgebonden cardiovasculaire risicofactoren. (3.2)
- *Zijn er persoonsgebonden factoren die de re-integratie belemmeren?* De NVAB-richtlijn spreekt van een 'ineffectieve copingstijl' wanneer de werknemer
 - zichzelf meer beperkingen oplegt dan noodzakelijk is
 - ontkent een ischemisch hartlijden te hebben
 - vijandig is en negatief reageert op derden
 - zijn emoties niet benoemt of deze ontkent
 - niet actief naar oplossingen zoekt
 - in drank vlucht en/of blijft roken
 - irrationele verbanden legt tussen werk en hartaandoening.

Andere persoonsgebonden, de werkhervatting belemmerende factoren die in de richtlijn worden genoemd zijn: boosheid door conflicten op het werk, ver-

* Het is van belang dat de verzekeringsarts op de hoogte is van de wijze waarop de termen 'objectieve' en 'subjectieve' belastbaarheid' in de NVAB-richtlijn worden gebruikt. Ze verwijzen naar twee typen factoren die voor de beoordeling van de belastbaarheid relevant zijn, maar impliceren geen tegenstelling tussen 'werkelijke' en 'ingebeelde' belastbaarheid.

minderde motivatie voor het werk, herstelbelemmerende opvattingen bij de partner, privé-problemen en onvoldoende therapietrouw.

- *Is er sprake van een ongezonde leefstijl?*
- *Zijn er werkgebonden factoren die de re-integratie belemmeren?* Om eventuele herstelbelemmerende opvattingen van de werkgever op het spoor te komen, vraagt de bedrijfsarts aan de werknemer hoe de werkgever denkt over werkhervatting. Er kan sprake zijn van irrationele ideeën over hartpatiënten of van angst bij werkgever of collega's dat er op het werk iets kan gebeuren.¹⁸ Verder beoordeelt de bedrijfsarts of er veiligheidsrisico's zijn voor derden, bijvoorbeeld bij beroepen in wegvervoer, luchtvaart en scheepvaart, bij de spoorwegen en de brandweer en bij de bediening van gevaarlijke machines. Voor een aantal beroepen bestaan keuringsnormen.¹⁸
- *Krijgt de werknemer hartrevalidatie?* Zo ja, wat zijn de doelen van de revalidatie? Zo nee, wat is daarvan de reden? Hartrevalidatie kan geïndiceerd zijn, maar niet beschikbaar en er kunnen contra-indicaties voor deelname zijn.

Aan de hand van zijn probleemdiagnose kan de bedrijfsarts gericht adviseren over werkomstandigheden, aanpassing van werkbelasting, werkhervatting en behandel- en revalidatiemogelijkheden.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer die een hartinfarct heeft doorgemaakt 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 de diagnose hartinfarct vormt de verzekeringsarts zich aan de hand van het re-integratieverslag en andere beschikbare gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces, in de wetenschap dat re-integratie in arbeid in de meeste gevallen succesvol verloopt indien er geen sprake is van een ernstig beperkte cardiale belastbaarheid. De stagnatie van het functioneel herstel, bij afwezigheid van ernstige cardiale beperkingen, is in het algemeen multicausaal bepaald. Signalering en behandeling van comorbiditeit en secundaire preventie van hart- en vaatziekten zijn belangrijke aandachtspunten. De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.⁴⁵

6.2 Functionele mogelijkheden

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen na een hartinfarct veelal multicausaal bepaald zijn. Een verminderde hartfunctie is slechts een van de mogelijke oorzaken. Het doormaken van een hartinfarct is in het algemeen een ingrijpende levensgebeurtenis, die gepaard gaat met grote veranderingen – leefstijlaanpassingen, lichamelijke beperkingen, veranderingen in het dagelijks functioneren – en het wegvallen van vanzelfsprekendheden. Het aanpassingsvermogen kan hierdoor tekortschieten, met een verhoogde kans op psychiatrische comorbiditeit. Onvermogen om het inspanningsvermogen adequaat in te schatten – bij de patiënt zelf of bij zijn omgeving – kan bij de stagnatie van het functionele herstel een belangrijke rol spelen. Ook kan door de ziekte de visie van de werknemer op de functie van betaalde arbeid in zijn leven veranderd zijn.

Voor de functionele beperkingen die het gevolg zijn van een verminderde pompfunctie wordt verwezen naar het protocol *Chronisch hartfalen*. De verzekeringsarts houdt rekening met de mogelijkheid dat de cardiale toestand van de patiënt sinds het hartinfarct (verder) verslechterd is of dat een recidiefhartinfarct is opgetreden. Andere mogelijke oorzaken van een verminderde cardiale belastbaarheid zijn angina pectoris, hartritmestoornissen, mitralisklepinsufficiëntie en het gebruik van bètablokkers.

De aanwezige comorbiditeit betreft hij bij zijn beoordeling. Voor enkele veelvoorkomende vormen van comorbiditeit – overspanning, depressieve stoornis, angststoornissen – zijn verzekeringsgeneeskundige protocollen beschikbaar.

De verzekeringsarts houdt daarnaast rekening met factoren in het werk die schadelijk kunnen zijn voor het hart:

- werkstress, met het oog op specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid
- fysieke omgevingsfactoren:
 - hitte
 - koude
 - schadelijke stoffen
 - lawaai
- ploegendienst, met het oog op beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voorts houdt hij er rekening mee dat aan sommige functies bijzondere veiligheidseisen gesteld kunnen worden. Een ICD, bijvoorbeeld, is een contra-indicatie voor beroepsmatig autorijden en het verrichten van veiligheidsfuncties.

6.3 Te verwachten beloop

Bij de beoordeling van het te verwachten beloop houdt de verzekeringsarts rekening met:

- bekende cardiovasculaire risicofactoren
- cardiale belastbaarheid
- nog te benutten behandel- en revalidatiemogelijkheden
- relevante comorbiditeit en de wisselwerking tussen de verschillende ziektebeelden.

Een verbetering van de cardiale belastbaarheid van een adequaat behandelde en begeleide patiënt is twee jaar na een hartinfarct niet meer te verwachten.

Voor zover het functionele herstel gestagneerd is door andere oorzaken dan een beperkte cardiale belastbaarheid, gaat de verzekeringsarts na of een hierop gerichte adequate behandeling en begeleiding heeft plaatsgevonden. Is dat het geval, dan is de prognose ongunstig.

6.4 Behandeling en begeleiding

Meent de verzekeringsarts dat de hartfunctie achteruit is gegaan in vergelijking met de toestand die blijkt uit informatie die hij van andere artsen ontving, dan stelt hij de bedrijfsarts, de huisarts of de behandelend specialist op de hoogte van zijn bevindingen.

Als functioneel herstel na een hartinfarct zonder aanwijsbare cardiale oorzaak is uitgebleven en de verzekeringsarts van mening is dat de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden onvoldoende zijn benut, overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treed hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006: 2006/22.
 - 2 Grundmeijer HGLM, Bentum STBv, Rutten FH, Bakx JC, Hendrick JMA, Bouma M e.a. NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct. Huisarts & Wetenschap 2005; 48(5): 220-231.
 - 3 Boomsma LJ, Boer MJd, Bouma M, Bär FWHM, Bentum STBv, Lamfers E e.a. Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct. Huisarts & Wetenschap 2005; 48(5): 232-235.
 - 4 Rutten FH, Grundmeijer HGLM, Grijseels EWM, Bentum STBv, Hendrick JMA, Bouma M e.a. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom. Huisarts & Wetenschap 2003; 46(14): 831-843.
 - 5 Vermeer GJ, de Boer MJ, Bouma M, Bär FWHM, Bentum STBv, Lamfers E e.a. Landelijke Transmurale Afspraak Acuut coronair syndroom. Huisarts & Wetenschap 2003; 46(14): 844-847.
 - 6 Vogels EMHM, Bertram RJJ, Graus JJJ, Hendriks HJM, Huls Rv, Hulzebos HJ e.a. KNGF-richtlijn Hartrevalidatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2003; 111(3): supplement.
 - 7 revalidatiecommissie NHS/NVVC. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004.
 - 8 Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2006.
 - 9 NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten. Utrecht: NVAB; 2007.
 - 10 Myocardial infarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. Eur Heart J 2000; 21(18): 1502-1513.
-

- 11 van Leest LATM, Koek HL, van Trijp MJCA, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML e.a. Hart- en
vaatziekten in Nederland 2005. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2005.
- 12 Koek HL, Leest LATMv, Verschuren WMM, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland in 2004.
Den Haag: Nederlandse Hartsichting; 2004.
- 13 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.
- 14 Frasure-Smith N, Lesperance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosom Med*
2005; 67 Suppl 1: S19-S25.
- 15 van Erp J, Hinnen C, Sanderman R. Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. Bilthoven:
Nederlandse Hartstichting; 2006.
- 16 Gander ML, von Kanel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency,
outcome, and atherosclerotic mechanisms. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(2): 165-172.
- 17 Kivimaki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Vaananen A, Vahtera J. Work stress in the
etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32(6): 431-
442.
- 18 NVAB. Achtergronddocument bij de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met
ischemische hartziekten. Utrecht: NVAB; 2007.
- 19 Peterson PN, Spertus JA, Magid DJ, Masoudi FA, Reid K, Hamman RF e.a. The impact of diabetes
on one-year health status outcomes following acute coronary syndromes. *BMC Cardiovasc Disord*
2006; 6: 41.
- 20 Drory Y, Kravetz S, Koren-Morag N, Goldbourt U. Resumption and maintenance of employment
after a first acute myocardial infarction: sociodemographic, vocational and medical predictors.
Cardiology 2005; 103(1): 37-43.
- 21 Muller-Nordhorn J, Gehring J, Kulig M, Binting S, Klein G, Gohlke H e.a. [Return to work after
cardiologic rehabilitation]. *Soz Praventivmed* 2003; 48(6): 370-378.
- 22 Varailac P, Sellier P, Iliou MC, Corona P, Prunier L, Audouin P. [Return to work following
myocardial infarction. Medical and socio-professional factors]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1996; 89(2):
203-209.
- 23 Soderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with
coronary artery disease. *Soc Sci Med* 2003; 56(1): 193-202.
- 24 Honig A. Depressie na een hartinfarct en vergrote kans op overlijden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;
144(27): 1307-1310.
- 25 Spindler H, Pedersen SS. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk
factors, and future research directions. *Psychosom Med* 2005; 67(5): 715-723.
- 26 Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. De NVVC Richtlijnen ST-Elevatie Acute Coronaire
Syndromen. Utrecht: NVVC; 2001.
- 27 Bär FWHM, Vonken HJM. Wat is het nut van hartrevalidatie? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134(3):
107-112.
-

- 28 Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol* 2000; 55(6): 341-349.
- 29 Haskell WL, Brachfeld N, Bruce RA, Davis PO, Dennis CA, Fox SM, III e.a. Task Force II: Determination of occupational working capacity in patients with ischemic heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1989; 14(4): 1025-1034.
- 30 Mahoney LT, Skorton DJ. Insurability and employability. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18(2): 334-336.
- 31 Strijbis AM, Franke B, van Boxtel I, Duiker K. Hartrevalidatie in cijfers. *Hart Bulletin* 2005; 36(4): 94-99.
- 32 Perk J, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health Suppl* 2004; 63: 181-206.
- 33 Monpere C, Francois G, Rondeau du NC, Phan VJ. Return to work after rehabilitation in coronary bypass patients. Role of the occupational medicine specialist during rehabilitation. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl L: 48-53.
- 34 Monpere C, Rajoelina A, Vernochet P, Mirguet C, Thebaud N. [Return to work after cardiovascular rehabilitation in 128 coronary patients followed for 7 years. Results and medico-economic analysis]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2000; 93(7): 797-806.
- 35 Danchin N, Goepfert PC. Exercise training, cardiac rehabilitation and return to work in patients with coronary artery disease. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl M: 43-46.
- 36 Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42(10): 1801-1807.
- 37 Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994; 23(5): 423-435.
- 38 Cox RAF. *Fitness for Work*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- 39 DeBusk RF, Dennis CA. Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: a guide for physicians. *West J Med* 1982; 137(6): 515-520.
- 40 Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Gossard D e.a. Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial. *JAMA* 1988; 260(2): 214-220.
- 41 Dumont S, Jobin J, Deshaies G, Trudel L, Chantale M. [Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study]. *Can J Cardiol* 1999; 15(4): 453-461.
- 42 Picard MH, Dennis C, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Berger WE, III e.a. Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1989; 63(18): 1308-1314.
- 43 Pilote L, Thomas RJ, Dennis C, Goins P, Houston-Miller N, Kraemer H e.a. Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann Intern Med* 1992; 117(5): 383-389.
-

- 44 Weel ANH, van Dijk JL. Werk en Hart. In: Roelandt JRTC, Lie KI, Wellens HJJ, editors. *Cardiologie*. Bohn Stafleu van Loghem; 11-11-2002:
- 45 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 gezien 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 vervolgvactiteiten 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)*.

Wergroep 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*
verzekeringarts, 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>)