

Project patiëntenperspectief op mediprudentie (POM)

Thematische gevalsbeschrijving WAD 04B – Oordeel en advies over behandeling en begeleiding bij whiplash in het kader van de Ziektewet

Versie 01-05-2014 herzien voor MENU

Trefwoorden

Adequate behandeling

Arborol verzekeringsarts Ziektewet

Langdurige WAD I/II

Stagnatie herstel

Verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash associated disorder I/II

WAD I/II

Whiplash

Ziektewet

Vignet

Wat mag worden verwacht van de verzekeringsarts bij de beoordeling en advisering van mensen met whiplash in het kader van de Ziektewet?

Bij de medische beoordeling en advisering rond WAD I/II in het kader van de Ziektewet is het aan te bevelen om vroegtijdig stagnatie in herstel op te sporen, vroegtijdig een multidisciplinaire behandeling te adviseren, oog te hebben voor klachtenspecifieke behandeling en werkhervatting bij de multidisciplinaire behandeling te betrekken.

Kansen op herstel en re-integratie worden beter benut als de verzekeringsarts deze punten in het oog houdt en evalueert. Het enkel opstellen van een probleemanalyse kan hiervoor te minimaal zijn. Evenals het aannemen van een afwachtende houding ten aanzien van de resultaten uit de behandelende sector. Als herstel of re-integratie stagneert, kan ook in de ziektewetperiode van de verzekeringsarts verwacht worden dat hij het initiatief neemt tot tussentijdse evaluatie of herijking, informatie inwint bij behandelaars en met hen en de betrokkene overlegt over te adviseren interventies.

Samenvatting gegevens uit rapportages en interview met betrokkene

Situatie bij beoordeling

Betrokkene is in maart 2009 op 32-jarige leeftijd uitgevallen als tandartsassistente. De uitval is het gevolg van een auto-ongeluk waarbij ze van achteren werd aangereden. Ze werkte 40 uur per week in reguliere diensten. Haar tijdelijke contract liep in augustus 2009 af, waarna ze een beroep deed op de Ziektewet. (10)

Beoordeling en advisering door de bedrijfsarts

In maart 2009 stelt de bedrijfsarts de diagnose whiplash trauma en legt de volgende beperkingen vast: "nekbewegingen, duizeligheid bij nekbewegingen, concentratieproblemen". Hij adviseert betrokkene na 18 dagen weer voor halve dagen aan het werk te gaan, met geleidelijke opbouw van uren gedurende drie weken tot volledige werkweek. In het begin raadt hij afwisselende houdingen van de nek aan. (1) De huisarts had reeds pijnstilling ingezet en verwezen voor een CT-scan.

Betrokkene moet na een maand (april 2009) echter stoppen met werken wegens het aanhouden en zelfs toename van klachten. (3) Beperkingen: vooral energetisch, hoofdpijn en pijn in rug en nek.

De bedrijfsarts acht haar in mei 2009 volledig arbeidsongeschikt voor eigen en aangepast werk. Hij vermeldt dat behandeling volgt als het diagnostisch onderzoek naar de klachten is afgerond. Hij adviseert de werkgever goed contact met haar te blijven houden.

Met deze aanpak verwacht de bedrijfsarts dat betrokkene, afhankelijk van haar klachten, haar werk na enkele weken weer gedeeltelijk kan hervatten. (2)

In augustus 2009 (vijf maanden na ziekmelding en een week nadat betrokkene formeel al uit dienst is) stelt een waarnemend bedrijfsarts op basis van het dossier nog een *probleemanalyse WIA en plan van aanpak* op, als onderdeel van het re-integratieverslag. "CAS-code: L550, L100. AO wegens nekklachten (pijn). Geen informatie ingewonnen bij behandelaar. Mevrouw is wel bij specialist in behandeling en heeft diverse onderzoeken gehad. NPO-onderzoek volgt nog, gezien concentratieproblemen en snelle vermoeidheidsklachten. Ondanks actieve benadering van bedrijfsarts en werknemer is werkhervatting niet gelukt. In eerste instantie protocol whiplash gevolgd met actieve benadering: pijnbestrijding en halve dagen werken, later fysiotherapie en Mensendieck. Nog geen medische eindsituatie en verder beloop nog onbekend. Onbekend waarom van protocol werd afgeweken. Neuroloog zou rust hebben geadviseerd?" (3)

Beoordeling en advisering verzekeringsarts ZW

Bijna zeven maanden na ziekmelding (september 2009) rapporteert de verzekeringsarts (A) in het kader van de ZW als volgt.

“Cliënt acht zich momenteel niet geschikt voor eigen of ander werk. Wil graag werken maar ziet dit nu beslist niet zitten. Huidige claimklachten: Nek- en schouderklachten, duizelingen en cognitieve beperkingen (aandacht- en concentratiestoornissen en problemen met geheugen).”

“Na aanrijding leek het aanvankelijk goed af te lopen. Na korte tijd ontwikkelde zij toch klachten. Zij kreeg pijn in de nek en schouders en heeft veel hoofdpijn. Daarbij ook duizelingen, slaapstoornissen, aandacht- en concentratieproblemen en geheugenproblemen. Belanghebbende is extreem moe. Door de hele situatie (thuis zitten) heeft zij ook psychische beperkingen gekregen.”

“Behandeling: Mensendiecktherapie. Begeleiding neuroloog. Er zal verder diagnostisch onderzoek volgen waarna een behandelplan opgesteld kan worden. Er is neuropsychologisch onderzoek geweest waarvan zij nog geen uitslag heeft. Herstelgedrag: Adequaat. Licht depressieve verschijnselen.” “Er zijn geen duidelijke bewegingsbeperkingen. Bij bewegen wel toename van duizelingen en hoofdpijn.” “Diagnose: 6 L550 Whiplash trauma, P652 Depressieve episode.”

“Cliënt is arbeidsongeschikt voor maatgevende arbeid, omdat ze fysieke en cognitieve beperkingen heeft. Langdurig verzuim is te verwachten. Ik zie haar over 8 weken voor een herbeoordeling terug.”

“Prognose t.a.v. de aandoening en de beperkingen/belastbaarheid: Gunstig. Cliënt zal naar verwachting herstellen voor de maatgevende arbeid. Een prognose is niet te geven.” (4)

De verzekeringsarts vraagt de behandelend huisarts om meer informatie. De huisarts vermeldt (oktober 2009): “Sedert een ongeval heeft betrokkene nek-, schouder- en hoofdklachten. Daarbij maakte betrokkene melding dat ze in 2007 ook een dergelijk ongeluk heeft gehad. Aangezien de klachten bleven aanhouden, heb ik haar vrij snel doorverwezen naar de neuroloog. Collega concludeerde dat er geen neurologische afwijkingen waren en adviseert af te wachten. Aangezien klachten toch blijven, heb ik betrokkene eind april nog eens naar de neuroloog verwezen. Deze neuroloog verwijst haar naar de neuropsycholoog en adviseert eventueel cognitieve revalidatie. In september 2009 bezocht betrokkene nogmaals mijn praktijk wegens aanhoudende hoofd- en

nekkklachten. Mijn waarnemer heeft haar verwezen naar de fysiotherapeut. Over de prognose durf ik geen uitspraak te doen, omdat ik denk dat dit zeer moeilijk zal zijn". (5)

In zijn plan van aanpak schrijft de verzekeringsarts (A) in oktober 2009: "Er is neuropsychologisch onderzoek gedaan. Hierin worden cognitieve stoornissen bevestigd. De psycholoog adviseert eventueel cognitieve revalidatie."

In de probleemanalyse geeft de verzekeringsarts aan dat hij alleen op medisch gebied mogelijkheden ziet tot herstel of verbetering. "Het effect van de verschillende therapieën moet afgewacht worden." Hij acht re-integratie daarom nu niet mogelijk, maar in de toekomst wel. Hij geeft daarbij aan dat de cliënt volgens hem bij re-integratie niet ondersteund hoeft te worden. (7)

Januari 2010 (10 maanden na eerste ziektedag) rapporteert de verzekeringsarts (B): "Toekomstvisie van cliënt ten aanzien van werken: wil graag terug in haar eigen vak. De vorige werkgever houdt de deur op een kier voor haar."

"Huidige claimklachten: Nog teveel klachten in de loop van de dag optredend, met moeheid."

"Huidige klachten (medisch): De neuroloog heeft haar nu naar de fysiotherapie verwezen voor begeleid opbouwen van een verdere conditie van rug- en nekspieren en energetische verbetering. Tevens nog begeleiding via de ergotherapeut. Er is een, nog steeds in de loop van de dag toenemende, stijfheid in nek en hoofdpijn van uit het achterhoofd naar voren uitstralend. Cliënte is nog moe, in de loop van de dag toenemend. Ze gaat 's middags nog 2-3 uur slapen in bed, terwijl ze 's avonds last heeft om een goede houding te vinden vanwege de klachten van de nek. Autorijden gaat mits niet langer dan 1 ½ uur. Heeft nog wel eens moeite met de veelheid aan informatie bij deelname aan verkeer. De depressieve klachten zijn verdwenen." "Herstelgedrag is adequaat." "Cervicale wervelkolom: anteflexie nog minimaal beperkt tot 50 graden, met bewegingsangst. Verder normale beweeglijkheid." "Psychische status: Geen afwijkingen; normaal affect en moduleren. De stemming is normofoor. Het denken is ongestoord qua vorm en inhoud. De concentratie- en de geheugenfuncties zijn ongestoord. Goed oogcontact. Redelijk ziekte-inzicht. Geen tekenen van evidente psychopathologie, depressieve tekenen of tekenen van vermoeidheid." Er wordt geen informatie bij derden opgevraagd, omdat er

“voldoende relevante informatie voor handen is om tot een valide inschatting van de belastbaarheid te komen”.

“Conclusie en beschouwing: Cliënt is vooralsnog arbeidsongeschikt voor maatgevende arbeid omdat er nog conditionele beperkingen zijn, waaraan nu middels training aan gewerkt gaat worden. De verwachting is dat cliënte binnen 6-8 weken medisch in staat dient te worden geacht haar eigen werk te doen.”
(8)

Maart 2010 (12 maanden na eerste ziektedag) rapporteert de verzekeringsarts (B) als volgt:

“Visie cliënt: Cliënt acht zich momenteel mogelijk gedeeltelijk geschikt voor maatgevende arbeid. Cliënt acht zich momenteel mogelijk gedeeltelijk geschikt voor ander werk. Toekomstvisie van cliënt ten aanzien van werken: wil graag terug in haar eigen vak. De vorige werkgever houdt de deur op een kier voor haar. Heden vindt ze zich nog niet klaar om het eigen werk te hervatten.”

“Huidige claimklachten: Nog teveel klachten in de loop van de dag optredend, met moeheid en hoofdpijn.”

“Huidige klachten (medisch): Het gaat nog niet goed. Door huisarts zouden er nu ontstekingen zijn vastgesteld in de nek, thoracaal en lumbaal met verdikkingen. Met autorijden had cliënt tintelingen in de benen waarvoor zij nu opnieuw verwezen is naar de neuroloog. Cliënte heeft 2 maal per week ½ uur fysiotherapie (krachttraining, roeien en steppen) en 2 x ½ uur ergotherapie: concentratie oefeningen. Ze overweegt te starten met orthomoleculaire therapie.”

De verzekeringsarts oordeelt op basis van eigen onderzoek dat er geen ernstige beperkingen van fysieke of psychische aard zijn. Hij ziet geen reden tot het inwinnen van nadere informatie bij de behandelaars. “De verwachting is dat bij aanvullend neurologisch onderzoek (gelet op de eigen expertise) geen nieuwe gezichtspunten naar voren zullen komen. Er zijn subjectief nog klachten, maar deze hoeven cliënte in principe niet te hinderen in het verrichten van de eigen werkzaamheden.” Hij beoordeelt betrokkene als “volledig hersteld voor maatgevende arbeid”. (9)

Rapportage bezwaarverzekeringsarts

Betrokkene gaat tegen deze uitkomst in bezwaar. Het bezwaar wordt gegrond verklaard. De bezwaarverzekeringsarts rapporteert: Medische heroverweging: "Aan de claim van belanghebbende met betrekking tot het nog arbeidsongeschikt zijn op. maart 2010, in het kader van de ziektewet, kan worden tegemoet gekomen. Hierbij is het volgende overwogen: ... Het betrof aanvankelijk een WAD II, waarbij de beperkingen van de nekfunctie geleidelijk afnamen (WAD I). De bij aanvang forse klachten zijn geleidelijk aan verbeterd onder andere door middel van revalidatiebegeleiding, die ze nu ook nog krijgt.... Door belanghebbende wordt aangegeven dat ze nog een MRI-onderzoek krijgt. Tevens volgt ze nog een revalidatieprogramma. Ze heeft 2 keer per week fysiotherapie-begeleiding en 2 keer per week ergotherapie. Daarnaast 1 keer per 2 weken nog psychologische begeleiding. Daar belanghebbende vanwege het volgen van deze behandeling, waarvoor een medische indicatie aanwezig is, niet fulltime beschikbaar is voor haar laatst verrichte werkzaamheden, kan ze hier niet geschikt voor worden bevonden. De duur van de begeleiding is onbekend, maar de behandelingen zullen waarschijnlijk op korte termijn beëindigd worden. De prognose met betrekking tot het herstel is overigens goed te noemen. Er kan verdere begeleiding door de verzekeringsarts vanuit de ziektewet plaatsvinden." (10)

Aanvullende informatie van betrokkene

Betrokkene was eerder, in 2007, ook betrokken bij een auto-ongeval. Ze vertelt dat haar klachten na het ongeluk in 2007 veel minder waren. Ze is toen niet naar de huisarts gegaan en heeft ongeveer een maand nekklachten gehad. Het was niet echt pijnlijk en ze heeft toen gewoon doorgewerkt. (6)

Na het ongeluk in 2009 heeft ze eerst Mensendiecktherapie gehad. Doel was vooral om haar gespannen spieren weer wat los te maken (alles zat vast) en te werken aan een betere houding. Daarna heeft ze fysiotherapie gehad, met het doel om conditie op te bouwen. (6)

Het neuropsychologisch onderzoek is niet volledig verricht. Men zag hiervan de noodzaak niet in en er is toen een revalidatie-traject opgestart, eind 2009. (10) Terugkijkend was ze niet positief over de revalidatiebehandeling. Er werd niets aan haar nekpijn gedaan. De insteek was: 'denk maar dat er niets aan de hand is, en ga gewoon door'. Dat probeerde ze dan, maar het lukte niet, wat haar weer verdrietig maakte. Het hielp haar niet vooruit. Later heeft ze zelf apart een fysiotherapeut bezocht voor massage, om te helpen haar spieren los te maken.

Ze is op eigen initiatief naar haar land van herkomst gegaan voor medische hulp. Daar kreeg ze onder andere pijnstillers. Deze medicatie hielp wel tegen pijn maar had veel bijwerkingen. Daarnaast kreeg ze vitamine B12 (gegeven in injecties) voor de doorbloeding en tegen de pijn. Nu gebruikt ze lichtere middelen als paracetamol. Ze heeft nog veel pijn.

Op dit moment (mei 2013) werkt ze nog steeds niet. De huisarts wil haar weer naar een revalidatiebehandeling verwijzen, maar daar voelt ze vanwege haar voorgaande ervaring niet veel voor. Ze heeft het gevoel dat er teveel gepraat wordt, maar er niks gedaan wordt aan het probleem van haar nekpijn. Het is de pijn die ze nog steeds als het grootste probleem ervaart. (6)

Commentaar

In de voorliggende casus neemt de verzekeringsarts een afwachtende houding aan bij de verzuimbegeleiding van een vangnetter met Whiplash Associated Disorders (WAD). De ondersteuning die betrokkene ontvangt is zeer beperkt, en mogelijk zijn hierdoor kansen onbenut gebleven op herstel en re-integratie, en op de eigen inbreng daarbij. De casus roept daarom de volgende vraag op: *Wat mag worden verwacht van de verzekeringsarts in de beoordeling en advisering van mensen met whiplash in het kader van de Ziektewet?*

Voor het beantwoorden van deze vraag is zowel gebruik gemaakt van de wet- en regelgeving met betrekking tot de rol van de verzekeringsarts in het kader van de Ziektewet als van documenten waarin de voor dit thema relevante inzichten met betrekking tot WAD I/II zijn vastgelegd.

Volgens de Ziektewet maakt de verzekeringsarts bij de beoordeling zoveel mogelijk gebruik van wetenschappelijke inzichten die de beoordeling kunnen ondersteunen van het percentage van het maatmaninkomen dat de verzekerde kan verdienen.

Op grond van de *Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar voor vangnetters zonder werkgever* mag van de verzekeringsarts in het kader van de Ziektewet verwacht worden dat hij binnen 6 weken na de eerste ziektedag een probleemanalyse opmaakt, indien sprake is van dreigend langdurig verzuim. Hiervoor onderzoekt en beoordeelt de verzekeringsarts de gegevens die van

belang zijn voor herstel, werkhervatting en re-integratie. Ook beoordeelt de verzekeringsarts onder meer op welk vlak een interventie werkhervatting/re-integratie kan bevorderen. (13)

Het *verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II* verwacht van de verzekeringsarts een actieve houding ten aanzien van kwaliteit, volledigheid en verloop van de 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.*
- *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.(11)*

Wetenschappelijke inzichten met betrekking tot whiplash

Het protocol WAD I/II zegt met betrekking tot behandeling en begeleiding van whiplash onder meer het volgende:

"De verzekeringsarts 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."

"Pijn is de basisklacht bij een langdurige WAD I/II. 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."

Andere documenten waarin relevante wetenschappelijke inzichten, zoals bedoeld in de Ziektewet, zijn vastgelegd, zijn de CBO Richtlijn Whiplash (14) en de NVAB-visie op 'Werken met WAD' (16). De CBO-richtlijn beveelt aan te verwijzen naar een specifieke behandelaar als er na 6-12 weken specifieke problemen zijn. Over re-integratie bij WAD I/II stelt deze richtlijn verder: *"Aangezien bij stagnerend*

herstel, als het ware 'de gehele mens' betrokken is bij het klachtenpatroon, vergt re-integratie vaak een multidisciplinaire aanpak, waarbij het multidisciplinaire team vertegenwoordigd wordt door één coördinator."

Stagnatie in herstel

In deze casus kwam betrokkene na 5 maanden in de Ziektewet wegens beëindiging van de arbeidsovereenkomst. De verzekeringsarts ZW had dus geen rol in de periode daarvoor. In de rapportage van de bedrijfsarts bij de overdracht aan UWV wordt opgemerkt dat aanvankelijk het protocol werd gevolgd (pijnbestrijding en activering), maar dat onbekend is waarom daar later van werd afgeweken (rust?). Ook omdat het belangrijk is *stagnatie in een vroeg stadium op het spoor te komen*, was dat aanleiding geweest voor spoedig overleg met de betrokkene, de bedrijfsarts, huisarts en overige behandelaars over een medisch plan van aanpak, conform het protocol WAD I/II. Ook de 'Regeling procesgang' geeft aanleiding tot een beschouwing over de vraag of een interventie op medisch vlak werkhervatting en re-integratie zou kunnen bevorderen.

Twee maanden later is de situatie rondom diagnostiek, behandeling en werkhervatting nog gelijk aan die bij einde dienstverband; arbeidsongeschikt, volgen van mensendiecktherapie en een openstaande verwijzing naar de neuropsycholoog vanwege cognitieve stoornissen.' De verzekeringsarts onderneemt echter geen verdere actie: "Het effect van de verschillende therapieën moet afgewacht worden."

Vroegtijdige en multidisciplinaire behandeling

Het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD adviseert al veel eerder met een *multidisciplinaire* behandeling te starten (al bij stagnerend herstel na 3 maanden). Daarnaast zijn er aanwijzingen vanuit literatuuronderzoek dat *vroegtijdige behandeling* kansen geeft op een beter resultaat Dit sluit aan bij de ervaringen van de patiëntenorganisatie Whiplash Stichting Nederland. (15).) Door niet tijdig te reageren op stagnatie in herstel gaan kansen verloren. In deze casus lijkt pas 10 maanden na ziekmelding een vorm van poliklinische, beperkt multidisciplinaire, behandeling gestart te worden. De invulling van een multidisciplinaire behandeling is in de praktijk niet universeel. De verschillende instituten hebben allemaal hun eigen doelen, protocollen, samenstelling van

teams, etc.. In het algemeen wordt in de medische wereld onder multidisciplinaire behandeling verstaan:

- met een team van behandelaars (meerdere disciplines)
- met onderlinge afstemming
- met een coördinator
- meestal gebeurt dit vanuit een instituut/behandelcentrum (12).

In deze casus is onvoldoende informatie beschikbaar over de vraag of er sprake is geweest van een multidisciplinaire behandeling volgens bovengenoemde criteria. Zijn alle relevante disciplines betrokken? Is er onderling voldoende afstemming geweest om het synergetisch effect en de voortgang voldoende te kunnen beoordelen? Het feit dat de behandeling binnen of via een medisch centrum met meerdere disciplines werd uitgevoerd, levert daarvoor geen aanwijzing, hoogstens een vermoeden.

Het signaal van de betrokkene dat de behandeling onvoldoende gericht was op pijnbestrijding doet vermoeden dat niet alle relevante disciplines bij de behandeling betrokken zijn geweest (6).

Aandacht voor specifieke klachten, zoals pijn

Het klachtenpatroon na een whiplashongeval kan zeer divers zijn en daarom wordt maatwerk geadviseerd in de CBO-richtlijn; bij specifieke klachten is verwijzing naar een specifieke behandelaar aangewezen. (14) In de NVAB-visie op belastbaarheid en re-integratie bij WAD I/II wordt (16) hierover vermeld: *'Verwijs bij bepaalde specifieke klachten naar bijvoorbeeld optometrist, anesthesioloog of pijnteam.'*

Pijn is een klacht die bij veel mensen met WAD I/II op de voorgrond staat (11, zie ook verzekeringsgeneeskundig protocol, pag. 37). In de voorliggende casus zijn de pijnklachten erg prominent. Dit was voldoende aanleiding geweest voor de verzekeringsarts om in overleg met de betrokkene en de behandelaars na te gaan of hiervoor een specifieke interventie geadviseerd kon worden.

Actieve re-integratiebegeleiding

Ook is niet ingezet op actieve re-integratiebegeleiding. Zoals eerder aangegeven stelt de CBO-richtlijn (14) dat re-integratie/werkhervatting om een multidisciplinaire aanpak vraagt. In de probleemanalyse (7) geeft de verzekeringsarts aan dat hij alleen op medisch gebied mogelijkheden ziet tot

herstel of verbetering. En voorts dat betrokkene hier niet bij ondersteund hoeft te worden. De verzekeringsarts vraagt eenmalig informatie op bij de huisarts en wacht de gehele periode de effecten van de lopende behandelingen af. Nergens lijkt hij vraagtekens te zetten bij stagnatie of de (effecten van) de lopende behandeling. In het dossier is ook niets terug te lezen over een (medisch) advies dat de verzekeringsarts over behandeling of begeleiding meegeeft aan bijvoorbeeld het ZW-arboteam of de cliënt ter ondersteuning van de werkhervatting.

Overleg met behandelaars

Ondanks dat de verzekeringsarts gedurende het gehele traject stelt dat hij het effect van de lopende behandelingen af wil wachten, trekt hij na precies een jaar de conclusie dat cliënte hersteld is voor maatgevende arbeid, *voordat* de behandelingen afgerond zijn en zonder overleg met de behandelaars.

Hij noteert dat het wegens medische klachten nog niet goed gaat. Betrokkene is het met de beoordeling 'hersteld voor maatgevende arbeid' niet eens en acht zich op dat moment niet geschikt om eigen werk te hervatten. Dat was opnieuw een moment geweest om het overleg met behandelaars aan te gaan.

Dit oordeel van de verzekeringsarts wordt in de daarop volgende bezwaarprocedure teruggedraaid, maar ook dat leidt niet tot een advies over interventies die werkhervatting kunnen bevorderen. Opnieuw wordt slechts afgewacht tot de lopende behandeling (fysiotherapie, ergotherapie en psychotherapie) is afgerond.

Conclusie

Bij de beoordeling en advisering door de verzekeringsarts in de ZW/Arborol bij mensen met WAD I/II is expliciet aandacht wenselijk voor:

- Vroegtijdig op het spoor komen van stagnatie in herstel.
- Vroegtijdig inzetten van multidisciplinaire behandeling bij aanhouden van klachten.
- Onderlinge afstemming van werkhervatting en multidisciplinaire behandeling.
- Aandacht voor specifieke klachten (maatwerk is nodig vanwege diversiteit in klachtenpatroon). Pijnklachten staan vaak op de voorgrond.

Als het ontbreekt aan een actieve en kritische houding van de verzekeringsarts bij de beoordeling van de lopende behandeling en overleg met en advies aan betrokkene, behandelaars en ZW-arboteam kunnen kansen op herstel en re-integratie worden gemist.

Bij stagnatie in herstel of re-integratie kan ook in de ziekteperiode van de verzekeringsarts verwacht worden dat hij het initiatief neemt tot tussentijdse evaluatie of herijking, informatie inwint bij behandelaars en met hen en de betrokkene overlegt over te adviseren interventies.

Bronnen:

1. Advies bedrijfsarts A, maart 2009
2. Advies bedrijfsarts A, mei 2009
3. Probleemanalyse WIA en plan van aanpak bedrijfsarts B, augustus 2009
4. Medische rapportage UWV-verzekeringsarts A, september 2009 (bijlage 1)
5. Brief huisarts, oktober 2009
6. Interview betrokkene, mei 2013
7. Probleemanalyse en plan van aanpak verzekeringsarts/UWV A, oktober 2009 (bijlage 2)
8. Medische rapportage UWV-verzekeringsarts B, januari 2010 (bijlage 3)
9. Medische rapportage UWV-verzekeringsarts B, maart 2010 (bijlage 4)
10. Medische rapportage bezwaar verzekeringsarts, april 2010 (bijlage 5)
11. Verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash Associated disorder I/II 2008
12. Nathalie Janssen, Gerrit Jan Wijlhuizen, Lucas Petrus Witte: "Kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor verkeersslachtoffers, Deelproject 2: Whiplash: inventarisatie whiplashbehandelingen in Nederland: multidisciplinaire interventieprogramma's voor whiplashpatiënten met subacute tot chronische klachten", Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, 2005
13. Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar voor vangnetters zonder werkgever, Staatscourant 24 juli 2007, nr. 140 / pag. 33
14. CBO Richtlijn 'Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I / II'. 2008, Nederlandse Vereniging voor Neurologie
15. Vroegtijdige behandeling, beter resultaat. Beknopte literatuurstudie (pubmed) door Whiplash Stichting Nederland (dr. L. Geeraedts), mei 2013. Literatuur die de stelling 'vroegge behandeling, beter eindresultaat' ondersteunt:
 - Jull GA, Soderlund A, Stemper BD, Kenardy J, Gross AR, Cote P, Treleaven J, Bogduk N, Sterling M, Curatolo M. Toward optimal early management after whiplash injury to lessen the rate of transition to chronicity: discussion paper 5 Spine. 2011; 36 925 Suppl): S335-S342
 - Teasel RW, McClure A, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M, Sequeira K, Death B. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): part 2 - interventions for acute WAD. Pain Res Manage. 2010; 15 (5): 295-304
 - Dufton JA, Kopec JA, Wong H, Cassidy JD, Quon J, McIntosh G, Koehoorn M. Prognostic factors associated with improvement following acute whiplash-associated disorders Spine. 2006; 15 (20): E759-E765.

- Seferiadis A, Rosenfeld M, Gunnarsson R. A review of treatment interventions in whiplash-associated disorders. *Eur Spine*. 2004; 13 (5): 387-397
- Rosenfeld M, Seferiadis A, Carlsson J, Gunnarsson R. Active intervention in patients with whiplash-associated disorders improves long-term prognosis: a randomized controlled clinical trial. *Spine*. 2003; 28 (22): 2491-2498
- Rosenfeld M, Gunnarsson R, Borenstein P. Early intervention in whiplash associated disorders: a comparison of two treatment protocols. *Spine*. 2000; 25 (14): 1782-1787

Daarnaast is er ook een beperkt aantal studies gevonden die aangeven dat vroege handeling herstel juist kan remmen:

- Pape E, Hagen KB, Brox JJ, Natvig B, Schirmer H. Early multidisciplinary evaluation and advice was ineffective for whiplash-associated disorders. *Eur J Pain*. 2009; 13 (10): 1068-1075
- Cote P, Soklaridis S. Does early treatment of whiplash-associated disorders assist or impede recovery? *Spine*. 2011; 36 (25 Suppl): S275-S279.

16. Werken met WAD: een multidisciplinaire visie op belastbaarheid en re-integratie van mensen met Whiplash Associated Disorder I en II. NVAB, 2010.