

Thematische gevalsbeschrijving WAD03A

Wel of geen langdurige Whiplash Associated Disorder (WAD) I/II?

Versie 28-08-2014 voor MENU

Trefwoorden

Beperking werktijden
Cognitieve beperking
Energetische beperking
Langdurige WAD I/II
Prognose
Urenbeperking
Verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II
Whiplash

Vignet

Betrokkene valt een jaar na een auto-ongeval opnieuw uit op het werk. De vraag is of de verzekeringsarts tot de conclusie had kunnen komen dat er sprake is van langdurige Whiplash associated disorder (WAD) I/II. En in hoeverre had de diagnose langdurige WAD I/II tot een andere beoordeling kunnen leiden?

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II. Het klachtenpatroon van betrokkene past bij het beeld van langdurige WAD: er is een verband tussen pijn, moeheid en cognitieve stoornissen; behandeling en begeleiding zijn steeds gericht op WAD; en betrokkene is, ondanks eerdere werkhervatting, na het ongeval niet klachtenvrij geweest. De verzekeringsarts argumenteert onvoldoende waarom hij de diagnose WAD niet stelt. Doordat hij uitgaat van de diagnoses 'nekkklachten' en 'overige aanpassingsstoornissen' beschouwt hij de klachten en beperkingen van betrokkene onvoldoende in hun samenhang. Bij de beoordeling krijgen daardoor belangrijke aspecten van WAD, en van de klachten van betrokkene, onvoldoende aandacht. Het stellen van de diagnose WAD I/II zou in deze casus vooral gevolgen kunnen hebben voor de beoordeling van energetische en cognitieve beperkingen en voor de prognose.

Samenvatting gegevens

Situatie bij beoordeling

Het betreft een beoordeling (maart 2011) van een 49-jarige vrouw in het kader van de aanvraag van een WIA-uitkering. Betrokkene was sinds 1998 werkzaam als baliemedewerker bij een pakketsorteercentrum voor 15,5 uur per week, verdeeld over 3 avonden. Zij verzorgde de aannames van poststukken en de factureringsswaarborg.(1,2) In mei 2009 meldde zij zich ziek, volgens het dossier van de Arbodienst met nek- en rugklachten en volgens de rapportage van de verzekeringsarts met psychische klachten.(3, 4)

Ruim een jaar daarvoor was betrokkene uitgevallen vanwege whiplashletsel.(3) Ze werd in december 2007 van achteren aangereden en kreeg na het ongeval in toenemende mate klachten in de nek en schouders; veel pijn en stijfheid.(3) Neurologisch onderzoek, waaronder een CT-scan, liet geen bijzonderheden zien (2). Toch bleven de klachten bestaan. Betrokkene geeft aan dat klachtenbeloop sindsdien met pieken en dalen is (6). Betrokkene heeft in maart 2008, circa 3 maanden na het ongeval, wel haar werkzaamheden voor 100% hervat, maar in 2009 ging het niet meer.(4)

Beoordeling door bedrijfsarts

Binnen een maand na de ziekmelding van mei 2009 bezocht betrokkene de bedrijfsarts. De arts stelde direct een probleemanalyse en advies op. Hij vermeldde daarin dat haar uitval een laat gevolg was van doorgemaakt letsel door een auto-ongeval. *'Na het ongeval zijn problemen ontstaan in het evenwicht tussen kunnen en willen. Door flink te zijn en door te zetten is betrokkene in deze situatie terecht gekomen. Ze is mentaal en fysiek niet belastbaar.'* (3) In de 'Medische informatie' lichtte de bedrijfsarts haar status na een whiplash nader toe. Hij gaf aan dat betrokkene is uitgevallen door depressieve klachten, pijn en uitputting. Ze sliep niet veel meer, had veel pijn in de nek gehad en ervoer onmachtgevoelens, agitatie en verdriet. Ze slikte antidepressiva (20 mg paroxetine per dag). Ze was beperkt en deed alleen kleine dingen in huis. Sociaal was ze geïsoleerd geraakt. De bedrijfsarts adviseerde daarom een multidisciplinaire behandeling bij behandelcentrum A.(2)

In juni 2009 bezocht betrokkene een neuroloog. Op röntgenfoto's en MRI werden geen afwijkingen gevonden. In augustus 2009 werd de dosering antidepressiva

verhoogd (1,5 keer 20 mg). Ook de pijnproblematiek was verergerd. Betrokkene ging eens per 2 weken naar het werk.(2)

Na enkele maanden vertraging ging de werkgever akkoord met een traject bij behandelcentrum B door een fysiotherapeut en een psycholoog.(3,4) Oktober 2009 startte betrokkene met dit behandeltraject. In samenspraak met het behandelcentrum werd een opbouwschema opgesteld. Ze begon met tweemaal per week enkele uren op het werk te komen. Het ging daarbij vooral om aanwezigheid, niet om inzet op formatieve taken.(1,2)

In november 2009 slikte betrokkene pijnstillers (400-1200 mg Ibuprofen per dag) en bouwde antidepressiva af. Ze ervoer de training bij behandelcentrum B als zwaar. De klachten waren niet weg, maar het lijf voelde beter aan. Van het behandelcentrum kreeg ze de opdracht om meer te sporten. Betrokkene merkte nog gevoeligheid voor druk en licht en sliep nog 's middags.(1,2)

In december 2009 had betrokkene een terugval. Een maand later hebben bedrijfsarts, behandelcentrum B en betrokkene in gezamenlijk overleg besloten daarom het tempo van werkhervatting en behandeling te vertragen.(3) In februari 2010 knapte betrokkene weer wat op en hervatte de training. Ze kreeg een hogere dosering antidepressiva (40 mg paroxetine per dag), verder Omega 3, Q10, B12. Betrokkene bouwde werk op tot 2 x 2 uur per week in februari en 2 x 3 uur per week in maart 2010.(2)

In mei 2010, een jaar na de ziekmelding van mei 2009, zijn de resultaten van de re-integratie-inspanningen geëvalueerd. Een arbeidsdeskundige voerde onderzoek uit en de bedrijfsarts stelde een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) op. Daarin vermeldde de bedrijfsarts dat betrokkene moeite had met concentreren en dat haar geheugen beperkt was. Ze had belemmeringen met langer durend lezen en had een prismabril nodig vanwege concentratieproblemen bij lezen en zien. Ze hoorde geen hoge tonen en kon niet lang in een ruimte zijn met lawaai. Wegens haar neklachten (postwhiplashbeeld) waren er lichte tot matige beperkingen op het gebied van dynamische handelingen en statische houdingen. Er was sprake van een algemene energiebeperking die ondanks training niet doorbroken kon worden. Betrokkene was verminderd duurbelastbaar door energietekort en algemene snellere vermoeidheid.(3) De arbeidsdeskundige van de arbodienst constateerde dat passend werk niet bij de eigen werkgever voorhanden was, maar dat er wel mogelijkheden waren in het tweede spoor. (3)

In juli 2010 werd definitief spoor 2 ingeslagen en de arbeidsdeskundige nam de begeleiding van de bedrijfsarts over. De medische situatie was toen stabiel. Per oktober 2010 ging betrokkene stage lopen bij een dagactiviteitencentrum, 2 x 3,5 uur per week. Dit hield ze net vol.(2)

In januari 2011 maakte de bedrijfsarts zijn Actueel oordeel op. Daarin noemde hij de energetische beperkingen het grootste struikelblok. Betrokkene was verminderd duurbelastbaar door een energiedeficit en snellere vermoeibaarheid. Ze moest in de middag nog 1,5 uur kunnen rusten. *'Het is mogelijk dat deze beperking verder afneemt, maar daar is op dit moment nog geen zicht op.'*

Vanwege de energetische beperkingen verwachtte de bedrijfsarts niet dat betrokkene in mei 2011 volledig inzetbaar zou zijn.(2) Eerder, in november 2010, was de bedrijfsarts al tot dezelfde inschatting gekomen.(3)

De bedrijfsarts vermeldde verder dat betrokkene geen hoge tonen kon horen en niet lang in een ruimte kon zijn met lawaai. Ze had problemen met de verwerking van intensieve auditieve en visuele prikkels. Meer dan één taak tegelijk uitvoeren lukte niet en ze was niet in staat tot taken met verantwoordelijkheid. Ze was aangewezen op een voorspelbare werksituatie, routine-afhankelijk. Ze kon niet alert reageren, dus werken met gevaarlijke machines was niet geschikt, net als werken op hoogte en werk waarvoor ze frequent moest duwen en tillen. Ook noteerde de bedrijfsarts beperkingen bij zien en vervoer.

In het Actueel oordeel beschreef de bedrijfsarts ook de bereikte resultaten: Betrokkene zat in het tweede spoor en liep 2 maal 3,5 uur stage.(1)

Onderzoek en beoordeling verzekeringsarts

In maart 2011 vindt het verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaats in het kader van de wet WIA. Het onderzoek bestaat uit bestudering van de dossiergegevens en een beoordelingsgesprek met de betrokkene.

De verzekeringsarts rapporteert: *'.. cliënt meldde zich arbeidsongeschikt voor haar werk vanwege psychische klachten. ..In claimdossier wordt gesproken van uitval vanwege mentale en fysieke klachten na auto-ongeval. Dit komt niet overeen met de medische gegevens van de bedrijfsarts.'* De verzekeringsarts baseert zich op de medische stukken die de bedrijfsarts heeft aangeleverd bij het re-integratieverslag (red.: Medische informatie en Actueel oordeel). Op basis van die stukken rapporteert de verzekeringsarts dat betrokkene is uitgevallen met

depressieve klachten, pijn en uitputting. Hiervoor kreeg zij antidepressiva en werd behandeld in behandelcentrum B. Bij neurologisch onderzoek zijn geen bijzonderheden gevonden. Er is sprake van hoge tonenverlies. *'Status na whiplash 2007: 3 maanden arbeidsongeschikt en fysiotherapie.'*(4)

Onder 'Medische anamnese' rapporteert de verzekeringsarts: *'Cliënt geeft aan dat zij in december 2007 een auto-ongeval heeft doorgemaakt. ... Ze is geleidelijk weer gaan werken. In mei 2009 was het kaarsje op, haar lichaam wilde niet meer. Haar nek zat vast en zij was depressief: vond het leven waardeloos.'*

Als claimklachten en ervaren belemmeringen vermeldt de verzekeringsarts: *'Client geeft aan dat zij niet in lawaaige omgeving kan werken, niet veel kan tillen/bukken en nog mentale klachten heeft.'* Aanvullend beschrijft de verzekeringsarts op basis van de medische anamnese nog andere belemmeringen die de betrokkene aangeeft. Betrokkene is vanwege een piep in haar oren door een audiologisch centrum geadviseerd over een gehoorapparaat, ruismarkeerder of maatschappelijk werk. In het dagelijks leven moet betrokkene rust inbouwen voor sociale activiteiten, zoals verjaardagen. Deze kunnen ook niet te lang duren. Om grip te houden op haar dag, maakt ze 's ochtends een to-do-lijstje. Boodschappenlijstjes moet haar partner maken. De huishoudelijke taken wordt in etappes gedaan en samen met gezinsleden (getrouwd, 3 kinderen). Betrokkene ervaart wat woordvindingsproblemen. Autorijden lukt voor 30 minuten, maar zij wordt wel afgeleid als bijvoorbeeld de radio aanstaat of mensen tegen haar praten. Betrokkene ervaart vanwege beperkingen weinig mogelijkheden tot sport, hobby en vrijwilligerswerk.

Verder rapporteert de verzekeringsarts dat betrokkene bij vooroverbuigen een strakke, zware band om haar nek en achterhoofd voelt. Ze is moe en veel bezig met haar balans: *'Cliënt wordt moe van de neklachten en bij moeheid nemen ook de andere klachten van concentratie, geheugen en dergelijke toe.'*

Uit het dagverhaal blijkt dat betrokkene tussen de middag naar bed gaat en anderhalf tot twee uur slaapt. Medicatie op dat moment: paroxetine 20 mg, ibuprofen 400 (2 x daags) en omeprazol 20 mg.

'Indruk: cliënt maakt een niet zieke indruk.'

Onder 'Psychisch onderzoek' rapporteert de verzekeringsarts: *'Stemming normaal, affect moduleert normaal ... Er is geen anhedonie ... Geen aanwijzingen*

voor hallucinaties, wanen of ernstige psychopathologie. Anamnestic enige aanwijzingen voor autonomieverlies, geen controleverlies.'

Hij noteert de volgende visie van betrokkene op haar eigen mogelijkheden: Op haar stageplaats bij een activiteitencentrum (2 x 4 uur per week) gaat betrokkene volgende week beginnen met meer computertaken zodat ze ook overdracht kan doen. Betrokkene hoopt daar te zijner tijd betaald werk te kunnen krijgen.(4)

In de beschouwing komt de verzekeringsarts tot de volgende overwegingen:

'Gelet op het tijdsverloop is mijns inziens discutabel of er nog een verband verondersteld kan worden met het ongeval van december 2007. ... Hoe het ook zij, cliënt ervaart nu nog beperkingen van mentale aard, nekklachten en moeheid. Deze beperkingen komen voort uit ziekte ... Hoewel blijkt het dagverhaal cliënt dagelijks 's middags naar bed gaat, acht ik de aandoening van cliënt niet dermate ernstig dat daar een medische noodzaak voor is. Daarom geef ik geen urenbeperking.'

De verzekeringsarts vermeldt als diagnosecodes L100 (Nekpijn) en P619 (Overige aanpassingsstoornissen). In de FML geeft hij beperkingen aan voor het werken met deadlines, conflictsituaties, leidinggeven, dynamische handelingen en geluid. (5) De verzekeringsarts verwacht dat de medische situatie en de functionele mogelijkheden op middellange termijn (3-6 maanden) zullen verbeteren. (4)

Visie betrokkene

Betrokkene neemt contact op met de verzekeringsarts, omdat zij het niet eens is met de rapportage. Ze vertelt de verzekeringsarts dat het geen psychisch verhaal is en haar klachten voortkomen uit haar nek. Haar lijf wil soms niet meer. De klachten zijn na het ongeval in december 2007 ontstaan en nooit weggeweest. Het beloop is sindsdien met pieken en dalen. De verzekeringsarts noteert verder: *'Zij probeert beter naar haar lijf te luisteren om in balans te blijven. Momenteel gaat het vals plat weer de goede kant op. Client geeft aan dat zij 's middags naar bed gaat omdat haar lijf niet meer wil. Zij is het niet eens met mijn conclusie dat hiervoor geen medische noodzaak aanwezig is.'* De verzekeringsarts en betrokkene zijn *'het niet helemaal eens geworden.'*(6)

Over deze keuring schrijft betrokkene aan de Whiplash Stichting Nederland: *'De keuringsarts en ik verschilden van mening. De arts vond het bijvoorbeeld onzin dat een jonge vrouw overdag naar bed gaat, etc.'* Betrokkene belde de verzekeringsarts om aan te geven dat de klachten wel door het whiplashongeval ontstaan zijn, en omdat het voor haar belangrijk is dat hier bij de beoordeling rekening mee gehouden wordt. Zij vindt dat vooral haar duurbelastbaarheid, concentratie- en geheugenproblemen onvoldoende zijn meegenomen in de beoordeling van de verzekeringsarts.(10)

Commentaar

Volgens het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II is goede differentiële diagnostiek niet alleen van belang voor de behandeling en begeleiding, maar ook voor de beoordeling van de beperkingen en de prognose(7). In deze casus valt betrokkene een jaar na haar auto-ongeval opnieuw uit voor werk. Daarbij komt de vraag op of de verzekeringsarts tot de conclusie had kunnen komen dat er sprake is van langdurige WAD I/II. En in hoeverre had de diagnose langdurige WAD I/II tot een andere beoordeling kunnen leiden? Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II, rapportages van de bedrijfsarts en behandelcentrum B, aanvullende informatie van betrokkene, een notitie van de Whiplash Stichting Nederland, de Standaard 'onderzoeksmethoden' en de Standaard 'verminderde arbeidsduur'.

Kan er sprake zijn van langdurige WAD I/II?

Het is niet erg duidelijk waarom de verzekeringsarts de diagnose WAD niet passend vindt en in plaats daarvan de diagnoses 'Nekklachten' en 'Overige Aanpassingsstoornissen' stelt. We gaan hieronder eerst in op de vraag waarom de verzekeringsarts de diagnose WAD niet stelt. Vervolgens voeren we een aantal argumenten aan om in deze casus het stellen van de diagnose WAD wel te overwegen.

Inconsistentie?

De verzekeringsarts vindt het aannemen van een relatie tussen de klachten en een auto-ongeval niet consistent met de informatie van de bedrijfsarts. Hij rapporteert: *'In claimdossier wordt gesproken van uitval vanwege mentale en fysieke klachten na auto-ongeval. Dit komt niet overeen met de medische*

gegevens van de bedrijfsarts. Bij nadere bestudering van de gegevens van de bedrijfsarts blijkt echter geen sprake te zijn van een dergelijke inconsistentie. Zo spreekt de bedrijfsarts in het Actueel oordeel (1) en de Medische informatie (2) van een '*status na whiplash*' en een gespecialiseerd re-integratiebureau en behandelcentrum, en rapporteert hij bij herhaling een diversiteit aan mentale en fysieke klachten. Dat de mentale en fysieke klachten die tot uitval hebben geleid na een auto-ongeval zijn begonnen, valt dus wel degelijk te rijmen met de informatie van de bedrijfsarts.

Voortduren klachten na werkhervatting

De verzekeringsarts schrijft dat hij de relatie tussen huidige klachten en het ongeval in 2007 discutabel acht vanwege het tijdsverloop. Ook dit kan een reden voor hem geweest zijn om de diagnose WAD niet te stellen, Met 'tijdsverloop' kan hij op twee zaken doelen: de te verwachten duur van klachten na een ongeval, of de tijd tussen het ongeval en de ziekmelding.

Mogelijk vindt de verzekeringsarts het niet aannemelijk dat na een whiplashongeval langdurige klachten blijven bestaan. Het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II geeft echter aan dat langdurige WAD bestaat. Alhoewel de meerderheid van de werknemers met WAD I/II binnen een jaar weer aan het werk is, blijft een deel langdurige beperkingen ondervinden. *'De verzekeringsarts realiseert zich dat patiënten met WAD I/II vele jaren na de whiplash nog fysieke en cognitieve beperkingen kunnen ondervinden.'*(7)

Het kan ook zijn dat de verzekeringsarts het onwaarschijnlijk acht dat betrokkene na het ongeval in 2008 het werk hervat (na korte uitval), maar een jaar later alsnog langdurig uitvalt vanwege ongevalsklachten. Dat betrokkene na het ongeval weer gewerkt heeft, betekent echter niet dat er na de werkhervatting geen klachten meer waren. Uit de diverse rapportages komt naar voren dat de klachten na het ongeval in 2007 nooit zijn verdwenen. Betrokkene geeft dit zelf duidelijk aan bij de verzekeringsarts: de klachten zijn na het ongeval in december 2007 ontstaan en nooit weggeweest. Het beloop kent sindsdien pieken en dalen, maar in 2009 wilde haar lijf niet meer.(4,6)

Dit wordt ook bevestigd door de bedrijfsarts, in een brief over de letselschade: *'Zij is ondanks haar werkhervatting niet klachtenvrij geweest en is mede ten gevolge van deze persisterende klachten en de bijkomende beperkingen uitgeput geraakt en opnieuw arbeidsongeschikt geraakt. Ze heeft na het ongeval niet meer haar oude belastbaarheidsniveau bereikt. (3)'*

De patiëntenorganisatie wijst erop dat het vaak voorkomt dat mensen zelfs direct na het ongeval doorwerken, en dan pas na enige tijd uitvallen: *'Een grove schatting is dat circa 80% pas later uitvalt na langere periode van overbelasting. Het is moeilijk om een algemene tijdsaanduiding te geven (bijvoorbeeld na circa een jaar vallen de meesten uit). Dit hangt samen met vele factoren, zoals de ernst van de klachten en beperkingen en het type werk. Over het algemeen zien we veel dat mensen juist het werk zolang mogelijk willen blijven vasthouden. Ze blijven echt vechten voor het werk. Eerst worden andere zaken stop gezet (zoals sociale contacten, nevenactiviteiten, etc.). Het is een uitputtingsslag. En ook het herstel kost energie.'*(12).

Het protocol WAD I/II noemt overbelasting en het vasthouden aan vroegere doelstellingen als een van de oorzaken van het aanhouden van pijnklachten,(7) Dat de klachten bijna anderhalf jaar na het auto-ongeval opnieuw tot uitval leidden zou samen kunnen hangen met overbelasting en maakt een diagnose (langdurige) WAD dus niet minder aannemelijk.

Klachtenpatroon

De verzekeringsarts stelt dat betrokkene uitgevallen is met vooral psychische klachten. De beschrijving van de bedrijfsarts en de informatie van betrokkene geven een breder beeld. Sinds haar verkeersongeval in december 2007 heeft betrokkene last van pijn in haar nek, hoofdpijn, een aanhoudende vermoeidheid/beperkte energie, concentratie- en geheugenproblemen, slaapproblemen, problemen met zien (wazig zien, heeft prismabril nodig), problemen met geluid (geen hoge tonen horen, oorsuizen, niet te veel geluid verdragen) en psychische klachten (sneller geprikkeld, somberheid).

Dit klachtenpatroon past goed bij de omschrijving van de diagnose WAD in het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II. Daarin staat dat *'de diagnose WAD I/II alleen gesteld kan worden met een whiplash in de voorgeschiedenis. 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. Bij een langdurige WAD I/II kan het klachtenpatroon uitgebreid zijn met moeheid, concentratiestoornissen, geheugenklachten en psychische klachten, zoals depressieve gevoelens, nervositeit, slecht slapen en emotionele labiliteit.' Het protocol geeft verder aan dat patiënten met langdurige WAD I/II ook regelmatige klachten hebben over visus-, duizeligheids- en evenwichtsstoornissen (neurologische klachten).'(7) Overgevoeligheid voor geluid en andere auditieve problemen worden bij het postwhiplashsyndroom ook regelmatig gezien.(8)

Verband tussen de klachten

De verzekeringsarts beschrijft, net als de bedrijfsarts, in zijn rapportage verbanden tussen de klachten die betrokkene presenteert. Zoals: *'Cliënt wordt moe van de nekklachten en bij moeheid nemen ook de andere klachten van concentratie, geheugen en dergelijke toe.'*(4) Deze samenhang valt goed te rijmen met de wijze waarop het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II de relatie tussen onder meer pijn, vermoeidheid, stemming en cognitieve stoornissen beschrijft:

- *Pijn.* Pijn is de basisklacht bij een langdurige 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.
- *Cognitieve stoornissen.* 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. Pijn, moeheid, slaapstoornissen en cognitieve stoornissen kunnen een wederkerig negatief effect hebben.(7)

Behandeling en begeleiding gericht op whiplash

Sinds haar ongeval is betrokkene begeleid en behandeld op basis van een postwhiplashsyndroom. In het dossier van de arbodienst staat bij de uitval in 2007 een ziekmelding vanwege whiplashletsel vermeld en bij de uitval in 2009 een ziekmelding wegens nek- en rugklachten. Ook bevat het dossier een notitie over een bezoek aan de neuroloog (CT-scan, MRI en röntgenfoto's van de nek). De bedrijfsarts en arbeidsdeskundige adviseren een gespecialiseerd

behandelcentrum en gespecialiseerde re-integratiebegeleiding. Uit de verslagen van behandelcentrum B blijkt expliciet dat dit de specialisatie 'whiplash' betreft. (11) De bedrijfsarts stelt daarnaast in juni 2009 aan de werkgever voor om de kosten voor re-integratiebegeleiding te verhalen op de verzekering van de veroorzaker van het ongeval.(3)

Voldoende aanleiding om WAD te overwegen

De beschikbare informatie over het klachtenpatroon, het onderling verband tussen de klachten, de gevolgde behandeling en het verloop van de klachten van betrokkene vormen voldoende aanleiding om de diagnose WAD (langdurige WAD I/II) te overwegen. Als de verzekeringsarts de informatie van de bedrijfsarts en de betrokkene onvoldoende vond om deze diagnose met voldoende zekerheid te stellen, had hij kunnen overwegen om aanvullende informatie op te vragen bij bijvoorbeeld de bedrijfsarts of behandelaars.(13)

Andere diagnose, andere beoordeling?

Volgens het protocol WAD I/II beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre de beperkingen passen binnen een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen: *'Langdurige WAD I/II dient te worden beschouwd als een syndroom met een typische combinatie van klachten en symptomen.'*(7) Op grond van de diagnose langdurige WAD kunnen afzonderlijke beperkingen plausibel zijn omdat zij bij het syndroom als geheel passen, terwijl op basis van de diagnoses 'nekkklachten' en 'overige aanpassingsstoornissen' dezelfde beperkingen misschien als inconsistent, of minder relevant of aannemelijk beoordeeld zouden kunnen worden.

In de FML heeft de verzekeringsarts alleen beperkingen vastgelegd voor het werken met deadlines, conflictsituaties, leidinggeven, dynamische handelingen en geluid.(5) Het is opvallend dat de verzekeringsarts andere beperkingen, die door betrokkene naar voren zijn gebracht en door de bedrijfsarts zijn vastgesteld, zoals de energetische en cognitieve beperkingen en de wisselende belastbaarheid, niet accepteert. De verzekeringsarts stelt in zijn rapportage wel: *'Cliënt wordt moe van de nekkklachten en bij moeheid nemen ook de andere klachten van concentratie, geheugen en dergelijke toe. Ze is veel bezig met haar balans.'*(4) Maar hij argumenteert niet waarom hij voor de vermoeidheid, en de concentratie- en geheugenproblemen geen beperkingen aanneemt. Wanneer de

problematiek van betrokkene beoordeeld wordt in het licht van een whiplashsyndroom, is het relevant deze beperkingen mee te wegen.

Verminderde arbeidsduur

Volgens de Standaard verminderde arbeidsduur kunnen moeheid, pijn en concentratieproblemen een indicatie op 'energetische gronden' vormen voor een urenbeperking. Een afweging of voor betrokkene een verminderde arbeidsduur is geïndiceerd, lijkt te meer aan de orde omdat training en opbouw van het aantal werkuren -ook in aangepaste omstandigheden in het tweede spoor- slechts een heel langzame en beperkte vooruitgang laten zien. Ook los van de diagnose (wel of niet WAD) geeft volgens de Standaard verminderde arbeidsduur het dagverhaal, de informatie van betrokkene, de verzuimhistorie en de informatie van bedrijfsarts aanleiding tot een uitgebreidere afweging van gegevens(9). In voorliggende casus ligt het voor de hand in elk geval informatie in te winnen bij de bedrijfsarts over het reeds afgelegde traject. De ervaring die in het tweede spoor is opgedaan, kan aanvullende informatie opleveren ter onderbouwing van een indicatie voor een verminderde arbeidsduur. De stage in het tweede spoor is immers te vergelijken met een proefplaatsing, die volgens de Standaard verminderde arbeidsduur bij twijfel of onduidelijkheid aanvullende informatie kan opleveren.

De verzekeringsarts stelt echter: *'Hoewel blijkt het dagverhaal cliënt dagelijks 's middags naar bed gaat, acht ik de aandoening van cliënt niet dermate ernstig dat daar een medische noodzaak voor is. Daarom geef ik geen urenbeperking.'*

De argumentatie dat de aandoening niet ernstig genoeg is voor een urenbeperking gaat niet alleen voorbij aan bovengenoemde overwegingen, maar ook aan de (mogelijke) diagnose WAD I/II: bij de beoordeling van WAD I/II zijn 'werktijden' volgens het protocol WAD I/II een aandachtspunt. De diagnose WAD had dus een extra aanleiding kunnen zijn om na te gaan of er een indicatie is voor een verminderde arbeidsduur.

Cognitieve beperkingen

Ditzelfde geldt voor de cognitieve beperkingen. Het verzekeringsgeneeskundig protocol WADI/II stelt dat de verzekeringsarts rekening moet houden met de mogelijkheid van zowel fysieke als cognitieve beperkingen. *'De cognitieve beperkingen kunnen bijvoorbeeld verklaard worden door een chronische*

pijnstoornis of door comorbiditeit. Als de cognitieve klachten op de voorgrond staan en de verzekeringsarts hier onvoldoende informatie over aantreft in het dossier of twijfelt op grond van het eigen onderzoek, dan overweegt hij een neuropsychologisch onderzoek.'(7) Op basis van de diagnose WAD en het feit dat betrokkene uitdrukkelijk melding maakt van geheugen- en concentratieproblemen had de verzekeringsarts moeten beargumenteren waarom hij hier niet meer rekening mee heeft gehouden. Te meer omdat de bedrijfsarts in het actueel oordeel wel beperkingen benoemt die samenhangen met geheugen- en concentratieproblemen, zoals 'niet meer dan één taak tegelijk uitvoeren', 'voorspelbare werksituatie, routine-afhankelijk', 'kan niet alert reageren'.(1)

Zo nodig had de verzekeringsarts hierover nadere informatie bij derden, bijvoorbeeld de bedrijfsarts of behandelaars, kunnen opvragen en/of neuropsychologisch onderzoek kunnen laten doen.

Wisselende belastbaarheid en andere beperkingen

Ook andere beperkingen die de bedrijfsarts in de laatste FML benoemt, zijn in het perspectief van de diagnose WAD relevant om mee te wegen. Zoals '*aanpassing aan de omgevingseisen wordt beperkt door problemen met de verwerking van intensieve visuele prikkels*', *beperkingen in zien en vervoer*,(1) en het wisselend beloop '*met pieken en dalen*' dat betrokkene beschrijft.(6) Het verzekeringsgeneeskundig protocol zegt over dit laatste: '*Patiënten melden vaak dat hun klachten een wisselend beloop hebben, met goede, slechte en gemiddelde dagen.*' (7)

Prognose

Ook voor het stellen van een prognose had de diagnose WAD een verschil kunnen maken. De verzekeringsarts stelt dat de medische situatie en de functionele mogelijkheden naar verwachting binnen 3-6 maanden zullen verbeteren. Onduidelijk is waar hij dit op baseert. De beperkte opbouw van uren, de terugval, het nog niet uit kunnen voeren van alle taken bij haar stage, en de beperkte en wisselende belastbaarheid in de voorgeschiedenis geven weinig aanleiding om een verbetering op korte termijn te verwachten.

De toestand van betrokkene sluit meer aan bij wat het verzekeringsgeneeskundig protocol hierover schrijft: '*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.'(7) De verzekeringsarts geeft in zijn rapportage niet aan dat er kansen gemist zijn.

Conclusie

Een uitgebreidere afweging van de beschikbare gegevens, zo nodig aangevuld met het opvragen van nadere informatie bij derden, had in deze casus tot de diagnose WAD I/II kunnen leiden. Dit had tevens kunnen leiden tot een andere beoordeling, met name van de energetische en cognitieve beperkingen en de prognose. Ook had dit de discrepantie tussen de visie van betrokkene en die van de verzekeringsarts kunnen wegnemen of verminderen.

Noten

1. Actueel Oordeel bedrijfsarts, januari 2011
2. Medische Informatie bedrijfsarts, januari 2011
3. Dossier Arbodienst, december 2007 – juni 2012
4. Medisch onderzoeksverslag, UWV, maart 2011 (bijlage 1)
5. Kritische Functionele Mogelijkheden lijst (behorend bij de medisch onderzoeksverslag UWV, maart 2011) (bijlage 2)
6. Aanvullende rapportage (april 2011) bij medisch onderzoeksverslag UWV (maart 2011) (bijlage 3)
7. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash Associated disorder I/II; Aspecifieke lage rugpijn (herziening), Hartinfarct (herziening), Gezondheidsraad, Den Haag, 2008
8. Literatuur over het voorkomen van audiologische/vestibulaire afwijkingen bij whiplash: Kortschot HW. 1995, Neuro-otological dysfunctions in rear-end car collisions. Thesis Universiteit van Amsterdam; Spitzer WO, Skovron ML, Dalmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. 1995, Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash Associated

Disorders: Redefining 'Whiplash' and its Management Spine. 20: 8S-73S; Tjell C, Tenenbaum A, Rosenhall U. 1999, Auditory function in whiplash-associated disorders, Scand Audiol. 28 (4): 203-209; Endo K, Ichimaru K, Komagata M, Yamamoto K. 2006, Cervical vertigo and dizziness after whiplash injury, Eur Spine J. 15 (6): 886-890; Tranter RMD, Graham JR. 2009, A review of the otological aspects of whiplash injury, J Forensic Legal Med. 16 (2): 53-55; Kreuzer PM, Landgrebe M, Schecklmann M, Staudinger S, Langguth B. 2012, Trauma-associated tinnitus: audiological, demographic and clinical characteristics, Plos One. 7(9): e45599.

9. Verminderde arbeidsduur. Standaard Lisv. Amsterdam 200.
10. Betrokkene in een mailbericht aan en interview met de Whiplash Stichting Nederland, 2012-2013
11. Verslag Intake Behandelcentrum B, oktober 2009.
12. Notitie 'Tijd tussen ongeval en uitval op het werk'. Werkgroep deskundigheidsbevordering Whiplash Stichting Nederland, 2013.
13. Onderzoeksmethoden. Standaard. Lisv. Amsterdam 2000