



Werken met WAD

Een multidisciplinaire visie
op belastbaarheid en re-integratie van mensen met
Whiplash Associated Disorder I en II

Consensustraject begeleid door het Kwaliteitsbureau NVAB:
Noks Nauta
André Weel

Uitgevoerd in het kader van het project Arbeid in Richtlijnen, gefinancierd door het
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

*21 januari 2010 door werkgroep vastgesteld
Per 26 februari 2010 aangeboden aan de beroepsverenigingen*

Inhoud

	Pagina
1. Aanleiding en werkwijze	3
2. Implementatie en verankering	4
3. Uitgangspunten en voorwaarden voor goede zorg	5
4. Checklist voor professionals	6
5. Acties bij re-integratie naar werk	10

Bijlagen

I	De ICF bij WAD	11
II	De NDI als evaluatiehulpmiddel	18
III	Principes van <i>motivational interviewing</i>	20
IV	Voorlichting over WAD	21
V	Wie doet wat bij WAD?	22

Leeswijzer

Na beschrijving van aanleiding en werkwijze in hoofdstuk 1, wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op implementatie en verankering. In hoofdstuk 3 staan de uitgangspunten waar de werkgroep het over eens was kort verwoord in een aantal statements, gevolgd door een aantal voorwaarden voor goede zorg.

De praktische kern van de gezamenlijke visie staat in hoofdstuk 4 en 5. In hoofdstuk 4 treft u een checklist aan waarvan alle beroepsbeoefenaren in het consult met iemand met WAD I en II gebruik kunnen maken. In hoofdstuk 5 staan de acties in het kader van de re-integratie naar werk, niet alleen betaald werk maar ook vrijwilligerswerk en huishoudelijk werk.

In de bijlagen staat praktische informatie: over modellen voor het in kaart brengen van het functioneren, zoals de ICF en de neck-disability index, over de principes van motivational interviewing, over voorlichting over WAD en een overzicht van wie wat doet bij WAD I en II.

1. Aanleiding en werkwijze

Aanleiding

In de in 2008 gepubliceerde CBO-richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I en II staat vermeld:

‘De re-integratie vergt een multidisciplinaire aanpak. De werkgroep adviseert dan ook het spoedig opstellen van een gezamenlijke visie van behandelaars en bedrijfs- en verzekeringsartsen op belastbaarheid bij WAD.’

Deze gezamenlijke visie is echter tot op heden niet opgesteld. Ook in het verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash ontbreekt consensus op dit punt.

In het kader van implementatie van de CBO-richtlijn, met name onder bedrijfsartsen, maar ook onder behandelaars en verzekeringsartsen¹, is het van groot belang om hier helderheid over te krijgen. Vanuit het Kwaliteitsbureau NVAB is daarom een consensustraject gestart om te komen tot een gezamenlijke visie van behandelaars en bedrijfs- en verzekeringsartsen op dit terrein, in samenwerking met de Whiplash Stichting Nederland.

Werkwijze

De werkwijze was een combinatie van een zogenaamde Delphistudie en een consensusbijeenkomst. Op basis van drie schriftelijke rondes onder experts (zie hieronder) die in november 2008 zijn gestart, is een concept van een gezamenlijke visie opgesteld die op een bijeenkomst in juni 2009 is besproken. Daarna volgde bijstelling op basis van de discussie en is het stuk nogmaals door de groep gelezen en becommentarieerd.

In september 2009 is het bijgestelde concept voorgelegd aan de deelnemers (bedrijfs- en verzekeringsartsen) van een nascholingsbijeenkomst over dit thema in Twente. Hun opmerkingen zijn meegenomen bij het opstellen van deze eindversie.

Deze eindversie wordt begin 2010 verzonden aan de beroepsverenigingen die bij het traject zijn betrokken, alsmede aan het NHG en de KNGF, met het verzoek om deze gezamenlijke visie te onderschrijven.

Deelnemers Delphistudie

We hebben gestreefd naar een brede samenstelling van deelnemers uit de meest betrokken beroepsgroepen. De volgende personen hebben deelgenomen aan het consensustraject:

Wout de Boer, verzekeringsarts, directeur NVVG
Jeanette Dijkstra, klinisch neuropsycholoog, Academisch Ziekenhuis Maastricht
Daniëlle van Eden, directeur Whiplash Stichting Nederland
Emile Keuter, neuroloog, Diaconessenhuis Meppel
Didy van Klaarbergen, verzekeringsarts, namens de NVVG
Rinus Ouwens, bedrijfsarts, Alysis, namens de NVAB
Odile de Ras, bedrijfsarts, ArboUnie en Whiplash Stichting Nederland
Joke Schat, oefentherapeut
Dymphie Scholtissen, klinisch neuropsycholoog, Academisch Ziekenhuis Maastricht
Frits Stam, revalidatiearts en bedrijfsarts

Wij danken Yvonne Heerkens, lector Arbeid en Gezondheid aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, voor haar bijdrage aan het onderdeel over de ICF.

¹ Zie bijlage V

De Whiplash Stichting Nederland heeft zich destijds gedistantieerd van de CBO-richtlijn, maar heeft wel meegewerkt aan dit consensustraject.

Namens de KNGF heeft Arianne Verhagen het concept becommentarieerd en haar opmerkingen zijn verwerkt.

Het NHG is benaderd om deel te nemen, maar kon geen huisarts leveren voor dit traject.

Vanuit het Kwaliteitsbureau NVAB hebben Noks Nauta, bedrijfsarts en psycholoog, en André Weel, bedrijfsarts, het traject geleid en de gezamenlijke visie opgesteld.

Medisch adviseurs van verzekeringsmaatschappijen zijn niet benaderd voor deze visie. Hoewel zij waarschijnlijk de informatie uit deze gezamenlijke visie wel kunnen gebruiken, is het stuk niet direct voor hen geschreven.

Doel van gezamenlijke visie

Met de gezamenlijke visie wordt beoogd een hulpmiddel te bieden aan alle professionals in de praktijk die werken met mensen met WAD I en II bij het beoordelen van de belastbaarheid en het bevorderen van de re-integratie van mensen met WAD. Daarmee kan ook een betere onderlinge samenwerking ontstaan van allen die zich bezighouden met mensen met WAD I en II én betere samenwerking met de cliënt met WAD.

Terminologie en relatie met de CBO-richtlijn en het verzekeringsgeneeskundig protocol

Deze gezamenlijke visie sluit aan bij de CBO-richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I en II uit 2008 wat betreft de feitelijke kennis over WAD I en II op dit moment en de daarin verzamelde evidence. In dit document volgen wij de klinische indeling van Whiplash Associated Disorders, zoals ook gehanteerd in de CBO-richtlijn. Ook het verzekeringsgeneeskundig protocol WAD I/II uit 2008 volgt deze terminologie en sluit qua kennis hierbij aan.

Grade 0: no complaints about the neck; no physical sign(s)

Grade I: neck complaints of pain, stiffness or tenderness only; no physical sign(s)

Grade II: neck complaints and musculoskeletal signs (decreased range of movement and point of tenderness)

Grade III: neck complaints and neurological signs

Grade IV: neck complaints and fracture or dislocation

2. Implementatie en verankering

Implementatie

Naar de mening van de bij dit consensustraject betrokken personen dient deze gezamenlijke visie onder de aandacht te worden gebracht van:

- alle beroepsverenigingen waarvan een vertegenwoordiger actief heeft deelgenomen aan het consensustraject;
- de beroepsverenigingen van huisartsen en fysiotherapeuten;
- werkgevers- en werknemersorganisaties;
- leidinggevenden en collega's van werknemers met WAD;
- mensen met WAD.

Voor de implementatie van de gezamenlijke visie is van belang dat de boodschap kort en kernachtig is. Daartoe heeft de werkgroep een aantal 'statements' opgesteld die in hoofdstuk 3 staan vermeld.

Cijfers over re-integratie en werkhervatting bij WAD I en II kunnen de acceptatie van de boodschap onder professionals bevorderen.

De gezamenlijke visie zal ter publicatie worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. Voorts zullen berichten en artikelen worden geschreven voor Medisch Contact, voor tijdschriften voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten en voor psychologen, om de visie zo ook onder de aandacht van de behandelaars te brengen.

Verankering

Het streven is om deze gezamenlijke visie te laten meenemen bij de eerstvolgende herziening van de genoemde CBO-richtlijn en het verzekeringsgeneeskundig protocol. Daartoe zullen wij contact leggen met de voorzitters van de projectgroepen die de richtlijn en het protocol hebben ontwikkeld.

3. Uitgangspunten en voorwaarden voor goede begeleiding

Uitgangspunten

Voordat de gezamenlijke visie wordt geformuleerd, eerst enkele uitgangspunten waar de deelnemers het vooraf over eens waren:

- Ieder mens heeft recht op arbeid. Arbeid betekent voor mensen niet alleen inkomen maar ook zingeving, persoonlijke ontwikkeling en een betere gezondheid.
- Mensen met Whiplash Associated Disorder (WAD) I of II die lichamelijke en/of psychische klachten hebben, kunnen meestal (een vorm van) arbeid verrichten.
- Professionals die mensen met WAD I en II behandelen, beoordelen en/of begeleiden
 - realiseren zich dat het bij WAD vaak om complexe problematiek gaat, waarbij een zorgvuldige, cliëntgerichte, vertrouwensvolle en serieuze aanpak van groot belang is;
 - dragen ertoe bij dat de gezondheidssituatie van werknemers hen niet belemmert om te gaan werken;
 - werken eraan mee dat de te verrichten arbeid niet schadelijk is voor de gezondheid;
 - informeren werknemers in voorkomende gevallen dat arbeid heilzaam is voor de gezondheid;
 - dragen er zorg voor dat iatrogene arbeidsongeschiktheid (bijvoorbeeld door niet-geïndiceerd onderzoek of behandeling) wordt voorkómen.

Voorwaarden voor goede begeleiding

De voorwaarden voor een goede beoordeling van de (on)mogelijkheden² en een effectieve re-integratie van cliënten met WAD I en II zijn als volgt:

- kennis van professionals en cliënten over de aandoening WAD (ICD-10 S13.4: Whiplash Injury; CAS-code L550: 'whiplash'-letsel.);

² We omschrijven het begrip 'belastbaarheid' in deze visie als het totaal van iemands functionele mogelijkheden.

- kennis van professionals en cliënten over de belastende factoren (mentaal, fysiek, sociaal) in werk- en thuissituatie;
- een vertrouwensrelatie van de professional met de cliënt; in geval van beoordelaars een open en professionele houding;
- een zorgvuldige en respectvolle bejegening door de professionals;
- een respectvolle bejegening van de cliënt door collega's en anderen (in werkomgeving en thuissituatie);
- samenwerking tussen professional en cliënt;
- eigen regie van de cliënt;
- actieve houding van de cliënt draagt bij aan een effectieve re-integratie;
- een effectieve copingstijl van de cliënt om met klachten om te gaan;
- aanwezigheid van adequate professionele begeleiding en coaching;
- communicatie tussen de actoren (cliënt, professionals, leidinggevende, collega's, thuisfront);
- adequate diagnostiek: gerichte en geen onnodige diagnostiek³;
- aandacht voor de fysieke, psychische en sociale aspecten en de verhouding daartussen;
- inschatting van zowel lichamelijke als psychische mogelijkheden en belemmeringen om te functioneren;
- wijze van opbouw van de werkbelasting: in principe toepassen van de principes van *graded activity*, wel maatwerk, rekening houdend met energiebalans;
- aanpassingen in arbeidsinhoud (waaronder begrepen arbeidstijd), arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden, aan de arbeidsmogelijkheden van cliënt;
- aandacht voor het in het geding zijn van een schadeclaim (bij zo'n procedure met vaak langdurige trajecten is er eigenlijk altijd sprake van verschillen in belangen en invloed op energiehuishouding en mentale belasting);
- adequate en deskundige bewaking van het herstel- en re-integratieproces;
- adequate verslaglegging.

4. Checklist voor professionals

De checklist geeft een opsomming van de onderdelen van het consult: alle zaken die in kaart moeten worden gebracht. Deze checklist geldt voor alle fasen van het herstelproces, maar de accenten zullen per fase verschillen. Alle betrokken beroepsgroepen kunnen de checklist gebruiken, waarbij zij hun eigen accenten leggen. Wij pleiten ervoor dat alle beroepsgroepen aandacht besteden aan participatie in het algemeen en aan werk voor zover opportuun. Toepassen van principes van motivational interviewing zijn in dit kader aan te raden! Zie hiervoor bijlage III.

Voor een eerste consult heeft men (afhankelijk van de beroepsgroep) minimaal 30 tot 45 minuten nodig om alle aspecten in kaart te brengen. Voor vervolgsconsulten kan een kortere tijd (bijvoorbeeld 20 tot 30 minuten) voldoende zijn.



: Een rode vlag wil in het kader van deze gezamenlijke visie zeggen: zorg ervoor dat de (vervolg)actie zo spoedig mogelijk plaatsvindt.







³ Soms ontstaat een dilemma wanneer de cliënt om meer lichamelijk of beeldvormend onderzoek vraagt, terwijl de uitslag daarvan niet zal leiden tot een andere behandeling of aanpak. In het kader van deze gezamenlijke visie wordt hier niet nader op ingegaan.









: Een oranje ster wil in het kader van deze gezamenlijke visie zeggen: zorg ervoor dat de (vervolg)actie binnen drie weken plaatsvindt.

- (1) Anamnese:
 - Vraag naar:
 - de ongevalstoedracht;
 - verlies van bewustzijn na het ongeval, de termijn waarop de klachten optraden, het klachtenverloop tot nu toe;
 - klachten nu: fysiek én cognitief;
 - omgaan met pijn, de reactie van privé- en werkomgeving, bewegingsangst;
 - het lopen van een privé-schadeclaimprocedure tegen degene die het ongeval veroorzaakte (en/of de verzekeraar) en hoe deze procedure verloopt⁴, zie ook hieronder bij (5);
 - voorgeschiedenis (functioneren, bestaande klachten, eerdere ongevallen);
 - gebruik van medicatie (m.n. tegen pijn, tegen depressieve klachten);
 - andere mogelijke oorzaken voor de klachten (werk en privé);
 - omgaan met ziektes en eerdere life-events;
 - herbeleving van of dromen over het ongeval;
 - wat men zelf denkt dat er aan de hand is;
 - toekomstperspectief m.b.t. werk.
 - Informeer of de cliënt momenteel werkt (wel / deels / niet werkzaam) en naar de actuele werkbelasting.
 - Breng de energiebalans in kaart: wat geeft energie, wat vraagt energie?
 - Schat op basis van de antwoorden de copingstijl in. Hoe realistisch schat de cliënt de toekomst in?
- (2) Onderzoek:
 - lichamelijk onderzoek: beweeglijkheid van de nek;
 - eenvoudig neurologisch onderzoek van hoofd-halsgebied, schouders en armen, inclusief reflexen, spierkracht en sensibilliteit;
 - cognitief onderzoek: met name concentratie, geheugen, aandacht.
- (3) Aanvullend onderzoek direct na het ongeval zelf aanvragen (zie voor verwijzing voor verder onderzoek onder (7)).
 - aanvullend onderzoek op indicatie: beeldvormend onderzoek bij direct ontstane heftige pijn en/of instabiliteit.
- (4) Probleemanalyse, te bespreken met de cliënt (bij elk consult updaten):
 - Wat is de verklaring voor de klachten?
 - Wat is de verklaring voor de arbeidsongeschiktheid (factoren gelegen bij de cliënt, diens werk- of privésituatie)?
 - Geef een inschatting van de belastbaarheid voor de eigen functie.
 - Maak eventueel gebruik van de ICF; zie bijlage I voor een voorbeeld van de toepassing van de ICF.
- (5) Geef uitleg:
 - Neem de klachten serieus.
 - Geef informatie: wat is WAD? Zie bijlage IV voor links naar (sites met voorlichting(smaterialen).

⁴ Bijvoorbeeld: zet de verzekeraar een eigen (arbeids)deskundige in ten aanzien van begeleiding naar herstel en re-integratie? Is er discussie over de causaliteit? Op langere termijn kan er rust komen door duidelijke uitspraken hierover. Op korte termijn kan herstel belemmerd worden door het spelen van verschillende belangen en doordat dergelijke situaties invloed hebben op mentale belasting en energiehuishouding.

- Stel de cliënt in de acute fase gerust over het beloop: er is een zeer grote kans op volledig herstel.
- Bespreek het effect van pijn op het algeheel functioneren.
- Als er sprake is van regres⁵: leg zorgvuldig uit waarom de vraag naar regres gesteld wordt en wat dit voor de cliënt betekent. Er worden gegevens uitgewisseld over de cliënt tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts enerzijds en medisch adviseur tegenpartij anderzijds.
- (6) Geef adviezen over:
 - het omgaan met pijn;
 - de lichaamshouding;
 - het stimuleren van activiteiten, beweging, oefeningen, sporten, eventueel begeleid door fysio- of oefentherapeut. Vermijd juist sporten met nek- en armbelasting en wedstrijdsport;
 - het nastreven van sociale activering.
 - Stimuleer zelfmanagement: bijvoorbeeld door het bijhouden van een activiteitendagboek, het vermijden van onder- en overbelasting, afwisseling van inspanning en ontspanning.
- (7) Verwijzingen voor verder onderzoek (zie ook bijlage V):
 - Verwijs direct voor nader fysiek en beeldvormend onderzoek naar een medisch specialist:
 -  bij neurologische klachten naar een neuroloog;
 -  bij verdenking op een fractuur of dislocatie naar een orthopedisch chirurg;
 -  bij aanhoudende klachten anderszins bij voorkeur naar een neuroloog die kan doorverwijzen naar andere specialisten.
 -  Overweeg verwijzing naar een GZ-psycholoog (bij voorkeur met affiniteit voor deze doelgroep en neuropsychologische expertise) als er sprake is van stagnatie bij zes weken.
 -  Verwijs in elk geval naar een GZ-psycholoog bij stagnatie na drie maanden, wanneer de nadruk ligt op:
 - a) cognitieve belemmeringen: voor onderzoek van cognitieve functies, herstelbelemmerende factoren, persoonlijkheid en coping;
 - b) op psychische problemen: overspanning, depressieve klachten, angstklachten, persoonlijkheid, coping.
 -  Verwijs zo snel mogelijk naar de bedrijfsarts voor het in kaart brengen van de werkbelasting en voor een gefaseerde re-integratie in werk. Zie verder onder hoofdstuk 5. Acties bij re-integratie naar werk.
 - Laat een werkplekbezoek uitvoeren door een daartoe deskundige professional.


⁵ Regres: De werkgever claimt het doorbetaalde loon jegens de verzekeraar van de veroorzaker van het ongeluk of het UWV claimt daar de betaalde uitkering.

- (8) Verwijzingen voor behandeling / begeleiding (zie ook bijlage V):
N.B: Voor de effectiviteit van activering is wetenschappelijk bewijs voorhanden, de overige aanbevelingen zijn op basis van consensus.⁶
 - o  Zo snel mogelijk: laat activering, beweging, sporten zo nodig ondersteunen door een fysio- of oefentherapeut.
 - o Overweeg verwijzing naar andere disciplines, zoals manueel therapeut, chiropractor, osteopaat en andere, mits deze de principes van graded activity aanhouden. NB: Manipulatie van wervels wordt in de eerste drie maanden na het ongeval afgeraden.
 - o  Verwijs bij langer bestaande klachten en op basis van neuropsychologisch onderzoek (zie onder 4.7) naar een GZ-psycholoog met affiniteit met deze doelgroep en neuropsychologische expertise.
 - o  Verwijs naar een GZ-psycholoog als er aanwijzingen zijn voor PTSS door het ongeval.
 - o  Verwijs bij langer bestaande klachten en op basis van psychologisch onderzoek (zie onder 4.7) naar cognitieve gedragstherapie.
 - o  Verwijs bij comorbiditeit, zoals klachten van overspanning, depressie en angst, voor behandeling naar psychiater of psychotherapeut.
 - o  Verwijs naar een multidisciplinaire aanpak (revalidatietraject) indien drie maanden na het ongeval geen verbetering is opgetreden. Bewaak onderlinge afstemming en stel gezamenlijk met de cliënt vast wie wat doet. Streef naar een participatieve werkwijze waarbij de cliënt actief meewerkt.
 - o Verwijs bij bepaalde specifieke klachten naar bijvoorbeeld optometrist, anesthesioloog of pijnteam.
- (9) Evalueer het herstel en de functionele mogelijkheden:
 - Maak gebruik van de ICF (zie bijlage I voor een voorbeeld van de toepassing van de ICF).
 - Gebruik zonodig de functionele mogelijkhedenlijst (FML).
 - Indien hiermee ervaring: gebruik de NDI (zie bijlage II) voor en na een behandeling om het effect te evalueren op fysiek gebied. (Men is het er niet helemaal over eens of de NDI een voldoende gevoelig instrument is om veranderingen te meten. Uit recent onderzoek blijken hiervoor wel aanwijzingen te zijn.)
 - Bedrijfsarts: stel een re-integratieverslag op.

⁶ De CBO-richtlijn stelt: Er is beperkt bewijs dat actieve behandelstrategieën effectiever zijn dan passieve behandelstrategieën en dat behandelen (passief danwel actief) effectiever is dan niet behandelen voor klachtenvermindering op de korte termijn. Er is geen duidelijke aanwijzing welke actieve behandeling te prefereren is. *A1 Verhagen 2004*

5. Acties bij re-integratie naar werk

NB. Dit gedeelte is zeker niet uitputtend.

-  Na een ongeval waarbij mogelijk sprake is van whiplash dient een cliënt zo spoedig mogelijk, liefst binnen 2 maar uiterlijk binnen 3 weken, door de bedrijfsarts te worden gezien. Indien de cliënt geen werkgever heeft (bijv. WW'er, uitzendkracht of zelfstandige, zie bijlage V), dient een consult binnen drie weken bij een verzekeringsarts te worden geregeld.
- Bij de re-integratie heeft de cliënt een belangrijke inbreng. De cliënt maakt zo mogelijk zelf of in samenspraak met de leidinggevende en/of bedrijfsarts een plan van aanpak. Streef naar een participatieve aanpak waarin cliënt en leidinggevende beide actief mee- en samenwerken.
- De cliënt geeft zelf belemmeringen aan en brengt samen met de bedrijfsarts de belastende factoren in het werk in kaart, zoals:
 - tillen, duwen, trekken, reiken, boven schouderhoogte werken, werktempo, werkdruk, dubbeltaken, overige cognitieve belasting, duurbelasting.
- De bedrijfsarts communiceert vanuit kennis en bevindingen over de belemmeringen met de cliënt en geeft aan waar eventueel een discrepantie wordt vastgesteld tussen de beleving van de patiënt/ cliënt en de bevindingen van de professional.
- Werkaanpassingen vinden plaats op basis van de belastende factoren in het werk.
- *Mogelijke* werkaanpassingen zijn:
 - geen tilbelasting (bij aanvang maximaal 5 kg)
 - geen zware duw- en trekbewegingen (bij aanvang maximaal 5 kg)
 - niet boven schouderhoogte werken
 - meedenken over aanpassingen door collega's en leiding
 - beperken van mentale belasting (in duur en/of intensiteit)
 - rustig tempo met voldoende pauzemomenten
 - afwisseling in-/ontspanning bij continu PC-gebonden werk
 - geen piekbelasting en geen overwerk.
- Stel een individueel opbouwschema op en laat ook hierbij de cliënt actief participeren. Het schema moet zowel een planmatige opbouw in stappen bevatten (principe van 'graded activity') als rekening houden met de fase van herstel waarin de cliënt zich bevindt (procescontingentie). Weeg zowel werk- als privéfactoren mee. Evalueer regelmatig.
- Begin met enkelvoudige taken en bouw op. Wissel fysieke en mentale belasting af. Zorg voor afwisseling en ontspanning.
- Streef naar goed overleg en heldere afspraken met de leidinggevende. Deze kan ook de collega's inlichten.

Bijlage I

De ICF en de toepassing daarvan bij een patiënt met WAD

Yvonne Heerkens⁷ en Odile de Ras⁸

Inleiding⁹

In 2001 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dit wordt beschouwd als een mijlpaal in de ontwikkeling van de visie op de gezondheid van mensen. De ICF is de opvolger van de ICIDH, de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, die nu niet meer wordt gebruikt. In 2002 is de Nederlandse vertaling van de ICF gepubliceerd, met een update eind 2008 (RIVM, 2008).

Met de ICF is het mogelijk om het functioneren van mensen te beschrijven. Daarom biedt het de goede terminologie om naast het medische verhaal van de cliënt (waarvoor medische classificaties beschikbaar zijn, zoals bijvoorbeeld CAS Code L550 voor bedrijfsartsen) te beschrijven wat een ziekte of aandoening betekent voor het dagelijks leven van mensen (ook wel aangeduid als biopsychosociale invalshoek).¹⁰ Doordat de ICF door verschillende professies en wereldwijd wordt gebruikt, kan men haar met recht een internationale, multiprofessionele classificatie noemen.

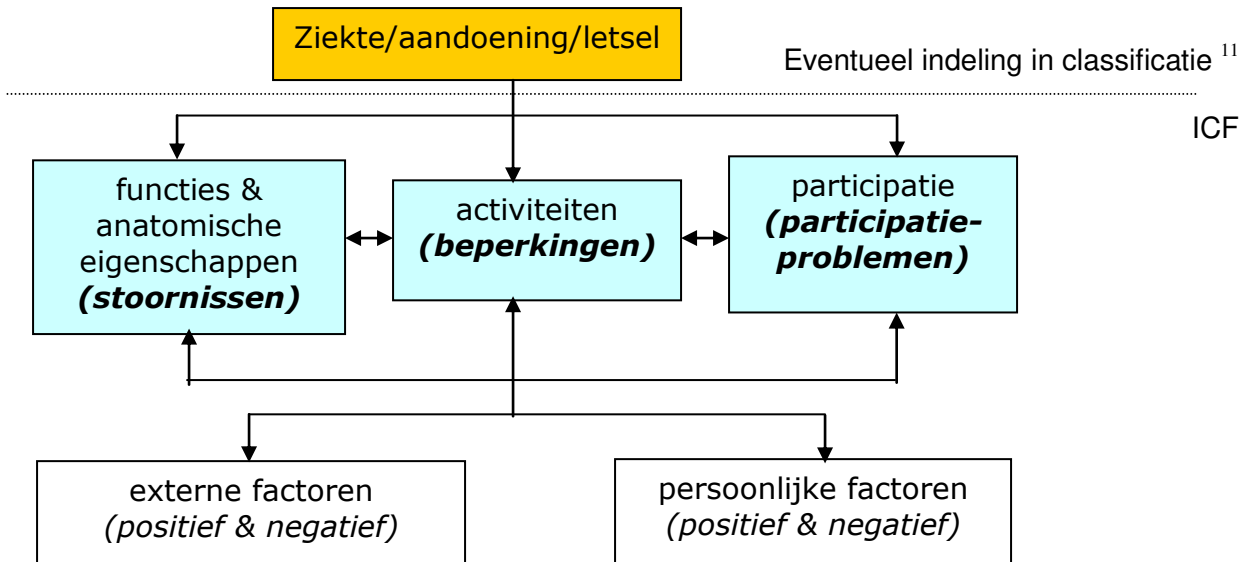
⁷ Lector Arbeid & Gezondheid bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, programmaleider Classificaties en verslaglegging bij het Nederlands Paramedisch Instituut; yvonne.heerkens@han.nl

⁸ Bedrijfsarts ArboUnie en adviseur voor de Whiplash Stichting Nederland

⁹ Ontleend aan: Heerkens YF, Ravensberg CD van. Toepassingsmogelijkheden van de multiprofessionele International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in de paramedische zorg. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2007.

¹⁰ Zie rapport van de Gezondheidsraad: Beoordelen, behandelen en begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

Centraal in de ICF staat het onderstaande schema.



De drie blauwe hokjes maken het mogelijk het functioneren van personen te beschrijven vanuit drie perspectieven:

- 1 het functioneren van een persoon als organisme, als 'lichaam'; kernbegrippen bij dit perspectief zijn 'functies' (fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme) en 'anatomische eigenschappen' (positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam). Als er problemen zijn met functies of anatomische eigenschappen spreekt men over 'stoornissen';
- 2 het functioneren van een individu op basis van zijn of haar handelen; hierbij gaat het om welke activiteiten iemand zelf kan uitvoeren/uitvoert. Dit perspectief heeft als kernbegrip 'activiteiten' (onderdelen van iemands handelen) en, als negatieve term, 'beperkingen' (moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten);
- 3 het functioneren in het kader van zijn/haar deelname aan de samenleving; bij participatie gaat het erom of iemand in zijn/haar eigen omgeving meedoet, dat wil zeggen deelneemt aan het maatschappelijk leven op alle voor hem/haar relevante levensterreinen. Aan de basis daarvan ligt onder meer het geaccepteerd zijn, het gebruik kunnen en mogen maken van voorzieningen en het daar ook daadwerkelijk gebruik van maken. Dit raakt de 'human rights', de rechten die ieder mens heeft. Dit perspectief heeft als kernbegrippen 'participatie' (iemands deelname aan het maatschappelijk leven) en 'participatieproblemen' (problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven).

Naast de drie blokjes die het functioneren van mensen representeren, zijn in het ICF-schema drie blokjes opgenomen waarin factoren staan die van invloed zijn op het functioneren. Dat zijn de bij een persoon aanwezige:

¹¹ Waar opportuun en gewenst vermeldt men hier naast de medische diagnose eventueel de classificatie (bijv. via CAS Code L550 of via andere gehanteerde classificatiesystemen).

- ziekte(n), aandoening(en) en letsel(s)
- externe factoren (zoals het klimaat, de woonomgeving, het werk en het beschikbare financiële budget)
- persoonlijke factoren (zoals leeftijd, geslacht, leefstijl, opleiding).

De externe en persoonlijke factoren kunnen zowel een positieve (stimulerende) als een negatieve (belemmerende) invloed hebben op iemands functioneren en op het herstel van functioneringsproblemen. Om die reden worden dergelijke factoren ook wel aangeduid als *gezondheidsdeterminanten* of, in negatieve zin, als *risicofactoren*, factoren die de kans op het ontstaan van functioneringsproblemen vergroten dan wel herstel belemmeren.

Naast het schema bevat de ICF een aantal classificaties voor de blokjes uit het schema:

- een classificatie functies
- een classificatie anatomische eigenschappen
- een classificatie activiteiten & participatie
- een classificatie externe factoren.

Er is geen classificatie beschikbaar voor persoonlijke factoren (alleen een aantal voorbeelden).¹² De medische factoren kunnen beschreven worden met de eerder genoemde medische classificaties.

Gegevens

De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is verschillende gegevens die tijdens het behandel-/zorgproces ontstaan te omschrijven en vast te leggen.

Daarbij gaat het om gegevens in de anamnese, de bevindingen van de behandelaar tijdens het onderzoek, bepaalde gegevens in de diagnose (de functionaliteitsdiagnose), de behandeldoelen en het behandelresultaat.

Zo zal bijvoorbeeld de klacht van een patiënt 'problemen met slikken' in het dossier bij de anamnese komen te staan en de afname van pijn door de behandeling bij resultaten.

Waarom de ICF gebruiken?

Voor de bedrijfs- en/of verzekeringsarts, maar ook voor de revalidatiearts¹³, kan de ICF relevant zijn voor:¹⁴

- het vastleggen van de klachten van de cliënt;
- het vastleggen van de eigen bevindingen tijdens het onderzoek;
- het vastleggen van de 'bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige diagnose', ervan uitgaand dat dit meer is dan 'alleen' het medische verhaal van de cliënt;

¹² Internationaal is hierover geen consensus bereikt. Op dit moment wordt wel gewerkt aan een classificatie van persoonlijke factoren.

¹³ Binnen de revalidatie is het gebruik van de ICF wijdverspreid.

¹⁴ Heerkens YF, Engels JA, Gulden JWJ van der. Een pleidooi voor het gebruik van de ICF in de arbozorg. Eenheid van taal bevordert arbocuratieve samenwerking. TSG 2006;84(6):337-42.

- het vastleggen van de functionele mogelijkheden;
- waar relevant: het vastleggen van de behandeldoelen;
- waar relevant: het vastleggen van de behandelresultaten.

Het gebruik van de ICF kan leiden tot betere samenwerking omdat verschillende professionals op dezelfde wijze naar een cliënt gaan kijken en elkaars taal beter gaan verstaan.

Toepassing

Hieronder wordt eerst een casus van iemand met WAD uit de bedrijfsgeneeskundige praktijk geschetst. Daarna wordt uitgewerkt hoe die gegevens met behulp van de ICF kunnen worden geordend. Daarna volgt een korte nabespreking.

Casus

Marijke Thijssen, 28 jaar, alleenstaand, geen kinderen, is vier dagen per week werkzaam als klassenassistente in het bijzonder onderwijs. In haar functie bestaat veel hectiek en moet ze regelmatig kinderen optillen en opvangen. Ze woont op een half uur rijden met openbaar vervoer van haar werk.

Anderhalf jaar geleden heeft Marijke een auto-ongeval meegemaakt waarbij ze een Whiplash Related Disorder I/II heeft opgelopen. Het betrof een kop-staart-aanrijding. Marijke werd bij een snelheid van 80 km/uur achter aangereden door een automobilist die circa 110 km/uur reed op de provinciale weg. De gezondheidsklachten ontstonden circa twee uur na de aanrijding (tintelingen, hoofd- en nekpijn, misselijkheid, duizeligheid). Na haar ziekmelding heeft ze lange tijd niet of slechts enkele uren per week kunnen werken, deels doordat haar klachten te fors waren en deels omdat zij na een wachttijd van enkele maanden een revalidatie-dagbehandeling heeft ondergaan. Marijke heeft onmiddellijk na het ongeval een schadeclaim ingediend bij de verzekeraar van de tegenpartij. Zij wordt hierin bijgestaan door een letselschadebureau.

Marijke is vier maanden geleden gaan samenwonen met haar vriend, die werkzaam is als advocaat in een maatschap. Hierdoor is de reisafstand woon-werk-verkeer opgelopen tot twee uur reistijd enkele reis. Dit is op zich al een erg lange reisafstand, maar in deze situatie helemaal ondoenlijk om te re-integreren.

Momenteel heeft Marijke nog altijd dezelfde gezondheidsklachten, al heeft zij in het revalidatieprogramma (osteopathie, mensendieck, ergotherapie, oefentherapie, maatschappelijk werk, cognitieve therapie) wel geleerd ermee om te leren gaan en daarbij is zij tot enige acceptatie gekomen. Toch ervaart zij nog veel frustratie over het feit dat zij haar werkzaamheden niet meer kan doen.

Tot nu toe is Marijke begeleid door een collega-bedrijfsarts van de vestiging waar de school waar zij een dienstverband heeft gelegen is. Dit contact is echter stroef gaan verlopen en mede omwille van de gewijzigde woonsituatie heeft de werkgever verzocht om een andere bedrijfsarts in de buurt van haar woonomgeving. Het contact met de werkgever is ook helemaal spaak gelopen. Zij heeft amper nog contact met de schoolleiding.

Marijke bezoekt het spreekuur van de bedrijfsarts vergezeld door haar partner. De bedrijfsarts vraagt naar de situatie tot heden en Marijke reageert gespannen en enigszins vijandig. Bij vriendelijke navraag waarom zij zo gespannen is, geeft zij aan dat de vorige bedrijfsarts amper begrip had voor haar situatie en de contacten met de schoolleiding ook steeds moeizamer verlopen. De bedrijfsarts probeert vanuit een vertrouwensvol begrip haar verhaal aan te horen. Ook haar partner blijkt frustratie te hebben opgebouwd. De bedrijfsarts benadrukt dat Marijke en haar partner nu in deze nieuwe begeleidingssituatie moeten proberen om het gesprek in openheid te voeren, de samenwerking een kans te geven en gezamenlijk te

zoeken naar goede oplossingen en vooral ook te kijken naar wat Marijke inmiddels al dan niet aankan. De bedrijfsarts verduidelijkt verder nog dat, als blijkt dat na het gesprek Marijke niet tevreden is of het oneens is met het resultaat, zij alsnog een deskundigenoordeel mag aanvragen bij het UWV. Marijke en haar partner worden hierdoor duidelijk rustiger en het gesprek verloopt verder in constructieve zin. Het valt de bedrijfsarts op dat de partner intellectueel veel sterker is en Marijke kwetsbaar overkomt en erg afhankelijk is van haar partner. Bedrijfsarts verricht een lichamelijk onderzoek en bevestigt naar Marijke de diagnose whiplash-related disorder. Nadat uit het gesprek gebleken is dat er inmiddels wel re-integratiemogelijkheden zijn ontstaan met in achtname van de medische beperkingen, wordt gesproken over de belemmeringen die een re-integratie in de weg staan. Dit zijn vooral: 1. de lange reisafstand woon-werk-verkeer en 2. de misgelopen communicatie met de schoolleiding. De bedrijfsarts geeft aan dat een gesprek dient plaats te vinden met de schoolleiding om de communicatie weer te herstellen en biedt aan om hierover contact op te nemen met de werkgever.

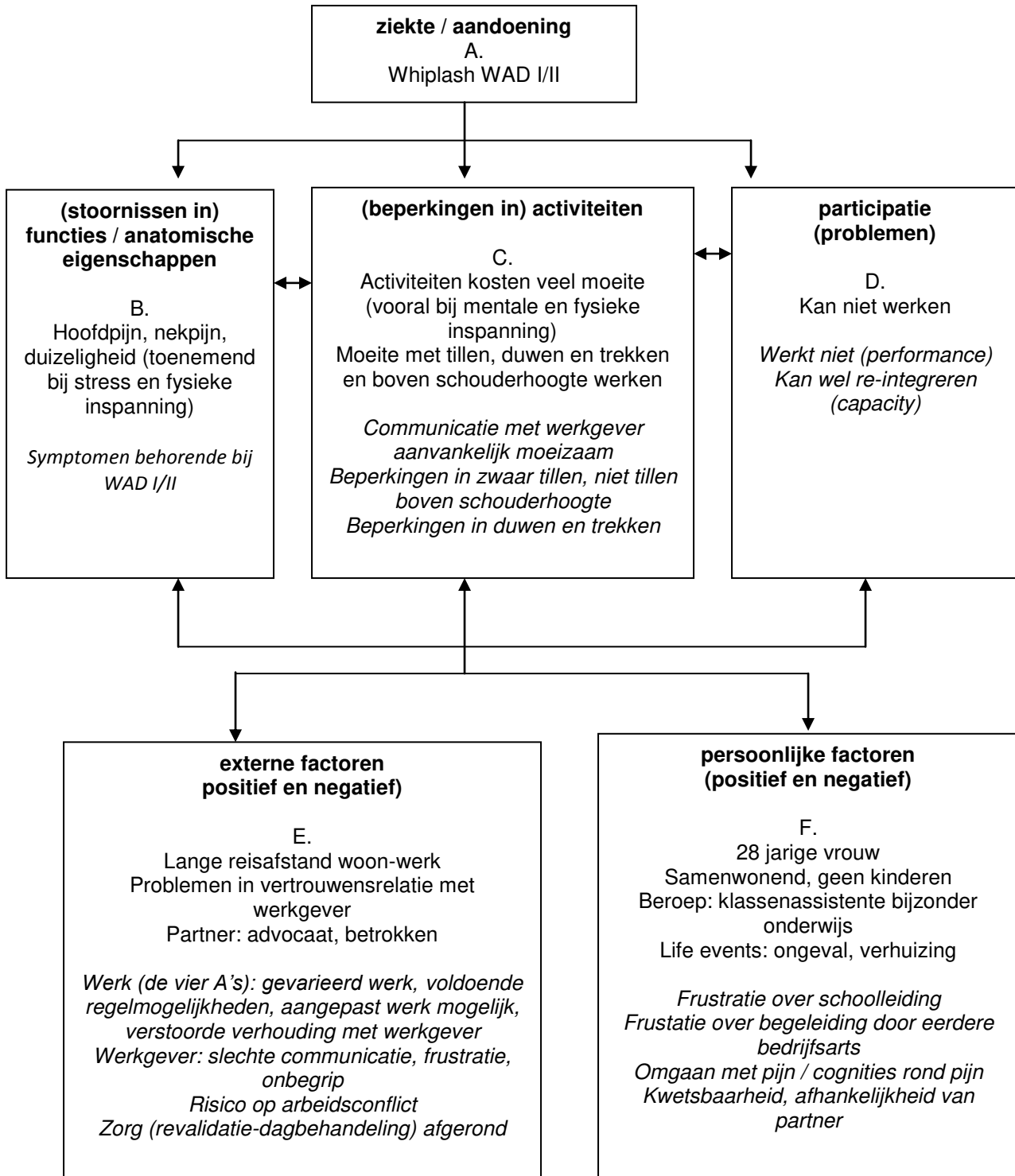
De bedrijfsarts neemt contact op met de schooldirecteur. Deze uit zijn frustratie over het moeizame contact. Als de bedrijfsarts aangeeft dat het voorstel is om een gesprek met vier personen te voeren (schoolleider, Marijke, haar partner en bedrijfsarts), valt de schoolleider uit dat hij niet met de partner van Marijke wil praten. Hij heeft het gevoel dat hij alles zal juridificeren (partner is immers advocaat) en dat daardoor de messen op tafel liggen. Er bestaat tevens frustratie dat Marijke uit vrije wil gekozen heeft voor een lange woon-werk-afstand en de schoolleider vraagt zich af of dit op de werkgever afgewenteld kan worden als hierdoor re-integratie op de eigen werkplek niet mogelijk is. Bedrijfsarts benadrukt dat er een afhankelijkheid vanuit een kwetsbare positie bestaat ten opzichte van de partner en dat het om die reden voor een goede gespreksvoering zinvol is om partner wel aanwezig te laten zijn bij het gesprek. Dit heeft tevens het voordeel dat dan achteraf minder ruis ontstaat bij het maken van afspraken. Ten aanzien van de frustratie over de lange reisafstand adviseert bedrijfsarts aan schoolleider om zich hierover te uiten tijdens het gesprek. Schoolleider stemt toe in een viergesprek.

Tijdens het viergesprek begint het gesprek gespannen, maar door goed te luisteren naar elkaars argumenten, komen beide partijen al snel tot elkaar en blijken de angsten ('schoolleider luistert toch niet' en 'partner komt mee om de degens te kruisen' en 'Marijke is erop uit om niet meer te hoeven werken') irreëel. Het gesprek verloopt constructief en leidt tot de volgende conclusies: 1. re-integratie in aangepast werk en in gefaseerde werkopbouw is inmiddels mogelijk en wordt ook door beide partijen wenselijk geacht. Marijke toont zich hiervoor zelfs heel gemotiveerd; 2. grote knelpunt is de lange reisafstand. Doordat schoolleider het persoonlijke verhaal, de kwetsbaarheid en motivatie van Marijke zelf heeft kunnen waarnemen, blijkt hij ineens helemaal niet meer te zitten met de vraag of dit knelpunt nog wel probleem van de werkgever is. De bedrijfsarts benadrukt dat beide partijen gebaat zijn bij een succesvolle re-integratie en dat re-integratie het herstel zal bevorderen. Afgesproken wordt dat werkgever bij collega-schoolleiders in de huidige woonomgeving van Marijke navraag zal doen of zij tijdelijk kan re-integreren in hun school, om hierdoor weer te kunnen herstellen. Marijke zelf zal ook actief navraag doen. Er wordt een vervolgspraak gemaakt om de situatie te kunnen blijven evalueren.

Na enkele weken wordt een re-integratieplek gevonden op een school in de woonomgeving van Marijke. Bij het vervolg-evaluatiegesprek toont werkgever zich bereid om zelfs een uitstel op de WIA-aanvraag goed te keuren om Marijke optimaal gelegenheid te geven zich te herstellen. Marijke start in gefaseerde opbouw en uiteindelijk weet zij haar werkzaamheden in enkele maanden tijd op te bouwen tot de oorspronkelijke werktijd, met enkele werkaanpassingen (minder tilbelasting, zij krijgt andere taken dan voorheen). Inmiddels reageert zij op vacatures in de omgeving en als er een vacature ontstaat op de school waar zij inmiddels een half jaar gedetacheerd is, wordt zij daar aangenomen. Er wordt een afrondend evaluatiegesprek gevoerd met Marijke, de schoolleider en de bedrijfsarts waarin de re-integratie als succesvol wordt afgerond. Door deze vertrouwensvolle aanpak, heeft Marijke haar afhankelijkheid van haar partner niet meer nodig en komt zij inmiddels ook niet meer zo kwetsbaar over. Haar partner is dan ook niet meer aanwezig geweest in de laatste gesprekken. Inmiddels is ook de schadeclaim afgehandeld en hier gaat nu ook geen energie meer in zitten. Haar beperkingen zijn inmiddels veranderd in randvoorwaarden waar rekening mee moet worden gehouden, maar niet meer in struikelblokken die re-integratie in de weg staan. Marijke is zeker niet klachtenvrij, maar heeft weer een balans gevonden waardoor zij ondanks haar beperkingen de draad weer heeft opgepakt. Hier hoort werk zeker bij.

Toepassing ICF in de casus

Hieronder staat een plaatje van de situatie van Marijke zoals zij die zelf in de anamnese verwoordt + in cursief de bevindingen van de bedrijfsarts (in een dossier komen die gegevens dus terecht op andere plekken!).



Bespreking

Op basis van deze analyse zien we dat de beperkingen (klachten verergerd bij stress en fysieke belasting) zijn gebaseerd op stoornissen, m.n. pijn, op een aantal persoonlijke factoren (kwetsbaarheid, afhankelijkheid), de verstoorde arbeidsverhouding met de werkgever en de lange reisafstand woon-werkverkeer (externe factoren). Dat betekent dat de focus van de aanpak hierop gericht moet zijn. Bijvoorbeeld door de communicatie met de werkgever te herstellen en een vertrouwensvolle relatie tussen werknemer en bedrijfsarts op te bouwen. Re-integratie dient gericht te zijn op het creëren van de juiste randvoorwaarden om tot acceptabele re-integratie te komen. Zodra het beleid zich onder begeleiding van de bedrijfsarts heeft gericht op het zoeken naar oplossingen in vertrouwensvolle samenwerking, blijkt e.e.a. vlot te verlopen en tot goede resultaten te leiden, terwijl frustraties en onbegrip door werkgever en werknemer de re-integratie in de weg staan. Door deze weg te nemen, en te zoeken naar een goede oplossing, is uiteindelijk een WIA-traject voorkomen en heeft de energie van beide partijen zich gericht op oplossingen en niet op verwijten en onbegrip.

De bedrijfsarts heeft door zich te richten op vertrouwen en oplossingsgerichtheid in goed overleg kunnen komen tot een diagnosestelling gerelateerd aan wat cliënt nog kan. Op zichzelf is dat een mooie gelegenheid in het proces om het functioneren van een persoon te omschrijven (er wordt wel gesproken over een functionaliteitsdiagnose). Op basis van de medische en de functionaliteitsdiagnose moet het mogelijk zijn een behandel- c.q. beleidsplan te formuleren.

Wat de bedrijfsarts doet (onderzoeken, adviseren, geruststellen) kan niet met de ICF worden gecodeerd, daarvoor zou een classificatie verrichtingen kunnen worden gebruikt.

Concluderend kan worden gesteld dat belangrijke gegevens in het zorgproces met de ICF kunnen worden vastgelegd (klachten cliënt, bevindingen zorgverlener, functionaliteitsdiagnose, behandeldoelen en behandelresultaten), maar dat er ook gegevens zijn waarvoor dat niet het geval is. De medische diagnose kan bijvoorbeeld worden gecodeerd met CAS Code L550 (of eventueel via andere gehanteerde classificatiesystemen) (Whiplash staat niet in de ICF). De ICF is een goed instrument om te komen tot een beleidsplan en een evaluatie.

Bijlage II

De Neck Disability Index

Beschrijving: de Neck Disability Index (NDI) is een vragenlijst voor patiënten met nekklachten en wordt in deze zin ook gebruikt bij patiënten met een whiplash .

Vorm: een vragenlijst met 10 deelgebieden van het dagelijks functioneren: pijnintensiteit, zelfverzorging, tillen, lezen, hoofdpijn, concentratie, werk, autorijden, slaap, vrije tijd.

Score: per vraag zijn er 6 antwoordcategorieën. De eerste antwoordcategorie (score 0) geeft geen beperkingen aan, de laatste categorie (score 5) betekent de meeste beperkingen. De totaalscore is de som van de tien vragen (maximaal 50) vermenigvuldigd met factor 2. De gevonden waarde representeert het “beperkingenpercentage” (0-100%).

Vragenlijst:

1. Pijn

- Ik heb nu geen pijn
- Ik heb nu weinig pijn
- Ik heb nu matige pijn
- Ik heb nu vrij hevige pijn
- Ik heb nu zeer hevige pijn
- Ik heb nu de slechtst denkbare pijn

2. Persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden)

- Ik kan goed voor mezelf zorgen zonder dat de pijn toeneemt
- Ik kan goed voor mezelf zorgen hoewel dat de pijn doet toenemen
- Voor mezelf zorgen is pijnlijk en gaat langzaam en voorzichtig
- Voor mezelf zorgen lukt goed maar vaak met enige hulp
- Elke dag voor mezelf zorgen lukt meestal alleen met hulp
- Ik kan mezelf niet aankleden; mezelf wassen gaat moeilijk en ik blijf in bed

3. Tillen

- Ik kan een zwaar gewicht tillen zonder dat de pijn toeneemt
- Ik kan een zwaar gewicht tillen, maar dat doet de pijn toenemen
- De pijn weerhoudt mij van het optillen van een zwaar gewicht van de grond, maar zou dat wel kunnen wanneer dat gewicht hoger (bijv. op een tafel) gelegen is
- Ik kan alleen zeer lichte gewichten tillen
- Ik kan helemaal niets tillen of dragen

4. Lezen

- Ik kan zo veel lezen als ik wil zonder pijn in mijn nek
- Ik kan zo veel lezen als ik wil met weinig pijn in mijn nek
- Ik kan zo veel lezen als ik wil met matige pijn in mijn nek
- Ik kan niet zo veel lezen als ik zou willen vanwege de matige pijn in mijn nek
- Ik kan bijna niet meer lezen vanwege de hevige pijn in mijn nek
- Ik kan helemaal niet meer lezen

5. Hoofdpijn

- Ik heb helemaal geen hoofdpijn
- Ik heb af en toe lichte hoofdpijn

Ik heb af en toe matige hoofdpijn
Ik heb vaak matige hoofdpijn
Ik heb vaak hevige hoofdpijn
Ik heb bijna altijd hoofdpijn

6. Concentratie

Ik kan mij goed concentreren zonder moeite wanneer ik dat wil
Ik kan mij goed concentreren met enige moeite wanneer ik dat wil
Het kost mij duidelijk moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
Het kost mij veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
Het kost mij zeer veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
Ik kan mij helemaal niet concentreren

7. Werk

Ik kan zo veel werk doen als ik wil
Ik kan alleen mijn gewone werk doen, maar niet meer
Ik kan het grootste deel van mijn gewone werk doen, maar niet meer
Ik kan mijn gewone werk niet doen
Ik kan bijna geen enkel werk meer doen
Ik kan helemaal niet meer werken

8. Autorijden

Ik kan autorijden zonder enige nekpijn
Ik kan autorijden zo lang als ik wil met weinig pijn in mijn nek
Ik kan autorijden zo lang als ik wil met matige pijn in mijn nek
Ik kan niet autorijden zo lang als ik wil vanwege de matige pijn in mijn nek
Ik kan bijna niet meer autorijden vanwege de hevige pijn in mijn nek
Ik kan helemaal niet meer autorijden

9. Slapen

Ik heb geen moeite met slapen
Mijn slaap is heel licht gestoord (minder dan 1 uur wakker)
Mijn slaap is licht gestoord (1 tot 2 uur wakker)
Mijn slaap is matig gestoord (2 tot 3 uur wakker)
Mijn slaap is fors gestoord (3 tot 5 uur wakker)
Mijn slaap is volledig gestoord (5 tot 7 uur wakker)

10. Vrije tijd

Ik kan aan alle activiteiten meedoen zonder enige pijn in mijn nek
Ik kan aan alle activiteiten meedoen met enige pijn in mijn nek
Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan de meeste, maar niet alle, gebruikelijke activiteiten meedoen
Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan maar weinig gebruikelijke activiteiten meedoen
Vanwege de pijn in mijn nek kan ik nagenoeg aan geen activiteiten meedoen
Ik kan aan geen enkele activiteit meer meedoen

Bijlage III

Principes van Motivational Interviewing

Omdat wij denken dat de principes van motivational interviewing goed bruikbaar kunnen zijn in het kader van de begeleiding van mensen met WAD, geven we hier enige informatie.

Het idee achter motivational interviewing is dat met deze stijl van gespreksvoering bij de cliënt de eigen motivatie tot verandering wordt gestimuleerd. De zorgverlener werkt samen met de cliënt, staat niet boven de cliënt, legt geen eigen normen op, geeft geen advies maar helpt bij het zoeken naar diens eigen drijfveren tot veranderen.

Miller & Rollnick schrijven in 'What is Motivational Interviewing? (1995)'

“Motivational Interviewing is a directive, client-centered counseling style for eliciting behavior change by helping clients explore and resolve ambivalence. Compared with nondirective counseling it is more focused and goal-directed. The examination and resolution of ambivalence is its central purpose, and the counselor is intentionally directive in pursuing this goal.”

De aanpak blijkt succesvol om cliënten te motiveren tot gedragsverandering. Goede ervaringen zijn gemeld uit bijvoorbeeld de verslavingszorg en bij begeleiding van mensen met overgewicht of om te stoppen met roken.

Steeds meer zorgverleners volgen trainingen om deze principes te leren toepassen. Uiteraard zijn de principes breed toepasbaar en niet specifiek voor de begeleiding van mensen met WAD.

Literatuur

William R. Miller & Stephen Rollnick. Motivational interviewing. Preparing people for change. Guilford Publications, 2002.

Bijlage IV

Voorlichting over WAD

Het is van groot belang dat mensen met WAD zelf kennis hebben over wat WAD is en hoe ze zelf met WAD kunnen omgaan. Het geven van mondelinge informatie tijdens een consult blijkt nauwelijks effectief. Het combineren daarvan met schriftelijk voorlichtingsmateriaal geeft meer kans dat de informatie overkomt.

Op Internet is veel informatie te vinden. Diverse websites en publicaties geven informatie over WAD voor patiënten.

Wij noemen hieronder enkele bronnen van kennis zonder daarin uitputtend te zijn. We geven hier geen oordeel over de kwaliteit en betrouwbaarheid van de genoemde websites.

Websites

Whiplash Stichting Nederland

www.whiplashstichting.nl

Hier vindt u o.a. de brochure 'Actief blijven na een Whiplash. Wat u zelf kunt doen'. Hierin wordt uitgelegd wat whiplash is en staan tips voor de dagelijkse praktijk, waaronder huishouden en werk, en oefeningen voor de nek beschreven.

Men kan ook vragen stellen aan de WSN per mail (vraag@whiplashstichting.nl) of per telefoon (030 6565000).

Stichting Whiplash de Baas

<http://www.webcentre.nl/whiplashdebaas/pages/welkom.php>

Op de site staan uitleg en diverse artikelen.

Forum Whiplashinformatie

www.whiplashinformatie.nl

Een forum van en voor mensen met whiplash, geplaatst door iemand met WAD. Hier staan ook oefeningen op.

Whiplash Informatiecentrum Europa

www.whiplash-info.nl

Geeft informatie over wat de verschillende professionals doen: een neuroloog, een bedrijfsarts, een fysiotherapeut, een manueel therapeut, een psycholoog, etc.

Boeken

Diverse boeken zijn inmiddels verschenen over het omgaan met whiplash. Met een zoekmachine op internet kan men er minstens 10 vinden.

Waar ervaringsdeskundigen deze boeken schreven, zijn er veel praktische tips in verwerkt voor het dagelijks leven.

Waar professionele deskundigen de boeken schreven, staat er wat meer medische achtergrondinformatie in.

De activerende aanpak staat overal nadrukkelijk in vermeld!

Bijlage V

Wie doet wat bij WAD? (aangeleverd door deelnemers aan deze gezamenlijke visie)

Patiëntenorganisatie voor whiplashpatiënten / Whiplash Stichting Nederland

De Whiplash Stichting Nederland (WSN) zet zich in voor de verbetering van de positie van whiplashpatiënten door het geven van voorlichting, advies en ondersteuning, bevorderen van lotgenotencontact, collectieve belangenbehartiging en het bevorderen en ontsluiten van onderzoek.

Bedrijfsarts

De bedrijfsarts inventariseert: ongeval, klachten, onderzoek, eventueel gegevens van andere (para)medici, werksituatie (werkbelasting, problemen op het werk, analyse van mogelijkheden op het werk); noodzaak voor behandeling gericht op het optimaal functioneren. Er wordt gestreefd naar een planmatige, tijdgestuurde aanpak. Werknemers in loondienst hebben bij verzuimbegeleiding te maken met een bedrijfsarts.

Verzekeringsarts

De verzekeringsarts beoordeelt vooral aanspraken op regelingen van langdurige arbeidsongeschiktheid (WIA en Wajong). Daarbij worden de mogelijkheden om te functioneren ondanks ziekte/ gebrek/ klachten/ beperkingen beoordeeld. De beoordeling is niet diagnose-afhankelijk. De benadering is argumentatief: vertrekkend vanuit de claim en argumenten van de cliënt.

Werknemers werkzaam via uitzendbureaus, zelfstandigen of mensen met een WW-uitkering komen bij verzuim bij een verzekeringsarts van het UWV, die dan de bedrijfsartsenrol vervult.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut diagnosticeert, behandelt en begeleidt mensen met klachten van het bewegingsapparaat en richt zich bij voorkeur op activerende behandelingen.

De KNGF (beroepsvereniging van fysiotherapeuten) bracht in 2005 een richtlijn over Whiplash uit.

Mensen kunnen in principe zonder verwijzing van een arts naar een fysiotherapeut.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

De oefentherapeut bekijkt de patiënt als geheel en houdt dus rekening met zowel lichamelijke als psychosociale factoren. Tevens worden alle dagelijkse bewegingen bekeken: thuis, in werk en sport. Waar nodig probeert de therapeut te corrigeren door een motorische gedragsverandering en een eventuele andere coping style. Dit alles met duidelijke uitleg aan en in overleg met de patiënt. Immers, als de patiënt weet waar de klachten vandaan komen en wat hij of zij er zelf aan kan doen, wordt de patiënt onafhankelijk van de therapeut.

De oefentherapeut helpt ook met een betere dagindeling.

Omdat de patiënten letterlijk een spiegel wordt voorgehouden, kunnen deze zelf zien wat er aan hun houding en beweging verkeerd is. Patiënten leren weer vertrouwen te krijgen in hun eigen lichaam, en plezier in bewegen.

Mensen kunnen in principe zonder verwijzing van een arts naar een oefentherapeut.

Neuroloog

De neuroloog onderzoekt door vragen en lichamelijk onderzoek of er afwijkingen aan het zenuwstelsel zijn en gebruikt daarvoor eventueel aanvullend onderzoek. De neuroloog geeft uitleg aan de cliënt over de bevindingen, stelt gerust wanneer er geen afwijkingen zijn en rapporteert aan de huisarts. Bij neurologische problemen adviseert de neuroloog over de behandelingsmogelijkheden.

(Neuro)psycholoog

De (neuro)psycholoog richt zich op: neuropsychologische diagnostiek, psycho-educatie voor wat betreft de gevolgen van whiplash, aanpak van de factoren die het cognitief functioneren beïnvloeden (biopsychosociaal model), behandeling vanuit een cognitief-gedragsmatige invalshoek, leren omgaan met en accepteren van de beperkingen.

Revalidatiearts

De revalidatiearts participeert in een multidisciplinaire aanpak gericht op onderhoudende factoren zoals coping en cognitief-gedragsmatige elementen. Bij de afwezigheid van aanwijzingen voor medisch objectiveerbare aandoeningen wordt gewerkt aan beter functioneren ondanks pijn en beperkingen.