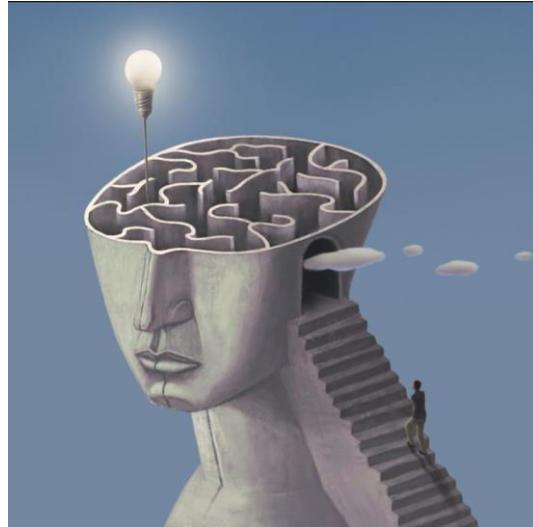




MTA-XXV-interview 7: MTA in gesprek met Diana Loor



Diana Loor (bedrijfsarts): *"Met een goede follow-up en adequate begeleiding hoef je met een PCS niet in de WIA te belanden."*



Begrip kweken voor het Post Commotioneel Syndroom is de lange weg meer dan waard

Inhoudsopgave

1. Wie is Diana Loor
2. Twee opmerkingen vooraf
3. De onderwerpen van gesprek
4. De verdere verwijzingen
5. De uitgereikte wijn

- Het belang van een goede follow-up
- De aanspraak op sociaal Nederland en de aanspraak op schadevergoeding
- Verwijzingen en financieringsproblemen
- Het PCS: terminologie en behandeling
- Het arbotraject en het letselschadetraject
- Mogelijkheden om die trajecten te stroomlijnen en de rol van de bedrijfsarts
- Het belang van vroegtijdige interventies
- Haar tips en tricks
- Enkele complicerende factoren bij PCS
- Haar boodschap voor de branche



1. Wie is Diana Loor

Diana Loor is zelfstandig bedrijfsarts, verbonden aan Loor Consultancy. Toen zij voor de Gemeente Rotterdam werkte, kwam zij in aanraking met personen met NAH. Zij werkte toen veel samen met Rijndam Revalidatie Rotterdam, en Basalt Revalidatie regio Den Haag. Zo heeft zij expertise op het gebied van LTH/NAH opgebouwd. Momenteel werkt zij voornamelijk in de regio Den Haag.

2. Twee opmerkingen vooraf

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Diana Loor op 20 oktober 2023. Ter wille van de leesbaarheid is het slachtoffer altijd in de mannelijke vorm aangeduid. Taalkundig is het slachtoffer overigens onzijdig.

De zwart gedrukte teksten zijn bedoeld als een verbindende tekst ten behoeve van de leesbaarheid van dit verslag. **De blauw gedrukte teksten zijn de door mij gestelde vragen, althans mijn tekst.** De roodbruin gedrukte teksten zijn de antwoorden van Diana Loor, althans haar reacties.

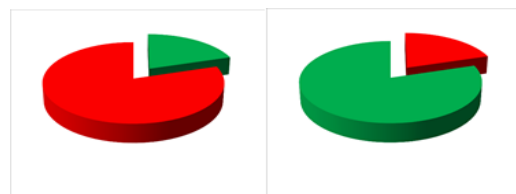
3. De onderwerpen van gesprek



Het interview begint met een toelichting van mij op de twee bekende plaatjes die ik alle geïnterviewde personen heb laten zien. Die twee plaatjes voeg ik ter herinnering (ietwat verkleind) hier weer in, inclusief de toelichting.

Diagnose	Klachten
1. "Whiplash"	<ul style="list-style-type: none">• Hoofdpijn• Duizeligheid• Overgevoeligheid• Oorsuizen• Concentratie #• Geheugen #• Vermoeidheid• Etc.
2. Hersenschudding	
3. Hersenkneuzing	
4. 24/7 zorg/toezicht	

De (niet limitatief) genoemde klachten kunnen voorkomen bij verschillende diagnoses. De blauwe lijn is om aan te geven dat bij diagnose 1 en 2 geen afwijkingen zichtbaar zijn op beeldvormende diagnostiek, maar bij 3 en 4 wel.

Het interviewproject richt zich met name op diagnose 2, een hersenschudding met blijvende gevolgen, leidende tot een scala aan klachten. Dat klachtenpatroon wordt ook wel aangeduid met de term Post Commotioneel Syndroom (PCS).



 Hersenschade
 Lijdensdruk

Deze figuur laat zien hoe een arts of psycholoog kijkt naar de oorzaak van klachten en hoe een patiënt daarnaar kijkt. Het groene blok is de hersenschade. Het rode blok symboliseert dan de andere factoren, zoals bijvoorbeeld psychosociale en/of persoonlijkheidsfactoren. De lijdensdruk van patiënten is groter, naarmate er minder afwijkingen zijn te zien. Het omgekeerde geldt ook. Slachtoffers met (aantoonbaar) hersenletsel, ervaren een lagere lijdensdruk.

Ook heb ik verteld over de contouren van het Wasstraattraject, als voorbeeld van een herstelgerichte aanpak. Diana Loor kent meerdere leden van de Wasstraat-projectgroep. Zij reageert meteen, waardoor het gesprek een vliegende start krijgt.

Dat is een nuttig project!

Wat maakt dat je dat zegt?

• Het belang van een goede follow-up

In de praktijk zie ik regelmatig mensen met een hersenschudding door een huis- of verkeersongeval. De eerste hulp is vaak redelijk: screening op de Spoedeisende Hulp. Bij een vastgestelde hersenschudding worden zij terugverwezen naar de huisarts. Maar de opvolging is niet

altijd afdoende, vooral als de klachten aanhouden. Het is complex hoe lang die klachten kunnen duren. Soms ontbreekt pro-activiteit. Dat heeft mij als bedrijfsarts gemotiveerd om zelf een netwerk op te bouwen voor een betere opvolging.

Merk je soms dat een hersenschudding niet onmiddellijk wordt opgemerkt? En als dat het geval is, wat zijn dan meestal de uitdagingen of situaties die daarbij een rol spelen?

Dat komt inderdaad wel eens voor. Als de klachten aanhouden, gaat men vaak niet opnieuw naar de huisarts. Dat is jammer, want dan wordt de follow-up zeker gemist. Maar dat kan ook gebeuren als de diagnose wel direct en correct wordt gesteld. Ook dan volgt niet automatisch een vervolgspraak of follow-up.

Mensen met een hersenschudding krijgen wat informatie en het advies om het even rustig aan te doen. Na twee weken wordt verwacht dat alles weer normaal is en sommigen pakken dan snel hun dagelijkse bezigheden op. Anderen kiezen ervoor het rustiger aan te doen, maar kunnen toch langdurige klachten ervaren. Sommigen hervatten na verloop van tijd volledig hun activiteiten. Het komt voor dat zij dan onverwachts een terugslag ervaren.

Het risico bestaat dat de link met het eerdere ongeval dan niet meer wordt gelegd. De klachten worden soms toegeschreven aan stress of een burn-out. Bij terugkijken kan de relatie met de hersenschudding echter nog steeds worden gelegd en erkend.

Hoe komt het dat mensen niet meer terugkeren naar de huisarts, als die tijdens het eerste bezoek de symptomen niet heeft opgemerkt?

Dat gebeurt inderdaad regelmatig. Mensen sukkelen dan door en stoppen bijvoorbeeld met sociale activiteiten. Zij proberen op verschillende manieren hun werk vol te houden. Uiteindelijk lukt dat niet meer omdat zij zichzelf overbelasten.

Dat lijkt inderdaad een uitdaging te zijn. Zou een betere opvolging vanuit de huisarts dit soort situaties kunnen voorkomen?

Zelfs wanneer er wel follow-up is, ervaren mensen vaak lange wachttijden. Sinds COVID zie ik dat revalidatiecentra overbelast zijn en deze groep mensen niet meer voldoende kunnen ondersteunen. Mensen worden doorverwezen naar ergotherapeuten, maar niet elke ergotherapeut heeft de juiste kwalificaties om dit goed te begeleiden. Het is essentieel om mensen goed te informeren en hen stappen te laten zetten naar een positieve toekomst. Te vaak blijven mensen vastzitten in een cirkel van onvermogen en negativiteit. Dat heeft ook emotionele aspecten. Het is van groot belang om aan de voorkant goede voorlichting te geven, vooral bij de Spoedeisende Hulp (SEH) en mogelijk ook bij de huisartsen. Daarnaast is het belangrijk om mensen vanaf het begin goede adviezen te geven en instructies te verstrekken, zodat zij snel en adequaat actie kunnen ondernemen. Als de situatie complex blijft, is een goede doorverwijzing noodzakelijk.

- **De aanspraak op sociaal Nederland en de aanspraak op schadevergoeding**

Op dit moment van het gesprek komen twee aspecten samen. Wat gebeurt er als de bedrijfsarts, net als de huisarts, de diagnose PCS mist? Dat kan betekenen dat de betrokkene geen sociaalverzekeringsrechtelijke uitkering zal ontvangen. Gemakshalve noem ik dat de aanspraak op sociaal Nederland. Vervolgens rijst het gevaar dat de aansprakelijke verzekeraar in de

letselschadezaak zich daarachter verschuilt, met als gevolg dat het slachtoffer ook geen schadevergoeding ontvangt.

Kom jij die situaties tegen in jouw praktijk? Hoe ga jij daar als bedrijfsarts mee om?

Het is lastig om over collega's te spreken. Ik heb ervaring met mensen die ik heb overgenomen, waarbij ik mijn twijfels had over het beleid. Als een werknemer zich niet begrepen voelt door de bedrijfsarts, dan noem ik dat een "strijd in de spreekkamer". Zelf heb ik die strijd niet vaak gehad, omdat ik altijd alles grondig laat uitzoeken. Ik concentreer mij op de schade, de onderbouwing en een zorgvuldige doorverwijzing om ervoor te zorgen dat mensen de juiste hulp krijgen. Psychologische ondersteuning is soms ook nodig, aangezien mensen kunnen vastlopen in zo'n traject.

Ik heb het voordeel dat ik werk met grote bedrijven die goede doorverwijsmogelijkheden hebben. Bijvoorbeeld, als iemand niet verzekerd is voor een revalidatiearts, regel ik in overleg met de leidinggevende dat de werkgever de rekening op zich neemt. Helaas werken niet alle bedrijfsartsen voor grote bedrijven; velen zijn verbonden aan het MKB. In die sector betalen kleine werkgevers dergelijke rekeningen en interventies niet zo makkelijk.

Terugkomend op de strijd in de spreekkamer, een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat werknemers met dergelijke klachten die zich niet serieus genomen voelen of twijfels hebben over de expertise van de bedrijfsarts, een second opinion aanvragen bij een bedrijfsarts die wel bekwaam is op dit gebied.

Stel, ik ben de werknemer, mijn bedrijfsarts erkent mijn situatie niet en ik ben mij hier niet van bewust. Ik bevind mij nog steeds in een vacuüm. Hoe ontdek ik dat ik het recht heb om een second opinion aan te vragen? En hoe kom ik erachter welke bedrijfsartsen wél de expertise hebben om mijn situatie correct te beoordelen? Bij wie dien ik een verzoek voor een second opinion in?

Als iemand twijfelt of de bedrijfsarts op basis van het medisch verhaal wel de juiste conclusies heeft getrokken met betrekking tot diens arbeidsgeschiktheid of ongeschiktheid, dan kan diegene een deskundigenoordeel aanvragen. Dat kan via de officiële website van het UWV. De Wet Verbetering Poortwachter geeft ook aan welke stappen kunnen worden ondernomen.

Een second opinion kan men aanvragen als men van mening is dat de bedrijfsarts niet voldoende medische expertise heeft. In dat geval kan men terecht bij een andere bedrijfsarts. Ook die informatie is online te vinden via google op "second opinion bedrijfsarts". Daar is een loket voor dat men online kan vinden.

Deze reactie toont nog maar weer een keer de complexiteit aan van het probleem en/of de situatie. Mensen met een PCS hebben namelijk vaak moeite met online zoeken (want: beeldschermwerk en ingewikkeld). Bovendien hebben zij vaak geen puf meer voor het aanvragen van een second opinion vanwege een gebrek aan energie, tijd en aandacht.

- **Verwijzingen en financieringsproblemen**

Het gesprek verleg ik nu naar de inhoud van haar werk als bedrijfsarts. Meer concreet, naar de verwijsmogelijkheden en de eventuele problemen die daarbij een rol kunnen spelen.

Als bedrijfsarts kun jij doorverwijzen naar een revalidatiearts, een revalidatietraject of een revalidatiecentrum. De kosten hiervan worden echter niet altijd gedekt door de zorgverzekeraar. In mijn optiek zou een zorgverzekeraar de kosten van behandelingen moeten vergoeden, zeker als een bevoegde arts daarvoor een indicatie heeft gesteld. Als dat niet gebeurt, ontstaat het risico dat mensen, hoewel ziek en door een bevoegde arts verwezen, worden geconfronteerd met een verzekeraar die weigert te betalen, omdat die de aandoening (of de aanbevolen behandeling) als onduidelijk beschouwt. Daarmee wordt het probleem toch weer op het bord van de patiënt gelegd, terwijl het in eerste instantie de (zorg en/of aansprakelijkheids-)verzekeraar is die het risico van ziek zijn heeft verzekerd en de behandeling daarvoor onder de polis zou moeten vergoeden. Hoe kijk jij als bedrijfsarts tegen deze financieringskwesties aan?

Ik kan natuurlijk de huisarts bellen en regelen dat diegene naar het ziekenhuis wordt verwezen. Dan komt diegene in de molen van de lange wachttijden terecht. De zorgverzekeraar betaalt het dan wel. Mogelijk volgt dan een kort consult met een assistent in het ziekenhuis, gevolgd door een intake. Als de klachten aanhouden, kan er worden doorverwezen naar een revalidatiecentrum. Tegen die tijd is men al snel een half jaar of langer verder. Het kan vervolgens zo zijn dat het revalidatiecentrum adviseert om een ergotherapeut (of een fysiotherapeut) in de arm te nemen. Dat traject kan ook nog eens twee jaar duren. Op dat punt sta je aan de poort van de WIA.

Die gang van zaken kan resulteren in arbeidsongeschiktheid en inkomensverlies. Dan is er geen financieringsprobleem, maar dan is er wel (maatschappelijke) schade.

Als er aan de voorkant van het traject goede informatie wordt gegeven en als er een doordacht plan wordt opgesteld, dan hoeft de follow-up niet zo intensief te zijn. Het is van belang om goed te kijken naar eventuele restverschijnselen en de mate van beperking in het dagelijks leven en in werk. In het verleden heb ik vaak mensen doorverwezen. Onder andere naar Rijndam. Daar was ruime expertise aanwezig. Dat pakte altijd goed uit. Het financieringsprobleem is naar mijn mening een kwestie van: penny wise, pound foolish.

- **Het PCS: terminologie en behandeling**

De term post commotioneel syndroom wordt niet door iedereen op dezelfde manier gebruikt, sommigen vinden het onduidelijk of onjuist. Wordt daar in jullie opleiding tot bedrijfsarts aandacht aan besteed?

Ik kan mij niet herinneren dat dit specifiek in de opleiding aan bod is gekomen. In de reguliere opleiding tot arts wordt dit onderwerp wel behandeld. Er bestaat een richtlijn "NAH en arbeidsparticipatie". Daar valt PCS ook onder. Die richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de revalidatieartsen, dus niet op initiatief van de bedrijfsartsen zelf. De laatste geheel herziene versie dateert van 31 maart 2021. Ik stuur die toe, zodat je ernaar kan linken. De fase waarin de persoon met NAH verkeert, vormt de basis voor de opbouw van de richtlijn. De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- aanbevelingen in de acute fase, herstelfase, bijna-aan-het-werk fase en de langetermijnfase;
- voorspellen terugkeer naar werk;
- interventies ten aanzien van arbeidsparticipatie;

- informatie en aanbevelingen rond sociale zekerheid, zoals Wet Verbetering Poortwachter, (de gevolgen van) Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) beoordeling en de Participatiewet (breder toepasbaar dan alleen patiënten met NAH);
- informatie en adviezen indien de persoon met NAH geen werkgever heeft.

Als een criterium in de medische wereld verandert? Hoe snel worden jullie dan geïnformeerd over dat gewijzigde criterium?

Als de Nederlandse Vereniging van Bedrijfsartsen (NVAB) snel reageert op die verandering, dan komt die informatie ook snel bij ons. Die informatie kan ook via andere kanalen tot ons komen, zoals bijvoorbeeld via het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG), via een ander vakblad of door middel van nascholing.

In de wereld van revalidatieartsen, zoals beschreven in de (inmiddels definitieve) richtlijn LTH en PCS in de chronische fase, worden klachten vaak gezien als overlappend, met verschillende domeinen zoals fysiek, cognitief, of mentaal. Ondanks deze overlap wordt benadrukt dat er een hoofddomein is, afhankelijk van waar de belangrijkste pijn of klachten zich bevinden. Voor deze klachten is onderzocht of er wetenschappelijk bewijs is voor verschillende behandelingen, maar tot op heden blijkt geen enkele behandeling in geen enkel domein overtuigend effectief te zijn. Toch wordt aangeraden om de behandelingen uit te proberen, omdat ze in de praktijk vaak wel enige verlichting kunnen bieden.

Bij aansprakelijkheidsverzekeraars heerst soms het misverstand dat een specifieke behandeling de klachten volledig zou moeten oplossen. Echter, de onzekerheid over effectieve behandelingen blijft bestaan. De richtlijn van de revalidatieartsen benadrukt dat psycho-educatie (door mij ook wel voorlichting genoemd) en aandacht voor werk, twee aspecten zijn die het herstel kunnen bevorderen.

Binnen de Wasstraat, het traject voor mensen met PCS-klachten na een ongeval, ligt de focus op voorlichting. Dat kan bij mij beginnen tijdens een eerste bespreking. Ook mijn medisch adviseur kan (extra) voorlichting geven, maar wij zijn adviseurs, geen verwijzers. Daarom is in de Wasstraat een klinisch tussenstation gecreëerd. Door middel van een consult bij een revalidatiearts kunnen cliënten advies krijgen over de behandelmogelijkheden, inclusief verwijzingen. Daarnaast wordt er binnen de Wasstraat aandacht besteed aan het werk, met de mogelijkheid om een coach in te schakelen voor begeleiding en advies.

Al met al streven wij met de Wasstraat dus hetzelfde doel na als jij in jouw werk: herstel in autonomie en terugkeer naar werk. Een andere formulering zou kunnen zijn: ontzorgen en perspectief bieden. Dat roept de vraag op waarom de twee parallelle trajecten, het arbotraject en het letselschadetraject, niet beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

- **Het arbotraject en het letselschadetraject**

In het complexe landschap van letselschadezaken spelen juridische vraagstukken die het belang van een onafhankelijk arbotraject benadrukken. Ik noem er twee: een predispositie en eigen schuld aan het ongeval. Aan de hand van voorbeelden zal ik deze begrippen verduidelijken.

Stel dat iemand vóór het ongeval al te maken had met een medische aandoening, oftewel een predispositie. In dergelijke gevallen kunnen aansprakelijkheidsverzekeraars betogen dat de klachten ook zonder het ongeval zouden zijn opgetreden. Sociaal Nederland houdt zich niet bezig met de predispositie; ziek is ziek, en daarom heeft men recht op een uitkering. In deze situaties is de werknemer sterk afhankelijk van de kwaliteit van de bedrijfsarts.

Het tweede scenario betreft eigen schuld aan de toedracht van het ongeval, bijvoorbeeld in een zaak waar de schuld fiftyfifty wordt verdeeld. Hier is de betrokkene voor de helft van zijn schade afhankelijk van Sociaal Nederland en dus ook van de kwaliteit van de bedrijfsarts. In letselschadezaken met dergelijke vraagstukken ontstaat vaak een tweeledige strijd, een tweefrontenoorlog. Aan de ene kant is er de eerder genoemde strijd in de spreekkamer van de bedrijfsarts binnen het kader van Sociaal Nederland. Aan de andere kant is er de strijd met de aansprakelijkheidsverzekeraar in het kader van de letselschadezaak. Twee oorlogen, elk met hun eigen regels en criteria, waarbij de slachtoffers al snel het spoor bijster raken en ontmoedigd afhaken.

[Kom jij in jouw praktijk dergelijke gevallen van dubbele strijd tegen?](#)

Ik heb zelf niet veel ervaring met dit specifieke type dubbele strijd. Wel heb ik situaties meegemaakt waarin ik mensen met letsel overnam die wat meer finetuning nodig hadden om de adviezen voor de opbouw te volgen. Met het juridische aspect, zoals het fiftyfifty-scenario, kom ik niet veel in aanraking in mijn dagelijkse praktijk. Ik ben wel op de hoogte dat dergelijke zaken voorkomen. Vaak wachten verzekeraars af wat de bedrijfsarts doet of wat de reguliere behandelsector doet. Actief contact met ons opnemen kan echter helpen om gezamenlijk (en eerder) interventies in te zetten, met als doel om de schade te beperken, zowel voor de betrokkenen als voor de verzekeraar.

- **Mogelijkheden om de trajecten te stroomlijnen en de rol van de bedrijfsarts**

[Stel, wij hebben een nieuwe zaak waarbij ik als advocaat en jij als bedrijfsarts bent betrokken. Alle relevante informatie is beschikbaar. De aansprakelijke verzekeraar stelt zich proactief op. Iedereen is van alle details op de hoogte. Hoe zou jij de samenwerking met de verzekeraar zien? Welke stappen kunnen wij in welke fase nemen om effectief met elkaar te communiceren om zo de kansen te vergroten dat wij het slachtoffer weer op de rails krijgen?](#)

In een nieuwe zaak waarbij zowel jij als advocaat als ik als bedrijfsarts betrokken zijn, is het van belang om optimaal samen te werken en te streven naar het beste resultaat voor het slachtoffer. De verzekeraar speelt daarbij een belangrijke rol.

Het is van belang dat de verzekeraar soepel meewerkt, met name bij het inzetten van interventies. Als de aansprakelijkheid is erkend, moet de verzekeraar niet aarzelen of vertragen, omdat dat de snelheid van de interventies kan belemmeren. Samenwerking is de sleutel, met een focus op grondig onderzoek, opvolging en behandelingen die zijn afgestemd op de specifieke behoeften van het slachtoffer. Op die manier kunnen wij aanzienlijke resultaten behalen en de schade aan werk en inkomen beperken.

Als wij willen dat het slachtoffer betrokken blijft in het arbeidsproces, vereist dat een gecoördineerde aanpak in plaats van geïsoleerde inspanningen. Het streven naar optimaal welzijn van de betrokkene zou centraal moeten staan. Mijn rol kent verschillende dimensies en perspectieven. Ik zal dat toelichten.

Gedragsverandering bij letselschade

Letselschade gaat vaak gepaard met gedragsveranderingen, zoals pijngedrag en slachtoffergedrag. Sommige betrokkenen vertonen klachten- of claimedrag, wat het werk van de bedrijfsarts bemoeilijkt. Slachtoffergedrag ontstaat wanneer betrokkenen moeite hebben met bepaalde taken en gedrag gaan vertonen om anderen te overtuigen van hun belemmeringen. Dit gedrag kan zowel bij de omgeving als bij de bedrijfsarts irritatie opwekken.

Metingsmethoden voor cognitieve stoornissen

Om de impact van letselschade op cognitieve functies te meten, zijn verschillende methoden beschikbaar. Naast neuropsychologisch onderzoek (NPO) en de Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) test, wordt in sommige gevallen zelfs een Imaging MRI toegepast (Cognitive FX). Deze methoden helpen bij het identificeren van stoornissen en het begrijpen van veranderend gedrag en mogelijkheden.

Sociale ondersteuning en de rol van de bedrijfsarts

Het gedrag van betrokkenen bij letselschade wordt mede beïnvloed door de reacties uit hun directe omgeving. Een bedrijfsarts speelt een belangrijke rol in het begrijpen van deze dynamiek en kan voorlichting en uitleg verschaffen over belastbaarheid en herstel. Het inschakelen van ergotherapeuten en gespecialiseerde bedrijfsartsen kan van meerwaarde zijn.

Individuele aanpak en communicatie tussen betrokken partijen

Iedere letselschadezaak is uniek en een gerichte aanpak is essentieel. De bedrijfsarts kan door samen te werken met ergotherapeuten en andere specialisten individuele trajecten opzetten om de betrokkene op maat te begeleiden. Een effectieve communicatie tussen alle betrokken partijen, inclusief de verzekeraar, is noodzakelijk om optimale resultaten te behalen.

De rol van de bedrijfsarts vergeleken met een moederfiguur

Net zoals een moederfiguur richting geeft aan een kind, is het voor de bedrijfsarts essentieel om betrokkenen te voorzien van leiding en richtlijnen. Dit gaat verder dan slechts voorlichting; het omvat ook het stellen van grenzen en het bewaken van het herstelproces. Soms is het nodig om een moederrol aan te nemen en duidelijk te maken wanneer het tijd is om rust te nemen of juist actief te zijn. Het begrijpen van de individuele behoeften en het bieden van de juiste ondersteuning is van groot belang om het herstel te bevorderen.

Laten we even teruggaan naar de mogelijkheden om het traject van sociaal Nederland en het letselschadetraject in een aansprakelijkheidskwestie te stroomlijnen. Op dit moment zijn er meerdere arbeidsdeskundigen, een bedrijfsarts en een eigen huisarts betrokken. Het lijkt bijna alsof wij verschillende kapiteins hebben op hetzelfde schip. Denk jij dat dit anders kan?

Het lijkt haalbaar om een protocol te ontwikkelen met best practices voor situaties waarin het traject van sociaal Nederland en het letselschadetraject samenvallen. Dat lijkt mij met name wenselijk en toepasbaar in situaties waarin de oorzaak van het ongeval niet aan de werkgever is te wijten, maar waar de werkgever wel belang bij heeft.

Op dit moment bevindt een klant zich nog vaak in een tweestrijd met de aansprakelijke verzekeraar en de werkgever. Omdat het in principe parallelle trajecten zijn, zou het beter afstemmen van die twee trajecten de betrokkene meer rust, ruimte, zekerheid en duidelijkheid kunnen bieden. Dat kan tevens het herstel bevorderen, waarbij het verminderen van stress een belangrijke randvoorwaarde is. Als de tweestrijd stress veroorzaakt, moeten wij overwegen om één gezamenlijk blok te creëren. Desondanks ben ik van mening dat de grootste winst ligt in het adequaat begeleiden van mensen aan de voorkant van het proces.

- **Het belang van vroegtijdige interventies**

Al met al wordt het duidelijk dat er een dringende behoefte is, vergelijkbaar met het geluid van de Wasstraat, om eerder in het proces te worden betrokken. Het pleidooi van Diana Loor voor een soepele samenwerking met verzekeraars in een vroeg stadium, voordat zaken escaleren, is helder. In situaties waarin escalatie optreedt, wijst zij erop dat de betrokkene eigenlijk al voor de arbeidsmarkt verloren is, met instroom in de WIA tot gevolg. Die observaties brengen mij bij de volgende vraag:

Wat betekent dit voor de opleiding en nascholing van de bedrijfsarts?

Het zou helpend zijn als meer informatie wordt verstrekt over wanneer men naar welke arts kan verwijzen. Dat is minstens zo belangrijk als een vroegtijdige betrokkenheid in het proces. Het is belangrijk om niet alleen naar fysieke specialisten zoals ergotherapeuten en fysiotherapeuten te kunnen verwijzen, maar ook naar psychologen. In het geval van aanhoudende PCS-klachten moeten wij cognitieve klachten en mentale vermoeidheid serieus nemen, omdat een gebrekkig herstel tot levenslange problemen kan leiden.

De vraag die nu bij mij opkomt en waar wij actie op zouden kunnen ondernemen, is: hoe kunnen wij ervoor zorgen dat ik als bedrijfsarts op de hoogte ben van (en kan verwijzen naar) de juiste expertise, zoals psychologen en revalidatieartsen?

In mijn beleving is het dus niet noodzakelijk om de hele nascholing te veranderen. Er is alleen ruimte voor finetuning en aanvulling. Het recent ontdekte probleem met niet-samenwerkende ogen (fixatie disparatie) is bijvoorbeeld voor mij een nieuw inzicht, geen tekortkoming, in de opleiding. Het is zinvol om protocollen en richtlijnen vanuit de NVAB (om de zoveel jaar) aan te passen. Volgens mij gebeurt dat ook. Verder zou het natuurlijk mooi zijn als de expertise vanuit de Wasstraat bij een volgende herziening van de richtlijnen kan worden betrokken.

Daarnaast kan de verspreiding van deze expertise worden bevorderd via verschillende kanalen, zoals de BG-dagen, waar bedrijfsartsen zich twee dagen per jaar kunnen bijscholen. Het zou ook nuttig zijn om deze informatie aan te bieden in de nascholing van de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH), waardoor bedrijfsartsen toegang hebben tot waardevolle kennis. Het creëren van een vliegwielenmechanisme kan het proces vergemakkelijken en zorgen voor een bredere verspreiding van deze expertise binnen het vakgebied van deze en gene. Publicaties in medische tijdschriften kunnen daarbij uiteraard ook helpen.

- **Haar tips en tricks**

Heb jij tips en tricks voor het slachtoffer? Slachtoffer en werknemer in dit geval, wat moet hij wel doen? Wat moet hij niet doen?

Dat is eigenlijk een herhaling van wat ik al eerder zei. Het is van belang om vanaf het allereerste moment aan de voorkant van het proces het slachtoffer goed te informeren. Dat is een tip gericht aan de Spoedeisende Hulp (SEH). Het is raadzaam om de patiënt (en diens huisarts) duidelijke instructies te geven en te benadrukken dat als de klachten binnen een bepaalde tijd niet verminderen, het slachtoffer terug moet keren naar de huisarts. Het is voor de patiënt van groot belang om actief te worden gevolgd. Hij moet zich niet laten wegsturen zonder de benodigde opvolging.

Heb je ook tips voor de bedrijfsarts?

Jazeker, als gezegd: een belangrijk aspect is een goede follow-up. Bij psychische klachten is het van belang om al na zes weken door te verwijzen, liefst zelfs eerder. Een goede bedrijfsarts weet wanneer en waarnaartoe hij effectief kan doorverwijzen. Hij houdt vervolgens continu de vinger aan de pols en zorgt voor een regelmatige follow-up. In de relatie met de werkgever fungeert de bedrijfsarts als een belangrijke schakel, waarbij hij ervoor moet zorgen dat de leidinggevende begrijpt wat er speelt. Dat betekent niet zozeer het delen van de specifieke klachten, maar eerder aanduiden waar in het werk rekening mee moet worden gehouden. Bijvoorbeeld, mensen met PCS hebben vaak moeite met de snelheid van denken, dus er mag geen druk zijn. Ze hebben meer tijd nodig voor taken en moeten worden beschermd tegen overmatige prikkels.

Daarnaast is het van belang om aandacht te schenken aan hoe het met de betrokkene gaat. Bespreek successen en bouw van daaruit verder. Wees flexibel en begripvol, bijvoorbeeld als iemand aangeeft dat een taak vandaag niet haalbaar is binnen de afgesproken tijd.

Een waardevolle tip voor de bedrijfsarts zou ook kunnen zijn om voor de betrokkene een "moederfiguur" te zijn. Streng, maar rechtvaardig, waarbij het luisteren naar de behoeften van de betrokkene centraal staat. Net zoals een moeder vaak begripvoller is, is het belangrijk om een ondersteunende en begripvolle rol aan te nemen, eerder dan te focussen op aansporingen.

Ik heb huisartsen gevraagd hoe vaak zij werknemers met PCS-klachten in hun praktijk zien. Zij zeiden dat het niet heel vaak voorkomt, slechts een paar keer per jaar. Hoe zit dat in jouw praktijk?

Ook niet heel vaak, een paar keer per jaar dat het langdurig aanhoudt. Ik zie natuurlijk ook andere hersenletsels en post-COVID-patiënten met vergelijkbare klachten. Het gaat mij om het overkoepelend spectrum van dit soort klachten en problematiek, ongeacht de specifieke oorzaak. Mensen stoten hun hoofd ook thuis aan de keukenkast, dat kan ook deze klachten veroorzaken.

Wat is een paar keer per jaar? Is dat een handjevol, zoals vijf keer?

Op dit moment heb ik er misschien twee, drie onder behandeling. Mijn lopende zaken duren vaak lang. Ik heb nooit tussen de vijf en tien PCS-zaken tegelijk in een jaar.

Heb je nog een vraag gemist?

- **Enkele complicerende factoren bij PCS**

Ja, bij letselschadezaken komt PCS vaak voor, gecombineerd met andere letsels. In de eerste fase gaat de aandacht vaak uit naar de meer zichtbare verwondingen, zoals een gebroken schouder, waar mensen maandenlang van moeten revalideren. Het lijkt belangrijk dat een eventuele richtlijn ook aandacht besteedt aan het meten van PCS en niet alleen aan de meer zichtbare letsels. Het is een aspect dat vaak over het hoofd wordt gezien, maar wel aandacht vereist.

Zijn er nog andere aspecten die PCS kunnen compliceren?

Ja, een ander voorbeeld is het onbegrip van anderen. Mensen vinden soms dat slachtoffers niet moeten zeuren en gewoon blij moeten zijn dat ze nog leven. Dat gebrek aan empathie kan de ervaring voor PCS-slachtoffers nog moeilijker maken. Het lijkt relevant om ook dat psychosociale aspect mee te nemen in de overweging, wellicht zelfs in een richtlijn of protocol.

Is dat het sociale oordeel van de omgeving: je moet niet zeuren?

Zelf denken zij dat ook. Het calvinistisch plichtsbesef. Dat is wat je in Nederland met de paplepel ingegoten krijgt: niet zeuren, maar poetsen. En als je kunt lopen, kun je werken.

Met dit alles heeft Diana Loor een beeld geschetst van het werk van een bedrijfsarts in het algemeen en in een PCS-zaak in het bijzonder. Dat is zeer verhelderend. Gedurende ons gesprek heb ik Diana Loor verteld over de wereld van personenschade en de mogelijke discussies met aansprakelijkheidsverzekeraars. Die verzekeraars vervullen een nuttige en maatschappelijke rol. Naast Sociaal Nederland hebben zij namelijk ook een sociale functie. Met de premie van gisteren betalen zij, bij aansprakelijkheid, de schade van morgen. Zo bezien vervullen de aansprakelijkheidsverzekeraars een belangrijke functie en moeten wij gezamenlijk de uitdagingen aangaan. Dat brengt mij bij de laatste inhoudelijke vraag.

- **Haar boodschap voor de branche**

Wat zou vanuit jouw discipline een inspirerende boodschap zijn voor onze wereld? Daarbij doel ik niet alleen op verzekeraars, maar ook op advocaten en iedereen die betrokken is bij wat soms wordt omschreven als de "conflict-industrie" of de "personenschade-industrie". Wat zou jouw boodschap zijn voor de professionals in de personenschadewereld?

Graag zou ik iedereen willen oproepen om te focussen op mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden. Het is belangrijk om niet alleen het slachtofferschap te benadrukken of mensen als beschadigd te bestempelen. Zelfs na een NPO waar schade zichtbaar wordt, betekent dat niet dat mensen tot niets meer in staat zijn. Het is veel belangrijker om in de praktijk te verkennen wat nog wel mogelijk is.

Dank voor deze mooie boodschap. Dat beschouw ik als een warme ondersteuning van ons Wasstraat-project. Binnen dat Wasstraat-project streven wij namelijk ook in de eerste plaats naar het optimaliseren van de situatie met het ongeval (de "Y" in de formule $X - Y = \text{Schade}$). Daarbij ligt de focus op het verbeteren van de kwaliteit van leven, het onderzoeken van de

mogelijkheden en het verkennen van interventies. In plaats van vanaf het begin de zaak te juridiseren, willen wij actief onderzoeken hoe wij de mensen weer kunnen herstellen in hun autonomie.

Vergeet jullie niet om het emotionele aspect van schade mee te nemen in jullie hele verhaal? Het is namelijk essentieel om niet alleen te focussen op herstel van mogelijkheden, maar ook op het emotionele aspect van het proces. Vaak duurt het een paar jaar voordat mensen hun invaliditeit kunnen accepteren. Gedurende al die tijd is professionele ondersteuning noodzakelijk. Het is belangrijk te erkennen dat mensen niet in staat zijn dit alleen te doorstaan. Zij hebben daarbij professionele hulp nodig.

Sommige mensen hebben echter grote moeite met het accepteren van hun veranderde situatie na een hersenschudding. Met name in het begin. Daar ziet mijn plaatje met die rode en groene blokken ook op. Zij weigeren te aanvaarden dat zij zich moeten aanpassen aan hun hersenen in plaats van andersom. Dat verzet tegen acceptatie kan een aanzienlijk obstakel vormen in het herstelproces, vaak leidend tot structurele overbelasting en een beperkt herstel. Het vraagt veel geduld en begeleiding om deze mensen te helpen inzien dat ze zich moeten richten op wat wel goed gaat om van daaruit te kunnen herstellen.

Dat gedrag lijkt intrinsiek te zijn. Het heeft ook betrekking op het zelfbeeld en de weerstand tegen verandering. Het kan ook worden gevoed door onbehandelde trauma's die voortkomen uit het ongeval. Het benadrukt nogmaals de noodzaak van professionele hulp, voorlichting en aandacht, vooral in de sociale context.

In dat kader is overigens nog relevant dat het aantal bedrijfsartsen in Nederland afneemt. Dat betekent dat steeds meer begeleiding wordt overgelaten aan de praktijkondersteuners van de bedrijfsartsen. Dat roept vragen op over de beschikbaarheid van gespecialiseerde expertise in het begeleiden van complexe gevallen, zoals PCS, binnen het sociaal domein.

Wat maakt jou blij, gelukkig en tevreden?

Een heel belangrijk aspect voor mij om mijn werk effectief uit te voeren, is het hebben van voldoende ruimte en tijd voor de cliënt. Het vermogen om goed door te verwijzen is een waardevolle factor, evenals de interactie met zowel leidinggevenden als medewerkers. Mijn werk profiteert enorm van de samenwerking met diverse collega's, niet alleen met andere bedrijfsartsen maar ook met professionals zoals de praktijkondersteuner bedrijfsarts en de bedrijfsmaatschappelijk werker. Het belang van interactie strekt zich uit tot het kunnen bezoeken van de werkomgeving, waardoor ik een holistisch beeld kan vormen. Deze diversiteit aan interacties en het kunnen zien van de werkplek maken mijn werk niet alleen effectief, maar ook plezierig.

Wat is jouw drive? Waarom doe je wat je doet?

Ik ben een mensen-mens. Ik wil graag iets betekenen voor anderen. Gelukkig krijg ik vaak te horen dat medewerkers echt iets aan mijn ondersteuning hebben (gehad). Dat doet mij deugd. Ik geloof niet dat ik een second opinion-arts ben. Ik ben er niet alleen voor de betrokkenen, ook voor mijn jongere collega's ben ik er. Wanneer zij vastlopen in een dossier, kan ik mijn netwerk aanspreken voor doorverwijzingen en verdere ondersteuning. Alles ten behoeve van een nog professionelere service aan degenen die het zo hard nodig hebben.

Dat scheidt een band. Ook de Wasstraat is namelijk opgezet vanuit de gedachte om nog meer service aan te bieden aan hen die dat zo hard nodig hebben. Wij wensen elkaar daarom veel succes in ons verdere werk.

4. De verdere verwijzingen

NAH en arbeidsparticipatie, de herziene richtlijn op initiatief van de Vereniging van Revalidatieartsen uit maart 2021.

De LinkedIn pagina van Diana Loor.

5. De uitgereikte wijn

De Urbanihof (wijn nr. 1) ging naar Diana Loor. Ik zal uitleggen waarom. Die wijn is gemaakt van de Roter Veltliner. De Roter Veltliner neemt een bijzondere plaats in in de Veltliner-familie, zoals ook de bedrijfsarts een bijzondere plaats inneemt in het schaderegelingstraject. De productie van wijn uit Roter Veltliner druiven is aan hele speciale wetgeving onderworpen, net zoals de bedrijfsarts met hele specifieke sociaal verzekeringsrechtelijke wetgeving heeft te maken.

Maarten Tromp, maart 2024

